

DEPARTMENT OF LEARNING, INFORMATICS,
MANAGEMENT AND ETHICS
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

LÆRING I HELSE

- **En studie av Lærings- og mestringssenterets helsepedagogiske kunnskapsgrunnlag og praksis**

LEARNING IN HEALTH

- **Educational foundation and practice of the Learning and Mastery Centre**

Georg Førland



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2014

All previously published papers were reproduced with permission from the publisher.
Published by Karolinska Institutet. Printed by E-PRINT AB
© Georg Førland, 2014
ISBN 978-91-7549-737-2



**Karolinska
Institutet**

**INSTITUTION FÖR LÄRANDE, INFORMATIK,
MANAGEMENT OCH ETIK**

LÆRING I HELSE - En studie i Lærings- og mestringscenterets
helsepedagogiske kunnskapsgrunnlag og praksis

LEARNING IN HEALTH – Educational foundation and practice
of the Learning and Mastery Centre

AKADEMISK AVHANDLING

som för avläggande av medicine doktorsexamen vid Karolinska Institutet
offentligen försvaras i Gustav Retziussalen, Berzelius väg 3, Karolinska
Institutet, Solna

Onsdagen den 10 December 2014 kl 13.00

av

Georg Førland

Høgskolelektor

Huvudhandledare:

Professor Karin C Ringsberg
Göteborgs universitet
Sahlgrenska akademien
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Bihandledare:

Docent Charlotte Silén
Karolinska Institutet
Institutionen för lärande, informatik,
management och etik

Docent Monica Eriksson
Högskolan Väst, Trollhättan
Institutionen för Omvårdnad,
hälsa och kultur

Opponent:

Professor Mikael Quennerstedt
Örebro universitet
Institutionen för hälsovetenskap
och medicin

Betygsnämnd:

Professor Anders Möller
Ersta Sköndals högskola
Campus Göteborg

Professor Eva Johansson
Karolinska Institutet
Institutionen för hälsovetenskap

Professor Bjarne Bruun Jensen
Steno Center for Sundhedsfremme
Gentofte, Danmark

Stockholm 2014

ABSTRACT

Norwegian authorities have established so called Learning and Mastery Centres in order to face the increased incidences of chronic diseases. *Aim:* The overall aim of the thesis is, emanating from the study of a Learning and Mastery Centre, to contribute to the development of the educational foundation in health education. The thesis consists of four studies conducted at a local Learning and Mastery Centre. *Study I* described how user participation was practised in two courses at a local Learning and Mastery Centre. *Study II* aimed to analyse and discuss the theoretical principles according to which a standardised health education programme originating from a Learning and Mastery Centre was performed, and how these principles influenced practice. The aim of *Study III* was to explore participants' approaches to learning, before attending a health education programme at a Learning and Mastery Centre. In *Study IV* the participant's experiences of how to live with a chronic disease and their perceptions of learning needs were examined and related to Antonovskys' dimensions of Sense of Coherence. *Methods:* All four studies have used a qualitative approach and were analyzed using content analysis. Two studies (I and II) emanated from a case study that included two cases. Study III and IV emanated from five group interviews. *Results:* The results showed that participation was practised as 'taking part' and not as 'having an influence'. The professionals paid little attention to the participants' beliefs and ideas as part of the learning process and did not stress reflection as a main prerequisite for learning. The participants' learning approaches were influenced by their daily life experiences and interactions with the health care system. Salutogenesis includes the main aspects of learning and has the potential to move health education initiatives in an action oriented direction. *Conclusions:* The dissertation elucidates concepts such as health promotion, active learning perspective, salutogenesis and health literacy. These key concepts may raise awareness among professionals regarding the relationship between theoretical foundation and practice and in this way contribute to further development of the educational foundation and practice of the Learning and Mastery Centre especially and health education in general.

LIST OF PUBLICATIONS

- I: **Førland G.**, Ringsberg KC. (2011). *“I hope I haven’t run over you.”* A case study of user participation in practice. *Health Education Journal*, 70(2),160-169.
- II: **Førland G.**, Ringsberg KC. (2013). Implementation of a Standardized Health Education in a local context. A case study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3),724-732.
- III: **Førland G.**, Silèn C., Eriksson M., Ringsberg K. C. Searching and dealing, confirmation and feeling – Participants’ approaches to learning in a Health Education setting. I manus.
- IV: **Førland G.**, Eriksson M., Silèn C., Ringsberg K. C. Salutogenesis - a potential framework for health education? Submitted.

Innhold

Forord	1
Bakgrunn	2
Historikk LMS	3
Avhandlingens rasjonale.....	4
Teoretisk tilnærming	7
Innledning	7
En holistisk tilnærming til helse	7
Folkehelsevitenskapelig tilnærming	9
Helsefremmende tilnærming	10
Salutogenese	13
Helsepedagogisk tilnærming	15
Læring	15
Fra helseopplysning til læring innen helse.....	17
Health literacy	20
Veiledende prinsipper for helsefremming med relevans for læring innen helse	23
Empowerment	23
Brukermedvirkning	25
Sosial likhet og rettferdighet	26
Multistrategi i form av intersektorielt samarbeid.....	27
Bærekraftig utvikling	28
Avhandlingens forskningsspørsmål, hovedmål og delmål	30
Forskningsspørsmål	30
Hovedmål.....	30
Delmål	31
Forskningsdesign og metode	32

Forskningstilnærming.....	32
Design.....	33
Deltakere.....	35
Studie I og II	35
Studie III og IV	37
Datainnsamling.....	38
Studie I og II	38
Studie III og IV	40
Dataanalyse.....	40
Studie I og II	40
Studie III og IV	41
Troverdighet	42
Etiske overveielser.....	44
Metodiske betraktninger	45
Resultat.....	49
Studie I.....	49
Studie II	49
Studie III.....	51
Studie IV.....	52
Diskusjon.....	55
Brukermedvirkning i en læringskontekst som LMS.....	55
Evaluering i en læringskontekst som LMS.....	56
Helsefremmende tilnærming og aktiv læring - fra implisitt til eksplisitt tilnærming.....	57
En situasjonell forståelse av deltakernes intensjoner og strategier for læring.....	59
Salutogenese som rammeverk for helsepedagogisk tilnærming.....	61
En modell for helsepedagogisk grunnlagstenkning.....	62
Konklusjoner	65

Implikasjoner for praksis	65
Forslag til videre forskning.....	66
English summary of the thesis	68
Takk.....	74
Referanseliste	75
Appendiks.....	91
Studier I - IV	92

Forord

Med en oppvekst i et lokalsamfunn med tungindustri, hvor et forurensende smelteverk utgjorde hjørnesteinsbedriften og hvor klasseskille var fremtredende, ble jeg tidlig bevisst hvordan livsvilkår påvirker folks helse. Denne bevisstheten om at fordelingen av helse har nær sammenheng med levekår og sosiale forhold har fulgt meg gjennom hele min utdannings- og yrkeskarriere. Samtidig har jeg gjennom livet møtt mange mennesker som på tross av sin kunnskap om skadelig livsstil fortsetter med for eksempel å røyke. Hvordan folk ivaretar sin helse er tydeligvis sammensatt og avspeiler kanskje at både livet og helsen kan være et mysterium. Utdanning som sykepleier og mastereksamen i pedagogikk gjør at mitt interesseområde favner både helse og pedagogikk. Fra lang tid tilbake som høyskolelektor har jeg hatt stor interesse for læring og læringsprosesser. Videre har jeg vært interessert i folkehelsevitenskapelige spørsmål og helsefremmende tilnærming. Det vil si å fremme menneskers helse både blant friske og de som er kronisk syke eller lider av noen form for sykdom. Med dette er jeg forankret både innen biomedisin, pedagogikk og folkehelse/helsefremming. Helsefremming er for meg en plattform i avhandlingen vedrørende min forståelse av helse og hvor jeg verdimesseg plasserer meg. Jeg oppfatter mennesket som aktivt handlende og med fri vilje, samtidig som hun/han er avhengig av og påvirket av de omstendigheter og vilkår han/hun lever under. Det vil si at sosiale, kulturelle, fysiske og økonomiske forutsetninger vil kunne ha innvirkning på helsen. Videre har jeg et konstruktivistisk perspektiv på kunnskap og en forståelse av at læring primært skjer i et sosialt felleskap men også gjennom individuelle læringsprosesser.

På grunn av en befolkning med økende levealder og utfordringer relatert til levevaner, vil flere leve med kronisk sykdom (St.meld.nr.34, 2012-2013). Et av tiltakene norske myndigheter har iversatt for å møte denne utfordringen, er nettopp etableringen av såkalte Lærings- og mestringssentre. Disse sentrene bygger på prinsipper som brukermedvirkning, samarbeid og likeverdighet og representerte med dette noe helt nytt i norsk sammenheng innen helsepedagogisk virksomhet og et på mange måter et skifte i den helsepedagogiske virksomheten i Norge. Lærings – og mestringssentrene fikk en rask utbredelse innen de ulike helseregionene og med det et behov for forskning og utvikling innen området.

Bakgrunn

Globalt er det en sterkt økende forekomst av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte/kar lidelser, kreft, kroniske lungelidelser og diabetes. Ikke-smittsomme sykdommer forårsaker 86 % av dødsfallene og 77 % av sykdomsbyrdene i den europeiske WHO regionen (WHO, 2009). Dette rammer særlig vanskeligstilte grupper på grunn av manglende tilgang til helsetjenester og mindre ressurser til å gjøre helsefremmende valg (ibid). Som de andre vestlige landene har Norge en økt forekomst av en rekke sykdommer som type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom, belastningslidelser, muskel- og skjelettsykdommer, kreft, hjerte- og karsykdommer. I tillegg ser en også økning i psykiske og psykosomatiske lidelser (Stene-Larsen 2006; St.meld.47, 2008-2009).

De nordiske landene bygger på et felles verdigrunnlag og hvor like muligheter, sosial solidaritet og trygghet for alle er kjerneverdier. Selv om velferdsoppgavene ikke blir løst på samme måte i de ulike nordiske landene danner kjerneverdiene basis for universelle velferdsordninger og den såkalte "nordiske samfunnsmodellen." Den nordiske samfunnsmodellen eller skandinaviske velferdsmodellen som den også kalles, kjennetegnes ved prinsippet om at alle skal ha lik tilgang på helsetjenester, sosiale ytelser, utdanning og kultur (jfr. nordisk råd <http://www.norden.org/no/om-samarbeidet/samarbeidsomraader/den-nordiske-velferdsmodellen>). I følge OECD (St.meld.47, 2008-2009) er Norge et av de landene i Europa som bruker mest ressurser på folkehelse per person. Likevel viser rapporter fra norske myndigheter at helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen og hvor utdanning, yrke og inntekt er klare determinanter for helse (St. meld. nr. 16, 2010-2011). I tillegg til at sosiale ulikheter er en helseutfordring representerer de også et rettferdighetsproblem da helseforskjellene er sosialt skapt og mulig å gjøre noe med Norske myndigheter har utarbeidet en "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller" (St.meld.nr.20, 2006-2007). Ifølge nasjonal strategi vil det å arbeide for en jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen være god folkehelsepolitikk. I meldingen blir Lærings- og mestringssentrene nevnt som "en viktig arena for opplæring av pasienter med kroniske sykdommer."

Opplæring av pasienter og pårørende er i Norge pålagt å være en av sykehusenes fire hovedoppgaver (Lov 1999-07-02 nr.61, 2001). Økonomisk og organisatorisk er dette fulgt opp ved etablering av Lærings- og mestringssentre (LMS) (St.meld.nr. 5, 2003). Formålet med LMS er at "brukere som har kronisk sykdom, funksjonshemming, og deres familier og venner, skal tilegne seg kunnskaper for å leve med situasjonen og mestre hverdagen" (Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring).

Historikk LMS

Etableringen av LMS kan historisk føres tilbake til konferansen "Læring for livet" i Oslo 1996, hvor ideen om brukermedvirkning ble satt på dagsorden og hvor arbeidet med etablering av et LMS deretter startet. Landets første LMS ble etablert i 1997 ved Aker universitetssykehus. Etableringen var forankret både i brukerorganisasjoner, sykehusledelse og politisk ledelse på departementsnivå (Hvinden 2011). Hvinden (2011 s. 50) oppsummerer denne prosessen på følgende måte: "LMS kan derfor sies å være et resultat av internasjonale inspirasjonskilder, helsepolitiske utviklingstrender og, ikke minst, lokalt initiativ og engasjerte personer." Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ble etablert i 2000 med det formål å bidra til å utvikle og styrke den faglige plattformen for pasient- og pårørendeopplæring med utgangspunkt i Lærings- og mestringssentrene og spesialisthelsetjenesten. Oppdragsgiver er Helse- og omsorgsdepartementet. Senteret som er administrativt tilknyttet Oslo universitetssykehus, får øremerket tilskudd over statsbudsjettet. I 2010 var det innen spesialisthelsetjenesten etablert 63 LMS i Norge. Utviklingen de siste årene har gått i retning av at lærings- og mestringstilbud også finner sted innen den kommunale omsorgstjenesten og hvor tjenesten er i en oppbyggingsfase. Dette har sammenheng med at kommunene gjennom den såkalte samhandlingsreformen har fått overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og hvor innsatsen innen helsefremmende og forebyggende arbeid overfor brukergrupper med langvarige helseutfordringer skal økes (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, strategiplan 2014-2016).

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring bygger sin forståelse av pasient- og pårørendeopplæring som fagfelt på en bred tilnærming til læring og mestring av langvarige helseutfordringer og hvor brukermedvirkning og anerkjennelse av brukerkunnskap er helt

grunnleggende. Det enkelte helseforetak/ den enkelte kommune har ansvaret for pasient- og pårørendeopplæring som drives av lokale LMS, og det er ikke er noen formell organisatorisk eller styringsmessig kobling mellom lokale/regionale LMS og Nasjonalt Kompetansesenter. Imidlertid har de nasjonale retningslinjene utarbeidet av det nasjonale kompetansesenteret vedrørende samarbeidet mellom brukere og fagfolk, hatt stor gjennomslagskraft ved lokale LMS. Retningslinjene blir referert som "Standard Metode" og gir føringer for hvordan undervisningsopplegg i regi av lokale LMS bør gjennomføres. I tillegg til begrepene brukermedvirkning og likeverdighet, er dialog, samhandling, myndiggjøring/empowerment, læring og mestring sentrale begreper. Likeverdighet betyr at profesjonell kunnskap og brukerkunnskap skal likestilles. Ordet pasient er byttet ut med bruker og prinsippet om samarbeid betyr at brukerne skal være involvert både i planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisningsopplegg (Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring). Likemannsarbeid er også et bærende prinsipp (Haugstvedt & Schøyen 2000) og innebærer bruk av såkalte likemenn (peer person) i undervisningssammenheng. LMS arrangerer ”skoler” med utgangspunkt i medisinske diagnoser og lidelser som for eksempel hjerte, nyre, kols og diabetes, samt kurser som omhandler livsmestring og livsstilsrelaterte kurser som for eksempel røykeavvenningskurs og kurs for overvektige. Det tilbys primært gruppebaserte tilbud, men det kan også tilbys opplæring i forhold til enkeltindivider og familier.

Avhandlingens rasjonale

Når det gjelder teoretisk perspektiv, forskning og praktisk tilnærming som helsepedagogisk virksomhet generelt bygger på, reflekterer tilnærmingen et multidisiplinært perspektiv bygget på disipliner som psykologi, sosiologi, medisin, antropologi, kommunikasjon, sykepleie, epidemiologi, statistikk og markedsføring (Glanz, Rimer & Lewis 2002; Granum 2003). Dette henspeiler på en interdisiplinær forståelse av pedagogikk som har sterke røtter både i de britiske landene og engelsktalende land forøvrig, inkludert Nord Amerika. Denne forståelsen står i kontrast til en mer allmenn pedagogisk tilnærming som en finner i Sentral- Europa og særlig Tyskland, og hvor pedagogikk forstås som en egen disiplin (Biesta, Allan & Edwards 2011). Den metodiske tilnærmingen og terminologien som ligger til grunn for det helsepedagogiske feltet er ofte forvirrende (Fitzpatrick & Tinner 2014). I følge Gard og

Leahy (Fitzpatrick & Tinner 2014), bygger helsepedagogisk virksomhet på en opphopning av kunnskap og praksis fra fortid og nåtid relatert til helse, helsefremmende arbeid, helseatferd samt læring i helse og læring. Videre hevdes det at det pedagogiske aspektet ikke er godt beskrevet verken innen forskning eller i eksisterende pasientutdanninger (Grabowski et al. 2010; Deccache & van Ballekom 2010). Det synes også å være en tendens innen utdanningsforskning å fokusere mest på effekter på bekostning av det teoretiske (Biesta, Allan & Edwards 2011). Forskning på pasientundervisning innen en organisatorisk ramme og kontekst som Lærings- og mestringssentrene representerer, er det i følge Prosjektrapport fra Aker Universitetssykehus utarbeidet av SINTEF (Steihaug & Hatling 2006), også gjort lite av. Rapporten påpeker at modellen som LMS bygger på er i beskjeden grad teoretisk forankret og at det også er behov for en utdyping av det verdimeslige grunnlaget modellen bygger på. Det synes som om Nasjonalt Kompetansesenter LMS er særlig bevisst disse utfordringene, noe videre strategiplaner løfter fram. I Strategiplan for Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring 2009-2013 (2009) blir manglende teoretisk forankring løftet fram som en spesiell utfordring for Nasjonalt Kompetansesenter LMS og fagfeltet, og hvor det blir uttrykt behov for utdyping av sentrale begreper samt en overordnet diskusjon om hva som er feltets kunnskapsområde. Videre blir det vist til at fagmiljøene etterspør effektforskning og at det er behov for gode metoder og rutiner for evaluering. I strategiplanen blir det også pekt på at selv om LMS finnes ved alle helseforetak i Norge, mangler det mye på at læringstilbudene er en del av pasientforløpet og ledd i et samlet helsetilbud. Det blir også vist til at det er en spesiell utfordring for Nasjonalt Kompetansesenter LMS og fagfeltet at LMS-ene ikke får tilstrekkelige ressurser og at opplæringstaksten i følge ansatte er uegnet for virksomheten ved at den ikke fremmer sentrale mål i pasient- og pårørendeopplæring. Når det gjelder generelle utfordringer av betydning for pasient- og pårørendeopplæring viser strategiplan 2009-2013 (ibid) til behov for samhandling, et større familie- og pårørendeperspektiv, samt utfordringer knyttet til: mer kunnskapsrike brukere, flere mennesker som lever med langvarige helseutfordringer, personer med minoritetsbakgrunn – inkludert samisktalende og sosiale ulikheter i helse. I strategiplanen sies det også at LMS bygger på et helsefremmende perspektiv uten at det utdypes nærmere.

I neste strategiplan for Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring, gjeldende fra 2014-2016 (2014), er helsepedagogikk et av fire satsingsområder. I strategiplanen vises det til at forskningen innen området er uoversiktlig og det vises til rapporten "Effekt av

gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring" utarbeidet av Kunnskapssenteret (2011), hvor det understrekes at konklusjonene er usikre på grunn av at kvaliteten på forskningen som ligger til grunn er lav. Videre påpekes det i strategiplanen s. 9 at: "For å styrke fagfeltet og kvaliteten på fremtidige tilbud, må helsepedagogisk kompetanse synliggjøres og understøttes i teori og praksis – innen spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og innen de ulike studieløpene ved helseprofesjonsutdanningene."

I en doktorgradsavhandling om Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt (Strøm 2010), fokuseres det på samarbeidsprosessene mellom brukergrupper og LMS og hvor resultatet viser at samarbeidet er et uttrykk for partnerskap og empowerment. I avslutningen på avhandlingen påpeker Strøm følgende vedrørende "Standard Metode" for LMS at: "dersom retningslinjene skal omfatte pedagogikken det samarbeides om, er det min oppfatning at de må være retningsgivende og begrunnet på en helt annen måte enn i dag." I 2011 ble "Standard Metode" revidert. Her blir det understreket at "Standard metode" beskriver ikke de faglige begrunnelsene eller didaktiske overveielser som ligger til grunn for de enkelte tilbudene."

Mitt utgangspunkt er ikke å evaluere LMS, snarere er det å bruke LMS som setting for å utvikle kunnskapen innen LMS spesielt og helsepedagogikk generelt. Det empiriske materiale som inngår i avhandlingen har som funksjon å kaste lys over hvilke implikasjoner det helsepedagogiske grunnlaget som LMS bygger på kan ha. I avhandlingen har vært nødvendig å gjøre en klargjøring og avgrensning:

- Fokus i avhandlingen er læring i helse.
- Det helsepedagogiske grunnlaget som eksplisitt eller implisitt kan relateres til beskrivelsen av LMS og "Standard Metode" vil være i fokus.
- Empirien i avhandlingen er hentet fra kurser eller "skoler" ved et LMS relatert til medisinske diagnoser og hvor målgruppen er voksne.
- Avhandlingens forskningsspørsmål vil i seg selv være med å bidra til å fokusere og avgrense studiens omfang.

Teoretisk tilnærming

Innledning

I dette kapitlet som omhandler teoretiske tilnærming vil jeg først løfte fram helsebegrepet og folkehelse, da helsepedagogiske tiltak vil være påvirket av hvordan helsebegrepet er definert og oppfattet (Fitzpatrick & Tinner 2014). Videre er helsefremming løftet fram som en sentral tilnærming da flere begreper som anvendes i beskrivelsen av LMS og "Standard Metode" relateres til helsefremming. "Salutogenese" har en nær forbindelse til helsefremming, da både helsefremming og salutogenese fokuserer på ressurser (Bauer, Davies & Pelikan 2006; Eriksson & Lindström 2008). Deretter settes fokus på ulike tilnærminger til læring og hvilke helsepedagogiske implikasjoner disse har. Begrepet "Health literacy" løftes også fram da helsepedagogiske tiltak i følge Nutbeam (2000) kan være en måte å øke folks health literacy. Begrepet har også fått økende oppmerksomhet etter WHO konferansen i Nairobi (2009). Til slutt i kapitlet utdypes de veiledende prinsippene som gjelder innen helsefremming med relevans for læring innen helse.

En holistisk tilnærming til helse

Definisjonen av helse har variert over tid og er influert av historisk og sosiokulturell kontekst (Bergstrand 2004). Hvordan helse forstås og defineres har praktisk betydning for hvordan vi handler og organiserer virksomheter relatert til helse (Brülde & Tengland 2003). Det finnes en rekke ulike tilnærminger til begrepet helse og som avspeiler ulike overordnede perspektiver. Mæland (2009) viser til tre ulike måter å forstå helse på: helse som tilstand, helse som opplevelse og helse som ressurs. Helse som tilstand henspeler først og fremst på en biomedisinsk tenkning hvor helse defineres som fravær av sykdom og hvor helse og sykdom blir oppfattet som motpoler. Den mest kjente eksponenten for denne tilnærmingen er Boorse (1977) med sin biostatistiske helseteori som har som utgangspunkt at helse er et objektivt fenomen som kan studeres naturvitenskapelig. Dette innebærer en verdinøytral tilnærming til begrepet.

Det er en økende akseptasjon for en holistisk tilnærming til helsebegrepet og hvor WHO's klassiske definisjon fortsatt gjør seg gjeldende: "health is a complete state of physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity" (WHO glossary 1998). Definisjonen innebærer en helhetlig forståelse av hvordan livsstil og levekår påvirker helsestatus og representerer med dette et holistisk perspektiv på helse (WHO glossary 1998). Selv med lang filosofisk historie, er det vanskelig å operasjonalisere et helsebegrep som er så vidt og multidimensjonalt (Tones & Tilford 2001). I et forsøk på å bevege seg bort fra en ensidig forståelse av helse relatert til et sykdomsperspektiv mot en holistisk og utvidet forståelse av helsebegrepet, introduserte WHO (2001) klassifikasjonssystemet "International Classification of Functioning, Disability and Health" (forkortet til ICF), som har til hensikt å beskrive og forstå menneskers helse som et dynamisk samspill mellom personlige faktorer og miljøfaktorer, aktiviteter, deltakelse, kroppsfunksjoner og strukturer, samt helsetilstand. WHO's forståelse av helse innbefatter subjektiv opplevelse og som videre gjerne relateres til livskvalitet. I følge Mæland (2009) er livskvalitet noe annet enn helse, men at begrepene overlapper hverandre på den måte at opplevelse relatert til fysisk, psykisk og sosial tilstand er sentrale elementer i begge begrepene. Et helsebegrep som er relatert til subjektiv opplevelse innebærer et helsebegrep som er verdiladet. Vanlige folks oppfatninger av helse er både kulturelt og sosialt forankret og utgjør dermed et komplekst bilde (Baum 2008).

Til grunn for health promotion ligger det også et vidt helsebegrep (Frankish et al. 2006), og i følge Ottawa-charteret (1986) betraktes helse som en ressurs i hverdagslivet. Den norske folkehelsemeldingen "God helse – felles ansvar" (St.meld.nr.34, 2012-2013), bygger på tilsvarende forståelse av helse, og hvor "God helse er en ressurs og forutsetning for andre mål, som for eksempel et produktivt arbeidsliv, effektiv læring og overskudd til å bidra i frivillig arbeid" (ibid, s. 13). Nordenfelt (1995), har også en ressursorientert tilnærming til helse, hvor evne til å handle for å fremme viktige mål i livet er sentralt. Individets muligheter for handling vektlegges og settes i sammenheng med anledning og omstendigheter handlingen er relatert til. Handlingsmulighetene kan påvirkes av ytre forhold samtidig som personens egenskaper som mentale og fysiske ressurser spiller inn. Det som er særlig interessant i helsepedagogisk sammenheng er at Nordenfelt knytter helsebegrepet til personens potensielle handlingsmulighet, det vil si den latente egenskapen. I dette ligger det at personen må ha en intensjon om å handle. Uvitenhet, uvilje eller liten tro på at handlingen lar seg gjennomføre kan ha innvirkning på personens intensjon. Slik utvider Nordenfelt begrepet handlingsmulighet til også å innbefatte personens evne til læring ved at handlingsbegrepet

også innbefatter hva personen er i stand til å utføre først etter trening eller læring. På denne måten trer både læringsaspektet fram og at læring har betydning for helsen. Nordenfelts helsebegrep er holistisk og der mennesket blir betraktet som et handlende vesen (Nordenfelt 1995).

Folkehelsevitenskapelig tilnærming

I følge Rosenqvist (2001) har helsepedagogikk sine røtter i folkehelse. Acheson-rapporten (1998) definerer folkehelse som kunsten og vitenskapen i å forebygge sykdom, fremme folkehelse og forbedre folks liv gjennom organiserte lokale og globale tiltak. I vestlige land er hoveddødsårsakene knyttet til kroniske lidelser som hjerte/karsykdommer, kreft og hjerneslag (Glanz, Rimer & Lewis 2002; WHO 2006). Mange lider også av langvarige helseplager som følge av muskel- og skjelettsykdommer, fedme, type 2 diabetes eller KOLS (Folkehelseinstituttet 2010). Livsstilsfaktorer som tobakk, alkohol, ernæring og mangel på fysisk aktivitet er sterke bidragsyttere til økt dødelighet. Dette er lidelser som har nær sammenheng med risikoatferd og har derfor også bidratt til at læring innen helse har fått en større oppmerksomhet (Lorig 2001). Andre forhold som har bidratt til denne økende interessen er endring i populasjonen som innebærer flere eldre og dermed flere med kroniske lidelser (Sundhedsstyrelsen DK 2009), samt helsebudsjetter som sprenger økonomiske grenser når det gjelder behandling og sykehusdrift (Glanz, Rimer & Lewis 2002). Utfordringer relatert til utvikling av sykdomsbilde og helsetilstand i vestlige land har med dette ført til en økende vektlegging av læring innen helse slik at folk blir i stand til å ivareta sin egen helse. Utfordringen understrekes i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen på følgende måte: ”Den demografiske og epidemiologiske utviklingen gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.” (St.meld.nr.47, 2008-2009, s. 43).

Folkehelse favner vidt og innbefatter en rekke sub-disipliner og tilnærminger og hvor helsefremming, helsepedagogisk virksomhet og tiltak som forbedrer befolkningens helse er inkludert (Jones 2010). I henhold til norsk offentlig utredning (NOU 1998:18) om folkehelsearbeidet i kommunene, defineres folkehelsearbeid som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I følge utredningen må oppmerksomheten rettes inn på verdier som styrker det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar,

delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon (NOU 1998:18, s.38). I 2010 definerer Helsedirektoratet (2010) folkehelse som: "Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til helse." Begge disse definisjonene legger et vidt folkehelsebegrep til grunn og hvor forståelsen av faktorene som har betydning for helse, har utviklet seg fra et snevert fokus på individuell atferd, til en større vektlegging på viktigheten miljøets betydning for helse. Med andre ord handler god helse ikke bare om gode behandlingstilbud men også forhold som levekår og oppvekstmiljø, livsstil, arbeid og arbeidsmiljø, samt retten til ytringsfrihet og retten til medvirkning (St. meld. nr.34, 2012-2013).

Helsefremmende tilnærming

Ottawa Charteret utgjør primærkilden for tenkningen innen health promotion. Når det gjelder utviklingen av health promotion som et organisert atskilt område i helsepolitikk og praksis, kan denne føres helt tilbake til 1974 og Lalonde-konferansen (Lalonde 1974). Ottawa Charteret's definisjon på health promotion er som følger: "the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health" (WHO 1986). I følge WHO (1986), skapes helse der folk "learn, work, play and love." Det vil si at helse produseres i dagliglivet og omfatter dermed alle livets aspekter (WHO 1986). Innen den internasjonale litteraturen om health promotion er det blitt gjort et eksplisitt skille mellom "public health" og "new public health" (WHO glossary 1998). Introduksjonen av begrepet new public health på slutten av 1980 tallet markerte det som etter manges mening ble et paradigmeskifte i retning helsefremmende arbeid som oppsto i forbindelse med Ottawa konferansen (WHO 1986; Baum 2002). New public health representerer en helhetlig forståelse av hvordan livsstil og levekår påvirker helsestatus og fokuserer på viktigheten av å støtte en sunn livsstil og skape støttende miljøer for helse (WHO glossary 1998).

Videreutviklingen av health promotion med bakgrunn i Ottawa Charteret (WHO 1986) har bidratt til økt fokus på å gi mennesker kunnskap om helse og helsens vilkår (Tones & Green 2004). Tanken er at kunnskap om helse vil gi mennesker bedre forutsetninger til å kunne gjøre kloke valg i forhold til egen helse (Ottawa Charter s.7). I den norske folkehelse rapporten 2010

(Folkehelseinstituttet 2010), blir det pekt på at helsefremmende tiltak kan skape viktige vendepunkter i folks liv.

Det har vært en intens debatt om health promotion både med hensyn til innhold og plass i helsepolitikken og i helsevesenet (Poland et al. 2000). I følge Tones & Green (2004) er det et grunnleggende problem med diskursen health promotion at den mangler analyser som problematiserer helsebegrepet og som kunne si noe om hva health promotion bør være eller ikke være. Forebygging av sykdom utgår fra risikofaktorer for uhelse (patogene faktorer), mens helsefremmende utgår fra friskfaktorer for helse (salutogene faktorer). I samsvar med Mæland (2009) mener jeg at helsefremming ikke er et alternativ til sykdomsforebygging, men som heller må oppfattes som komplementære tilnærminger i forhold til hverandre.

Utviklingen av helsefremming har vært en måte å imøtekomme behovet for å inkorporere både strukturelle og individuelle forhold som har betydning for helse ved at fokus flyttes fra individuell sykdomsorientering til fokus på å gjøre folk i stand til å ta kontroll over deres egen helse (Rootman et al. 2001). Det betyr at en også i forhold til syke kan ha en helsefremmende tilnærming i den forstand at en fremmer det friske for å gjøre folk i stand til å håndtere det syke. Selv med denne markeringen og at den helsefremmende tenkningen er i fremmarsj, domineres folkehelsevitenskapen internasjonalt fortsatt av sykdomsprevensjon (Ejlertsson 2009).

Ottawacharteret bygger på følgende syv veiledende prinsipper for helsefremming som er videreutviklet av Rootman et al. (2001):

- Empowerment (bemyndigelse)
- Brukermedvirkning
- Helhetlig tenkning innen helse
- Intersektorielt samarbeid
- Likeverdighet og rettferdighet
- Bærekraftig utvikling
- Multistrategisk tilnærming

Alle disse syv veiledende prinsippene representerer verdigrunnlaget helsefremming bygger på og vil på ulik måte og i ulik grad ha betydning for hvordan læring innen helse kan forstås og tilrettelegges.

I Ottawa-charteret (WHO 1986) er det formulert følgende fem praktiske aksjonsområder for det helsefremmende arbeidet:

- Å utvikle en helsefremmende politikk.
- Å skape støttende miljø for helse.
- Å styrke handling i lokalsamfunnet.
- Å utvikle personlige ferdigheter.
- Å reorientere helsetjenestene.

Disse fem aksjonsområdene er videre utdypet og utviklet gjennom ulike verdenskonferanser. Adelaide-konferansen (1998) satte fokus på intersektorielt samarbeid og på helsemessige konsekvenser innsatsen av helsefremmende aktiviteter i ulike settinger eller samfunnssektorer kunne ha. Likhet i helse ble løftet fram som et sentralt tema. Sundsvall-konferansen (1991) satte fokus på miljøets betydning for helsefremming, relatert til åndelige, sosiale, kulturelle, økonomiske, politiske og ideologiske dimensjoner. Jakarta-konferansen (1997) stadfester at Ottawa-charteret skal danne grunnlaget for det helsefremmende arbeidet i alle land og understreker viktigheten av settinger som for eksempel skole og arbeidsplasser representerer. Mexico-konferansen (2000) satte fokus på at helseproblemer er et hinder for sosial og økonomisk utvikling og at det haster med å løse de sosiale, økonomiske og miljømessige faktorene som påvirker helsen i negativ forstand. Bangkok-konferansen (2005) understreker det politiske ansvaret som den enkelte regjering har vedrørende helsefremming og løfter fram lokalt partnerskap og det sivile samfunns plass i det helsefremmende arbeidet. Tallin-konferansen (2008) kan nok oppfattes som WHO's respons på det vakuum som oppsto i å sikre folk grunnleggende rettigheter etter at Berlin-muren falt. Tema på konferansen var organisering av helsevesenet og hvor det ble understreket at organisering av helsevesenet må høyt opp på den politiske agenda i de ulike land og at helsevesenet skal bidra til både helse og velstand. Verdenskonferansen i Nairobi (2009) løftet fram begrepet health literacy og fokuserte på ulikhet i helse innen det enkelte land og mellom land og som har sin årsak i ulik tilgang på kunnskap, makt og penger. Globale klimaendringer ble løftet fram som den potensielt største trusselen vedrørende helse. Disse konferansene har gitt føringer for utforming av det enkelte lands helsepolitikk. Strategien om å styrke personlige egenskaper gjennom for eksempel helsepedagogisk virksomhet kan ikke ses isolert men som et element i en multistrategisk tilnærming.

Salutogenese

Begrepet salutogenese ble introdusert av Antonovsky (1987) og representerer et forskjellig men komplementært perspektiv til det tradisjonelle patogene perspektivet som har vært det fremtredende perspektivet innen helsevesenet (Bauer 2006). Salutogenese representerer et skifte av fokus fra sykdomsorientering til fokus på mestring og det som fremmer helse (Antonovsky 1987). Antonovsky har med sitt salutogenesebegrep gitt et viktig bidrag i utviklingen av den helsefremmende tenkningen (Ejlertsson 2009). Grunnverdier innen helsefremming som likeverdighet, brukermedvirkning og empowerment er sentrale elementer innen forståelsen av salutogenese og et salutogent perspektiv på helse (Eriksson & Lindström 2008). I følge Antonovsky befinner menneskene seg langs et kontinuum mellom de to polene helse og uhelse og hvor en salutogen tilnærming vil bety at en har fokus på prosesser som fremmer helse og som skaper bevegelse på kontinuumet i retning av helse (Lindström & Eriksson 2010). Det er to sentrale begreper i Antonovsky's teori: "sense of coherence" (SOC) - på norsk oversatt til "opplevelse av sammenheng", og begrepet "general resistance resources" (GRR) – på norsk oversatt til "generelle mestringsressurser". I følge Antonovsky (1987) vil evnen til å mestre en stressfull livssituasjon være avhengig av personens opplevelse av sammenheng. Personer med en sterk opplevelse av sammenheng har i følge Antonovsky generelle mestringsressurser som inkluderer biologiske, psykososiale og materielle ressurser. Disse ressursene bidrar til at mennesker oppfatter sitt liv som konsistent, strukturert og forståelig og vil hjelpe mennesker til å bevege seg i retning av positiv helse (Antonovsky 1987). Eksempler på generelle mestringsressurser handler både om interne og eksterne ressurser og kan dreie seg om et positivt selvbilde, kunnskaper, gode sosiale relasjoner, kulturell stabilitet og penger (Antonovsky 1987). Antonovsky definerer "sense of coherence" på følgende måte:

"a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that the stimuli from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and these demands are challenges, worthy of investment and engagement."

(Antonovsky 1987 s. 19).

Antonovsky poengterer at opplevelse av sammenheng må forstås som en livsorientering og ikke som en mestringsstrategi eller som et personlighetstrekk. Med det menes at denne livsorienteringen som opplevelse av sammenheng representerer, henspeiler på at opplevelse av sammenheng heller er en mestringsressurs som gir mennesket muligheter til å velge ulike strategier når det gjelder å løse de problemer og utfordringer som livet byr på (Lindström & Eriksson 2010). Å tilstrebe kontroll har en sentral plass innen ulike stress og mestringsteorier og er også et viktig aspekt i Ottawa Charterets definisjon på helsefremming og empowerment (WHO 1986). Mestring av stressfulle situasjoner vil ut fra et salutogent perspektiv handle om personens evne til å bruke de interne og eksterne generelle motstandsressursene som er tilgjengelige og slik være i stand til å leve i det kaos som situasjonen innebærer (Eriksson 2007).

Begrepet opplevelse av sammenheng (SOC) omfatter dimensjonene *begripelighet* (comprehensibility), *håndterbarhet* (manageability) og *meningsfullhet* (meaningfulness) (Antonovsky 1987). Begrepet begripelighet representerer det kognitive elementet og viser til individets evne til å ta til seg og bearbeide informasjon og på den måten bedømme en situasjon. Håndterbarhet handler om at en har ressursene til rådighet (ferdigheter, viten, materielle ressurser), for å klare de krav som en blir stilt overfor. Begrepet meningsfullhet representerer motivasjonselementet og henspeiler på drivkreftene i livet og om det er verd å investere energi og engasjement i forhold til de utfordringer livet byr på. Det er et samvirke mellom de ulike dimensjonene (Lindström & Eriksson 2010). Om det er verdt å engasjere seg i en helsefremmende retning (jfr. meningsfullhet), avhenger av den enkeltes evne til å forstå situasjonen (jfr. begripelighet) og de ressursene vedkommende har (jfr. generelle motstandsressurser) til å møte utfordringen (jfr. håndterbarhet) i sitt daglige liv (Antonovsky 1987). Med sin artikkel "From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science" inviterer Lindström og Eriksson (2011) til en diskusjon om innholdet i helsepedagogisk virksomhet og introduserer i denne sammenheng begrepet "healthy learning" som innbefatter healthy learning som en livslang prosess. Integrering av salutogenese i et helsepedagogisk perspektiv er uvanlig og trenger å bli utforsket (Lindström & Eriksson 2011).

Helsepedagogisk tilnærming

Undervisningsprogrammer er ikke nøytrale, men er implisitt eller eksplisitt verdiforankret (Tones & Tilford 2001). Profesjonelle som arbeider med pedagogisk virksomhet bør inneha kompetanse til å kunne gjennomskue de ideologiske føringene som ligger til grunn for et pedagogisk tiltak innen helsefremming og forebygging (Jensen 2009).

I følge (Stensmo 1998) bør fem elementer ligge til grunn for et pedagogisk grunnsyn: Kunnskapssyn, Menneskesyn, Etikksyn, Samfunnssyn og Oppfatninger av den pedagogiske situasjonen. Som redskap i analysen av pedagogisk grunnsyn kan en benytte Guba og Lincolns paradigmenivåer, som deles inn i ontologisk nivå, epistemologisk nivå og metodisk nivå (Friberg et al. 2003). Det ontologiske nivå omfatter menneskesyn, etikksyn og samfunnssyn og handler om grunnleggende antagelser om mennesker og verden. Det epistemologiske nivå handler om synet på kunnskap. Hva kunnskap er har alltid vært et sentralt anliggende innen pedagogikk. Våre oppfatninger om kunnskapens vesen, hvor kunnskap kommer fra, hva som er dens gyldighet, og ikke minst hvordan man tilegner seg kunnskap, danner grunnlaget for vårt personlige pedagogiske ståsted og pedagogisk praksis (Stensmo 1998). Det metodiske nivå handler om det pedagogiske møtet. Hvordan et slikt møte utvikler seg avhenger av antagelse på de andre nivåene (Friberg et al. 2003).

Læring

Læring er et kompleks fenomen og som kan beskrives ut fra ulike perspektiver (Illeris 2008; Quennerstedt, Burrows & Maivorsdotter 2010). Å gi en entydig definisjon på læring er vanskelig (Säljö 2009) da ingen teori alene favner alle dimensjoner som læring innebærer (Knowles, Holton & Swanson 2011). Det betyr at en i dag har en mangesidig forståelse av læring som inkluderer både kognitive og sosiokulturelle perspektiver (Knowles, Holton & Swanson 2011). De tre mest dominerende læringsperspektivene i senere tid har gått via tre hovedlinjer: en behavioristisk retning, en kognitiv retning og en sosiokulturell retning (Dysthe 1999). Behaviorismen som har vært sentral innen læringspsykologi i mange år, bygger på et empirisk kunnskapssyn hvor kunnskapen er objektiv og finnes utenfor individet og hvor læring forstås som et resultat i betydningen endring av atferd (Säljö 2001). Behaviorismen er

blitt kritisert for sitt reduksjonistiske menneskesyn. Den pedagogiske aktiviteten handler om å overføre kunnskap fra et individ til et annet og uten at kulturell bakgrunn og forkunnskaper gis oppmerksomhet. Selv om behaviorismen hadde sin gullalder fram til slutten av 1950-tallet har den hatt et fotfeste helt opp til vår tid.

Kognitivismen bygger på et rasjonalistisk kunnskapssyn og vektlegger menneskets rasjonelle evner til å forstå og danne seg mentale strukturer. Læring er i henhold til kognitiv læringsteori en aktiv konstruksjonsprosess der den lærende tar imot informasjon og reorganiserer sine mentale strukturer i henhold til sin nye forståelse av et fenomen. Dette læringssynet var svært sentralt fra 1970-årene og hvor Piaget var en av de sentrale bidragsyterne (Dysthe 2001). Det som særlig har fått innflytelse er at kognitivismen bygger sin teori på et konstruktivistisk kunnskapssyn og dermed vektleggingen av at individene aktivt deltar i egen læring og ikke bare passivt mottar informasjon (Säljö 2001). Dysthe (2001) påpeker at kritikken mot kognitiv læringsteori har handlet om individsentrering og en tilbøyelighet til å fokusere ensidig på den mentale dimensjonen ved læring. Imidlertid har utviklingen gått i retning av at mange kognitivister i større grad har vektlagt sosiale og kulturelle kontekster (Dysthe 2001).

Et konstruktivistisk perspektiv på kunnskap ligger også til grunn for et sosiokulturelt perspektiv på læring. Dette perspektiv bygger på en forståelse om at læring ikke primært skjer gjennom individuelle prosesser, men at læring skjer i et sosialt fellesskap (Wenger 2004). Kontekst blir dermed et sentralt begrep innen sosiokulturelt perspektiv på læring. Dysthe (2001 s. 43) forklarer det på denne måten: "Det latinske ordet "contextere" betyr å veve saman, og karakteristisk for ei sosiokulturell forståing av kontekst er at alle deler er integrerte, vevde saman, og læringa inngår i denne veven." Dysthe (2001) viser til Uri Bronfenbrenners klassiske monografi og Vygotskij "Mind in Society" som eksempler på den økende interessen blant forskere innen ulike fagdisipliner på slutten av 70-årene og begynnelsen av 80-årene, vedrørende kulturelle kontekster og dets betydning for hvordan en kunne forstå hvordan mennesker utviklet seg, handlet og lærte.

I henhold til dagens læringsteorier forstås læring som en aktiv konstruksjonsprosess hvor den enkeltes individuelle livsverden er utgangspunktet for forståelse, tenkning og handling (Olsson 2009). Læring er en meningskapende konstruksjonsprosess i forhold til nye eller modifiserte tolkninger av oppfatninger og erfaringer (Mezirow 2008). Vurdering og reformulering av hva Mezirow (2008) kaller "meningsperspektiv" er en sentral aktivitet innen

læring og som danner grunnlaget for individuell praksis. Mening, kunnskap og forståelse skapes gjennom interaksjon mellom mennesker og miljø. All læring inneholder en innholdsdimensjon, en samspilldimensjon og en drivkraftdimensjon (Illeris 2008). Innholdsdimensjonen henspeiler på at en må ha fokus på forholdet mellom det tilsiktede læringsinnholdet og deltakernes læreforutsetninger. Samspilldimensjonen referer til den lærendes muligheter for involvering og engasjement. Størst fokus bør en ha på menneskets drivkraft for læring, det vil si gjennom dialog en vektlegging av motivasjon og erfaring som ressurs for læringsprosessen (ibid). Erfaringer er et nøkkelement når det gjelder voksnes læring og forutsetter derfor involvering og deltakelse (Knowles, Holton & Swanson 2011). Intersubjektivitet og deltakelse i meningskonstruksjon er sentrale elementer innen deltakende læring og som da henspeiler til en aktiv og allsidig prosess (Simovska 2007). Marton og Booth (2000) beskriver læring som er karakterisert med et aktivt engasjement og meningsskaping som dybdelæring og henspeiler med dette på en læringsforståelse hvor tilrettelegging for læring handler om variasjon, aktivitet, medbestemmelse. Illeris mener at dette i liten grad vektlegges og at den tradisjonelle lærerstyrte, formidlingsorienterte, fagorienterte tilnærmingen er den dominerende. Han begrunner dette "mye ut fra et perspektiv som omfatter læringens effektivitet og kvalitet i forhold til det komplekse, dynamiske samfunn vi lever i." (Illeris 2007 s. 35-36).

Fra helseopplysning til læring innen helse

De tidligste eksempler på bruk av helsepedagogikk innen folkehelsearbeid må kunne kalles propaganda. På 1950 og 1960 tallet var oppmerksomheten rettet mot teknikker for helseopplysning. Forestillingen var at ved "rett" kunnskap ville folk handle hensiktsmessig. Den helsemessige påvirkningen som den sosiale og miljømessige konteksten representerte, fikk på det tidspunkt ingen eller liten oppmerksomhet (Tones & Green 2004). Det klassiske behavioristiske læringsperspektivet hvor kunnskap blir oppfattet som objektivt eksisterende utenfor individet har preget all utdanning (Dysthe 1996). I følge Gregor (Friberg et al. 2003) er lærebøker om pasientundervisning også influert av behavioristisk og kognitiv tradisjon. Dette avspeiler en forståelse av læring som handler primært om individuelle faktorer og kognitive evner (Olsson 2009). Ut fra en biomedisinsk tenkning vil hensikten med

helsepedagogikk da være å utvikle tiltak som kan påvirke personer i retning av positiv helseatferd (Buchanan 2006). Dette avspeiler en compliance-orientert tilnærming hvor pasienter blir oppfattet som mottakere av medisinske råd og anbefalinger.

På 1970 og 1980 tallet var fokus innen helsepedagogikk og helseatferd særlig konsentrert rundt individets atferd som bestemmende for helsestatus (Tones & Green 2004). Endringen i terminologi som Ottawa Charteret representerte, medførte en voldsom diskusjon om verdigrunnet som helsepedagogikken bygger på (Tones & Green 2004).

Helsepedagogikken ble kritisert for "victim blaming" (Hauge & Mittelmark 2003). Det er først på slutten av det forrige århundre at helsepedagogikk ble betraktet som et instrument for sosiale forandringer (Glanz, Rimer & Lewis 2002). Den videre utviklingen av helsepedagogikken har foregått via to hovedspor. Det ene sporet er den preventive tilnærmingen hvor atferdsendring ved hjelp av psykologiske teorier er fokus. Det andre sporet bygger på progressiv pedagogisk filosofi, og hvor fokus er å gjøre folk i stand til å gjøre egne bevisste valg (Tones & Green 2004).

Freire's frigjørende pedagogikk står i en særstilling når det gjelder å "matche" ideene og ikke minst verdiene innenfor helsefremming. På mange måter kan kanskje Freire's filosofi og ideologi være så ruvende (dominerende) at en dypere pedagogisk analyse av læring innenfor health promotion ikke blir aktualisert av den grunn. Frigjørende pedagogikk hører inn under samlebetegnelsen "den progressive/kritiske pedagogikken" (Kvale 2004). Kvale problematiserer begrepet "den progressive/kritiske pedagogikk" da begrepet monopoliserer dette med å være kritisk og dermed gjør seg selv immune mot kritikk utenfra.

Til forskjell fra utviklingen av det teoretiske tilfanget innen helsefremming har det skjedd relativt lite innen helsepedagogikk og hvor fokus fortsatt har vært på individ og atferd (Whitehead 2004). Utfordringen nåtidens helsepedagogikk står overfor er nettopp å utvikle pedagogiske tilnærminger som inkluderer at helse og sykdom også er sosialt og strukturelt forankret. I tillegg vil det være en utfordring å ta konsekvensen av WHO's definisjon på helse som inkluderer den subjektive dimensjonen "velvære" (Jensen 2009). Green (2008) argumenterer for en "New Health Education" som innbefatter en bredere konseptuell tilnærming og hvor helsepedagogikken har en sentral rolle i å inkludere de sentrale prinsippene som empowerment og participation, samt sørge for en utstrakt intersektoriell tilnærming. En empowerment-orientert tilnærming hvor en oppfatter pasientene som

ansvarlige for sine valg er et alternativ til den biomedisinsk orienterte compliance-tilnærmingen (Aujoulat et al. 2007).

Olsson (2009) argumenter for en sosiokulturell tilnærming til folkehelse og hvor kunnskap på samme måte som helse, kan ses på som en ressurs. Olsson ser en parallell mellom folkehelsebegrepet og helsefremmende miljøer da det innen folkehelseområdet handler om å muliggjøre helsefremmende prosesser og hvor det innen pedagogikken handler om å muliggjøre lærende prosesser. Innenfor en sosiokulturell kontekst vil kunnskap være perspektivbunden med utgangspunkt i sosiale og kulturelle sammenhenger mennesket inngår i, og hvor fokus vil være å utvikle mennesket i retning av å forstå og handle i verden. Den lærendes livsverden vil være formet av forhold som klasse, etnisitet og kjønn, og danner grunnlaget for det enkelte menneskets forståelse, tenkning og handling (Olsson 2009). Helseatferd er forankret i subkulturens verdisystem og atferds normer (Abel 2007). Det betyr at mennesket har forkunnskaper og oppfatninger og dermed en tolkningsramme i forhold til det som det skal læres noe nytt om (Olsson 2009). Som tidligere nevnt skapes helse i henhold til Ottawa Charteret (WHO 1986) der hvor mennesker "learn, work, play and love." Derfor bør ekspertene revurdere sin rolle slik at deres ekspertise blir relevant for menneskers daglige liv (Potvin & McQueen 2007). Innen fenomenografien er oppmerksomheten rettet mot hvordan folk oppfatter, forstår, erfarer eller håndterer et fenomen (Dall'Alba 1996). I sin bok "Om lärande" (2000) bruker Marton og Booth paraplybegrepene "individuell konstruktivisme" (hvor fokus er kognisjon og hvor den lærendes aktive rolle på det psykiske plan vektlegges) og "sosial konstruktivisme" (hvor fokus er at læring skjer innen fellesskap og hvor kultur, språk og andre mennesker vektlegges), som utgangspunkt for å vise at disse to tilnærmingene representerer ulike sider av grenselinjen mellom "det indre" og "det ytre" og slik sett er speilbilder av hverandre. Skal dualismen mellom "det indre" og "det ytre" overvinnes bør en ikke betrakte mennesket og verden atskilt fra hverandre. Menneske lever i den verden de erfarer. Læring kan da forstås som en forandring mellom den som lærer og hans/hennes omgivelser (Marton & Booth 2000). I henhold til fenomenografisk tenkning defineres da læring som: "en aktivitet hos oss själva varigenom våra uppfatningar av företeelser och händelser i vår omvärld förändras. Kunskap är med andra ord liktydig med en uppfattning om någonting i vår verklighet" (Marton & Booth 2000). Relatert til en helsepedagogisk sammenheng innebærer dette at den lærendes subjektive oppfatninger vil være et viktig element i selve læringsprosessen samtidig som at disse oppfatningene må

forstås i en kontekstuell sammenheng med utgangspunkt i den lærendes livsverden. Helsepedagogikk innbefatter fremming av motivasjon og ferdigheter, samt kunnskap om de underliggende sosiale, økonomiske og miljømessige faktorene som har innvirkning på helse. Innen helsefremming (jfr. WHO glossary) forstås helsepedagogikk som tilrettelegging for læring for å fremme health literacy og styrke helsen til den enkelte og samfunnet.

Health literacy

Som tidligere nevnt har Ottawa-charteret fem aksjonsområder for det helsefremmende arbeidet (WHO 1986). Fire av aksjonsområdene handler primært om strukturelle forhold; det vil si bygge opp en helsefremmende politikk, skape støttende miljøer, styrke lokalmiljøets mulighet for handling og reorientere helsetjenesten mot en mer helsefremmende virksomhet. Det femte aksjonsområdet handler om å utvikle personlige ferdigheter, "developing personal skills." Utvikling av personlige ferdigheter har betydning for det enkelte menneskets mulighet til deltakelse og til å bli empowered (Nutbeam 1998). Helsepedagogikk er et sentralt virkemiddel i forhold til å utvikle personlige ferdigheter og hvor health literacy kan oppfattes som en samlebetegnelse for resultatene av health education (Nutbeam 2000). Begrepet health literacy har i denne sammenheng fått økende aktualitet. På WHO konferansen i Nairobi (2009) ble det besluttet at benevnelsen å utvikle "personal skills" skulle erstattes med benevnelsen "health literacy" og "health behaviour." Dette kan oppfattes som at "personal skills" ikke bare kan betraktes som et individuelt anliggende. Health literacy må også forstås som et resultat av interaksjonen mellom pasient og tjenesteyter (Deccache & van Ballekom 2010).

Det eksisterer mange definisjoner på hva health literacy omfatter (WHO 2009; Peerson & Saunders 2009) og det finnes ingen felles enighet om hvordan health literacy skal måles. Begrepet er multidimensjonalt og de ulike definisjonene er bestemmende for hvilke aspekter som løftes fram (Mancuso 2008). En litteraturoversikt gjennomført av Mårtensson og Hensing (2011) viser at begrepet health literacy beskrives og brukes ut fra to tilnærminger. Den ene tilnærmingen som beskriver begrepet som et polarisert fenomen som beskrives ut fra termen henholdsvis høy - lav health literacy. Tilnærmingen representerer et funksjonelt utgangspunkt med fokus på basale ferdigheter relatert til statiske egenskaper ved individet. Den andre

tilnærmingen beskriver begrepet health literacy som komplekst og dynamisk, preget av multidimensjonelle interaksjoner i individet og mellom individ og omgivelser.

Hva betyr da health literacy egentlig? På skandinavisk er det vanskelig å finne en godt dekkende oversettelse av begrepet. I Sverige anbefaler språkrådet (Mårtensson & Hensing 2011) begrepet "hälsolitteracitet" da det ikke finnes noe dekkende svensk begrep. I Norge har Pettersen (2003) oversatt health literacy til "helsefremmende allmenndannelse". Etter mitt syn bringer denne oversettelsen med seg så vel noen normative- som innholdsmessige utfordringer. Derfor vil jeg anvende det engelske begrepet videre i avhandlingen.

Nutbeam (1998 s.357) definerer health literacy på følgende måte: "the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways which promote and maintain good health". I følge Nutbeam (2008) har health literacy sitt utspring fra to ulike røtter; "klinisk risiko" (clinical risk) og "personlig ressurs" (personal asset). Tradisjonelt sett har health literacy vært forbundet med klinisk risiko på individnivå (Freedman et al. 2009). Dette representerer en snever betydning av health literacy og relaterer begrepet til compliance og den biomedisinske tenkningen (Green 2008), hvor pasientene blir betraktet som mottakere av medisinske råd (Peerson & Saunders 2009; Nutbeam 2008) og effekten av tiltak måles i forhold til helseatferd (Buchanan 2006). Ut fra en slik tenkning vil hensikten med helsepedagogikk være å utvikle tiltak som kan påvirke personer i retning av positiv helseatferd (Buchanan 2006).

Health literacy som personlig ressurs representerer et videre perspektiv enn den individrettede klinisk risiko-tilnærmingen og innbefatter sosiale, økologiske og strukturelle forhold som påvirker folks helse og hvordan disse kan endres (Freedman et al. 2009; Abel 2007). Dette støttes av Kickbusch et al. som også inkorporerer empowerment og folks dagligliv inn i definisjonen: "Health literacy is the ability to make sound health decision in the context of everyday life – at home, in the community, in the workplace, the health care system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people's control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility." (Kickbusch et al. 2005 s.8).

Health literacy vil ved en slik definisjon ha en videre betydning enn hva en mener med tradisjonell individrettet helsepedagogikk da begrepet også innbefatter politiske, miljømessige og politiske faktorer som har betydning for helse. Med en slik tilnærming til health literacy

kan det skapes en forståelse for underliggende faktorer og at disse kan ha betydning for ulikhet i helse (Tillgren, Ringsberg & Olander 2014).

Basert på en systematisk review foreslår Sørensen et al. (2012) en "all inclusive" definisjon på health literacy: "Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease preventions and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course."

Begge disse definisjonene indikerer at helsepedagogikken ikke kan avgrenses til bare å gjelde individuell livsstil men skal også ha fokus på faktorer som har betydning for helse og motivere for individuelle og kollektive tiltak som influerer de aktuelle helsefaktorer. Metodisk må da helsepedagogikk innbefatte interaksjon, brukermedvirkning og kritisk analyse. Ved en slik tilnærming vil en kunne styrke folks health literacy både individuelt og kollektivt (WHO Nairobi 2009). Utviklingen av begrepet health literacy påvirker de helsepedagogiske tilnærmingene og resultatet av disse (Nutbeam 2000).

Nutbeam (2000) viser til tre dimensjoner vedrørende health literacy: *funksjonell*-, *interaktiv*- og *kritisk* literacy. Funksjonell literacy innbefatter basisferdigheter som evne til å lese og skrive. Interactive literacy innbefatter evne til å nyttiggjøre seg helseinformasjon og kunne anvende helsevesenet. Det vil si at en har kognitive og sosiale ferdigheter og evne til kommunikasjon og samhandling. Kritisk literacy innbefatter evne til kritisk å kunne analysere og anvende helseinformasjon. Denne inndelingen er en påminnelse om at deltakerforutsetningene i en læringsituasjon vil være ulike og ha betydning for selve læringen. Endring av den enkeltes indre eller ytre ressurser vil endre den lærendes forutsetninger for læring. Personer med langvarig sykdom vil med dette ha varierende evne til læring avhengig av hvilke ressurser som til enhver tid er tilgjengelige da ressurser tilgjengelige vil kunne være påvirket av selve sykdomstilstanden (Söderkvist & Kneck 2013). Innen pedagogikk har en særlig i Norge brukt den didaktiske relasjonsmodell utarbeidet av Bjørndal og Lieberg (1978), som en forståelsesramme og et verktøy for reflektert didaktisk analyse som har til hensikt å klargjøre sammenhenger og skape bevissthet om hvilke elementer som må tas hensyn til ved tilrettelegging for læring. Når det gjelder

deltakerforutsetninger vil det si psykiske, fysiske, sosiale og kulturelle ressurser pasienten møter lærings situasjonen med.

Veiledende prinsipper for helsefremming med relevans for læring innen helse

Empowerment

Empowermentbegrepet kan føres tilbake til frigjøringsbevegelser som menneskerettighetsgrupper og feministgrupper på 1960 og 1970. En av inspirasjonskildene i denne type bevegelser var Freire's såkalte frigjørende pedagogikk som bygger på ideen om å være subjekt i eget liv og hvor det handler om at mennesker skal kunne bli likeverdige deltakere i et fellesskap gjennom bevisstgjøringsprosesser (Freire 1972). Dialogen er sentral i Freire's pedagogiske tenkning og hvor han fremhever *ordet* som dialogens essens. *Ordet* inkluderer dimensjonene refleksjon og handling i et grunnleggende samspill på den måten at handling uten refleksjon gir aktivisme og refleksjon uten handling gir verbalisme. Freire's ide om at undertrykte grupper skal bli "empowered" gjennom bevisstgjøring og kritisk refleksjon har en sentral plass innen helsepedagogisk tenkning.

Empowerment fikk en sentral betydning gjennom Ottawacharteret (1986) da begrepet ble løftet fram som et av de syv veiledende prinsippene for helsefremming. WHO (glossary 1998) definerer empowerment innen health promotion som: "empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health." WHOs definisjon innbefatter både et individ-, gruppe- og samfunnsnivå og der en må sette individet inn i en kontekstuell sammenheng. Poland et al. (2000) argumenterer for at empowerment som modell burde kjennetegne helsefremming både etisk og ideologisk da empowerment er en forutsetning for at et initiativ kan klassifiseres som helsefremmende og et nøkkelbegrep når det gjelder å utvikle positiv helse. Ideologisk sett går det et skille mellom forebyggende helsearbeid (prevention) og helsefremmende arbeid da forebyggende helsearbeid bygger på en ekspertstyrt top-down tilnærming mens helsefremming med sin empowerment tilnærming er bygd på partnerskap og bottom-up tilnærming.

Begrepet empowerment er blitt videreført og utdypet innen ulike akademiske og profesjonelle miljøer. Empowerment blir tolket og oppfattet på forskjellige måter (Askheim 2007) og en review undersøkelse foretatt av Aujoulat et al. (2007) viser at det ikke er noen entydig teori rundt begrepet. Empowerment kan handle både om individuelle og kollektive prosesser (WHO 1998; Wallerstein 2006), samt at begrepet også kan forstås som mål, prosess og produkt (Askheim 2007). Wallerstein (2006) tar til orde for at empowerment må omfatte flere nivåer som: psykologisk nivå, organisatorisk nivå og på samfunns- politisk nivå og at effekten av empowerment må kunne måles på de samme ulike nivåene. I følge Rappaport (1985), handler individuell empowerment eller psykologisk empowerment om en opplevelse av å ha kontroll over eget liv i form av personlighet, kognisjon og motivasjon og som uttrykkes gjennom følelser og ideer om egenverd, samt mulighet til å påvirke omgivelsene. Hvis empowerment skal ha effekt kan den ikke standardiseres, men må skapes og tilpasses den enkelte lokale kontekst (Wallerstein 2006). Effekten av empowerment kan være vanskelig å måle (Ratna & Rifkin 2007). Planleggere av pedagogiske opplegg må derfor være bevisste på hvilken makt eller styrke de ønsker at deltakerne skal oppnå (Cornish 2006).

I følge Aujoulat et al (2007 s.16) vil læringsopplegg med en empowerment-orientert tilnærming være bygd på erfaringslæring. I LMS opprinnelige "Standard Metode" brukes ikke begrepet empowerment eksplisitt, men har ligget implisitt til grunn for LMS arbeidet (Strøm 2010). Derimot i 2011 revisjonen av "Standard Metode" blir empowermentbegrepet brukt og relateres til definisjonen på helsepedagogikk som har vært førende for LMS: " å utløse handlinger som styrker folks egne krefter og motvirker forhold som kan føre til passivitet og uheldig avhengighet" (Vifladt & Hopen 2004 s. 37). Begrepene empowerment og brukermedvirkning er sammenvevd da brukermedvirkning er selve premisen for empowerment på den måten at folk blir "empowered" gjennom brukermedvirkning (Wallerstein 2006). Jeg legger en bred forståelse til grunn for empowermentbegrepet, som i tillegg til psykologisk nivå, organisatorisk nivå og samfunns-politisk nivå også må forstås relasjonelt, det vil si at empowerment også handler om møte mellom menneske til menneske, møte mellom menneske og systemer, og møte mellom menneske – samfunn. Begrepet empowerment kan også relateres til Antonowskys begreper mestringsressurser og SOC og hvor det handler om evne til å nyttiggjøre seg de ressurser en har til rådighet.

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning representerer et kjerneprinsipp innen helsefremming (Wills 2010) og innbefatter brukermedvirkning både som prosess og som outcome (Potvin 2007). Imidlertid er det behov for en presisering og nyansering av begrepet da begrepet i mange sammenhenger brukes lemfeldig ved at prosjekter fremstilles som om at prinsippet om brukermedvirkning er ivaretatt, men som ved nærmere ettersyn viser seg å være brukermedvirkning mer i symbolsk form enn som reell brukermedvirkning (Jensen 2005). Begrepet brukermedvirkning er komplekst (Schnack 2008) og hvordan brukermedvirkning kan tilrettelegges i praksis er det heller ikke gitt noe godt svar på (Potvin 2007). Noe av grunnen til dette kan være at fokus har vært rettet mot grad av brukermedvirkning, i stedet for en begrepsmessig avklaring (Millard, Hallet & Luker 2006). Særlig Sherry Arnstein's modell (1969) med sin stigemetafor som beskriver ulike typer av deltakelse, har bidratt til dette fokus. Denne tilnærmingen til brukermedvirkning har blitt kritisert fordi brukermedvirkning blir ensidig betraktet i et maktperspektiv hvor makten er gjenstand for konkurranse mellom to kjempende parter. Dermed utelukkes mulighetene for samarbeid, fjerning av grenser, deling av erfaringer og bygging av gjensidig forståelse (Tritter & McCallum 2006). En beskrivelse av brukermedvirkning hvor fokus er mer eller mindre deltakelse tar oppmerksomheten bort fra at kvalitativt forskjellige former for deltakelse nødvendigvis vil være forskjellig fra situasjon til situasjon (Cornish 2006). I følge Baum (2008) handler brukermedvirkning dypest sett om hvordan makt brukes og er distribuert i samhandling mellom helsevesen og den enkelte bruker/pasient.

Jensen (2009) viser til forskjellige typer begrunnelser for brukermedvirkning: en *effektivitetsbegrunnelse* hvor brukermedvirkning anses som effektivt middel til å nå oppsatte mål, en *etisk begrunnelse* hvor utgangspunktet er at mennesker skal ha mulighet til deltakelse i forhold som angår egen helse, en *demokratisk begrunnelse* og endelig en *WHO-relatert begrunnelse* som har som utgangspunkt verdiene som er nedfelt i Ottawa Charteret (WHO 1986). Begrunnelsene vil kunne være skiftende ut fra forskjellige interesser og kontekster. En effektivitetsbegrunnelse vil gjerne være mest fremtredende blant helsepersonell mens en demokratibegrunnelse vil være den mest fremtredende begrunnelse hos lærere i skolen. Ulike læringsteorier vil vektlegge brukermedvirkning på ulike måter i tillegg til at de profesjonelles egen forståelse av læring vil kunne påvirke tilrettelegging for brukermedvirkning forskjellig

(Reid & Nikel 2008). Brukermedvirkning ved LMS løftes fram på følgende måte:
"Fagkunnskap og brukererfaring sidestilles ved å planlegge, gjennomføre og evaluere læringstilbudene i likeverdig samarbeid. Gode læringstilbud krever både fagkompetanse og brukerkompetanse (erfaringer fra noen som vet hvordan det er å leve med sykdommen i hverdagen)."

I læringsammenheng blir brukermedvirkning også assosiert med hvordan den lærende er involvert i selve læringsprosessen. I følge Simovska (2007), handler deltakende læring om en personlig aktiv og allsidig prosess og hvor intersubjektivitet og "participation in meaning" er kjerneelementer. Dette bygger på en forståelse av læring som en adaptiv prosess hvor mennesket aktivt forsøker å tilpasse seg verden (Knoop 2008).

Sosial likhet og rettferdighet

Helse betraktes som en grunnleggende menneskerett (WHO 1948; WHO Jakarta declaration 1997) og sosial likhet og rettferdighet skal etterstrebnes. Med sosial likhet og rettferdighet menes at alle mennesker skal ha lik mulighet til å utvikle og vedlikeholde sin helse og at dette skjer gjennom rettferdig tilgang til ressurser for helse som for eksempel lik tilgang til helsetjenester, næringsrik mat og bolig (WHO glossary 1998; Braveman & Gruskin 2003). Det har vært en økende bevisstgjøring på at folks helse påvirkes av økonomiske, sosiale og miljømessige forhold som ligger utenfor individets kontroll (Wills 2010). I Norge er det en politisk målsetting at sosiale helseforskjeller i befolkningen reduseres og at flest mulig gode leveår for alle oppnås (St.meld. nr.16, 2010-2011). Målet er at helse og omsorgstjenestene skal være likeverdige både når det gjelder tilgjengelighet, bruk og resultat (St.meld.nr. 20, 2006-2007). I dette ligger det at alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av den enkeltes forutsetninger og livssituasjon. En ignorering av de sosiale og miljømessige faktorene som påvirker folks helse, vil være uetisk og føre til "victim blaming" (Tones & Tilford 2001; Hauge & Mittelmark 2003). Et skifte av fokus til ensidig opptatthet av politiske løsninger og endring av strukturelle forhold som virkemiddel til å fremme velferd, vil også være for ensidig og utilstrekkelig. I følge Tones & Green (2004) trenger det i utgangspunktet ikke være en logisk sammenheng mellom individuell tilnærming og victim blaming. Problemer oppstår ved en for snever tilnærming. Dette gjelder både hvis en har en blindhet for

strukturelle forhold på den ene siden eller bare fokus på individuelle muligheter på den andre siden. For ensidig fokus på begge perspektivene, vil føre til ineffektiv helsefremming. Utfordringen nåtidens helsepedagogikk står overfor er å utvikle pedagogiske tilnærminger som inkluderer at helse og sykdom også er sosialt og strukturelt forankret. Det vil si at helsepedagogisk virksomhet også må settes inn i en større sammenheng hvor det handler om politikk og betydningen av rettferdig fordeling av ressurser og på den måte skape muligheter for enkeltmennesker til å utnytte egne ressurser og ha muligheter til reelle valg.

Multistrategi i form av intersektorielt samarbeid

Erkjennelsen av at helse blir påvirket av mange faktorer (jfr. Ottawa Charteret), har ført til at en har fått et økende fokus på at helseutfordringene krever en bred tilnærming både når det gjelder strategier og sektorer som skal involveres. Intersektorielt samarbeid og partnerskap var et sentralt tema ved Bangkok-konferansen (2005). Intersektorielt samarbeid handler også om samhandling på organisasjonsnivå mellom sektorer og etater (Willumsen 2009). Norge kommer dårligere ut enn andre land når det gjelder pasienters og brukeres syn på informasjonsflyt og koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten (St.meld.nr.10, 2012-2013). Gjennom den såkalte "Samhandlingsreformen" (St.meld.nr.47, 2008-2009) blir samhandling innen norsk helsesektor løftet fram som hovedutfordringen og det viktigste utviklingsområde framover. For helsesektoren vil det å arbeide på tvers av sektorer kreve en annen oppmerksomhet enn hva som i dag er tilfelle for sektoren (Helsedirektoratet 2010). Folk har ulike evner til å navigere mellom de ulike etater og deres muligheter til å nyttiggjøre seg helsevesenet påvirkes av dette (Squires et al. 2012). Intersektorielt samvirke og hvor de enkelte tilbudene utgjør en helhet vil være et sentralt virkemiddel for at alle skal kunne nyttiggjøre seg helsetilbud uavhengig av sosial bakgrunn og bosted (St.meld.nr.10, 2012-2013). Når det gjelder helsepedagogikk argumenterer Jensen (2009) for at helsepedagogikken må være handlingsorientert og tverrfaglig og bygge på en innsikt om sammenhengen mellom menneske, kultur og samfunn.

Bærekraftig utvikling

Helse kan forstås som både en ressurs for og et resultat av bærekraftig utvikling (WSSD 2002). At befolkningen har god helse har betydning for livskvaliteten til den enkelte, samtidig som at en befolkning med god helse er en av samfunnets viktigste ressurser når det gjelder å bidra til velstandsutvikling (St.meld.nr.10, 2012-2013). Helsefremmende strategier som er bærekraftige vil være kjennetegnet ved å gi varige endringer og som vil være forenelige med det naturlige miljøet som de er utført i og som i et lengre perspektiv ikke skaper utilsiktede trusler mot helsen til fremtidige generasjoner (Smith, Tang & Nutbeam 2006).

Bærekraftig utvikling innen helsefremming henspeiler på at helse i befolkningen ikke kan opprettholdes uten et reaktivt helsevesen og gode levevilkår i vid forstand. Løsningen på dagens og morgendagens folkehelseproblemer ligger i alle samfunnssektorer (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2010). Hvis en ensidig prøver å løse folkehelseproblemene i helsesektoren alene, vil det føre til en helsesektor som forbruker for mye av samfunnets totale ressurser og på den måten true velferdsstatens eksistens og heller ikke være bærekraftig (St.meld.nr.10, 2012-2013). Et sunt miljø, demokrati, organisering av samfunnet, økonomiske forhold, kultur og livsstil er alle sentrale faktorer som har en påvirkning om utviklingen i et samfunn er bærekraftig eller ikke. I et globalt perspektiv står verden overfor store utfordringer med hensyn til miljø, menneskerettigheter og fordeling av ressurser, som vil ha innvirkning på folks helse. Globalt helsearbeid og bærekraftig utvikling henger tett sammen. Hvis verdenssamfunnet ikke er i stand til å takle de globale utfordringene vil dette få store konsekvenser for det globale helsearbeidet (Mæland 2009).

Samfunn bygd på empowerment-tenkning vil kunne være i stand til å endre på sosiale forhold og bygge støttende miljøer og med dette utvikle helsefremmende miljøer. Utdanning vil i så henseende være et sentralt anliggende med hensyn til å gjøre folk i stand til å leve sammen på måter som fremmer bærekraftig utvikling (Weare 2004). For at et helsepedagogisk tiltak skal være bærekraftig og kunne føre til varige endringer må brukermedvirkning som er en forutsetning for empowerment, være et sentralt element. Simovska (2007) påpeker at brukermedvirkning i pedagogisk sammenheng ikke må begrenses til bare å være et redskap til å fremme motivasjon for læring. Folk oppfatter gjerne helse som en del av sin livsanskuelse (Mæland 2009) og i følge Simovska vil det i det lange løp ha en mer helsefremmende effekt å

ha en tilnærming hvor en bygger på en forståelse av læring som en prosess og som primært søker å konstruere mening, og se et fenomen fra ulike perspektiver. Simovska viser i denne sammenheng til en fenomenografisk forståelse av læring (Marton & Booth 1997).

Avhandlingens forskningsspørsmål, hovedmål og delmål

Det er innen helsepedagogisk virksomhet behov for forskning som bidrar til å belyse sammenhenger mellom det teoretiske grunnlaget og pedagogisk praksis (Sundhedsstyrelsen 2009). Læringsforskning har blitt mer kompleks og mangfoldig og hvor det å studere læring kontekstuellt med utgangspunkt i menneskelig praksis synes å ha fått økt oppmerksomhet (Säljö 2009). I følge Biesta et al. (2011) spiller teori en viktig rolle når det gjelder å øke rimeligheten (add plausibility) til empiriske funn. Plausibilitet henspeler da på en konseptualisering av de empiriske funnene for å gi dem mening. Videre hevder Biesta et al. at det er ikke så mye mer behov for teoretisk og filosofisk refleksjon om bruken av teori men heller forskning som har fokus på hvordan teorier ”virker,” det vil si hvilke implikasjoner teori kan ha. Med dette som utgangspunkt vil jeg undersøke det pedagogiske og praktiske kunnskapsgrunnlaget LMS bygger på ved å konseptualisere empiriske funn i henhold til metode og begreper som LMS bygger på.

Forskningsspørsmål

1. Hva innebærer prinsippene som LMS "Standard Metode" bygger på når det gjelder brukermedvirkning og helsepedagogisk tilnærming? (studie I og II).
2. Hvilken tilnærming til læring og hvilke oppfatninger og erfaringer når det gjelder læringsbehov har deltakere som skal delta på kurs i en helsepedagogisk setting som LMS? (studie III og IV).
3. Hvilket potensial vil salutogenese kunne representere når det gjelder kunnskapsgrunnlag for helsepedagogisk tilnærming ved LMS? (studie IV).

Hovedmål

Hovedmålet med avhandlingen er med utgangspunkt i studie av et lærings- og mestringssenter å bidra til utvikling av kunnskapsgrunnlaget innen helsepedagogikk.

Delmål

1. Å undersøke hvordan brukermedvirkning ble praktisert når det gjelder planlegging, gjennomføring og evaluering av to kurs ved et lokalt LMS for så på dette grunnlag diskutere hvordan brukermedvirkning kan tilrettelegges eller hindres (studie I).
2. Å analysere og diskutere de teoretiske prinsippene som LMSs standard metode bygger på og hvordan disse prinsippene påvirker praksis i et lokalt LMS (studie II).
3. Å utforske deltakernes tilnærminger til læring, det vil si deres intensjoner og strategier for læring, før deltakelse på kurs ved et lokalt LMS (studie III).

Målet med studien var tredelt:

- a. Å undersøke deltakernes erfaringer med det å leve med en kronisk sykdom.
- b. Å fange opp deltakernes oppfatninger om læringsbehov.
- c. Å relatere disse erfaringene og oppfatningene til Antonovsky's begrep "Opplevelse av sammenheng" (SOC), samt belyse potensialet for salutogen teori som kunnskapsgrunnlag for helsepedagogisk tilnærming (studie IV).

Forskningsdesign og metode

Forskningstilnærming

Valg av metode må ta utgangspunkt i hvilken metodisk tilnærming som vil være nyttig når det gjelder å kaste lys over det feltet en vil studere og hvor det da må være forskningsspørsmålene som bestemmer valg av metode (Tjora 2010). Hensikten med kvalitativ forskning er å få fram fylldige beskrivelser av det fenomenet en ønsker kunnskap om (Johannessen et al. 2004). Et sentralt trekk ved kvalitative metoder er at de tar utgangspunkt i det perspektivet som fenomenet som skal studeres representerer (Alvesson & Sköldberg 2000). Denzin & Lincoln (2005 s.3) definerer kvalitativ forskning som "a situated activity that locates the observer in the world." Generelt sett er det slik at forskningsprosessen gjerne preges av at det foregår en pendling mellom teori og empiri (Grønmo 2004). Designet i denne avhandlingen er av en slik art at teori vil spille en sentral rolle i analysene ved at en i studie I og II som er casestudier, har predefinerte "subunits" og at det i studie IV benyttes direkte innholdsanalys og hvor Antonovskys dimensjoner innen SOC utgjør prekoder i analysen. Den analytiske prosessen innebærer da en veksling av oppmerksomheten mellom empiri og teori ved at en vekselvis utforsker meningsinnholdet i materialet og innarbeider teoretiske perspektiver. På denne måte preges den kvalitative analyseprosessen av en tilnærming som både er deduktiv og induktiv (Thagaard 2013). Denne avhandlingen bygger nettopp på vekslingen mellom teori og empiri og hvor det teoretiske tilfanget i selve analyseprosessene er betydelig. En deduktiv tilnærming innebærer at en har et veldefinert teoretisk utgangspunkt. I denne avhandlingen vil "Standard Metode", helsefremmende tilnærming og perspektiv på læring utgjør et slikt utgangspunkt. Dette teoretiske utgangspunktet må ikke assosieres med verken "objektiv" eller "sann" kunnskap da det inneholder mange normative aspekter og hvor det vil være nyttig i henhold til forskningsspørsmålene å plassere dette teoretiske utgangspunktet inn i empirisk sammenheng. En induktiv tilnærming innebærer at en tar utgangspunkt i det empiriske materialet og hvor en så utvikler en mer generell viten om de temaer som utforskes (Bowling 2005). Observasjoner, individuelle intervjuer og gruppeintervjuer utgjør det empiriske materialet. Jeg mener at jeg i avhandlingen drar nytte av å anvende både en induktiv og deduktiv metodisk tilnærming og at

de ulike tilnærmingene ikke vil utelukke hverandre. Valg av metode må også kunne være gjenstand for pragmatiske vurderinger (Tjora 2010).

Design

Avhandlingen består av fire studier (tabell 1) som ble gjennomført på et lokalt LMS i løpet av 2006. Samtlige fire studier som inngår i avhandlingen har en kvalitativ tilnærming og samtlige studier ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse. To studier utgår fra en case-studie og to studier utgår fra samme fem kvalitative gruppeintervjuer. Fokus i studie I og II var praktisering av brukermedvirkning og analyse av gjennomføring av kurs relatert til "Standard metode." Casestudie ble valgt som ansats i delstudie I og II da casestudie kan anvendes med henblikk på å videreutvikle den teorien som studien tar utgangspunkt i (Thagaard 2013). Case studie kan også være nyttig hvor en søker kontekstrelatert kunnskap (Abma & Stake 2014). Yin anbefaler casestudie som metodisk tilnærming hvor en undersøger pågående fenomener innenfor *their real life context* (Yin 2003 s. 13). Yin's metodiske tilnærming må betraktes som en casestudiemetodikk med deduktive trekk ved at analyseenhetene defineres på forhånd og ved at teori trekkes aktivt inn i analysen (Yin 2003). Kunnskap om menneskelige forhold er kontekstbundet og forskning på kontekstbundet kunnskap innen læring er nødvendig for utvikling av lærerprofesjonalitet fra nybegynner til ekspert. I følge Flyvbjerg (2006) vil casestudie som metode være egnet til å utvikle denne kunnskapen. Delstudie I og II er designet som deskriptive embedded multiple-case studier. Det vil si bruk av flere case (her: case A og B), bruk av flere analyseenheter (subunits) og bruk av flere datakilder (datatrianglering). Som anbefalt av Yin (2003) ble det i presentasjonen av funnene brukt relevant litteratur for sette funnene inn i en kontekst.

Når det gjelder studie III og IV var fokus å undersøke deltakernes oppfatninger og erfaringer relatert til det å skulle delta på kurs. Gruppeintervjuer ble valgt med tanke på at de vil kunne generere et videre spekter av responser og varierende erfaringer og oppfatninger enn hva individuelle intervjuer vil kunne gjøre (Cohen, Manion & Morrison 2000). Anvendelse av gruppeintervjuer kan også være nyttig av andre grunner. Det vil være tidsbesparende i forhold til individuelle intervjuer ved at en i løpet av kort tid kan innhente informasjon fra grupper av personer (Ringdal 2013). Her i disse studiene ville det heller ikke vært praktisk og

organisatorisk mulig å gjennomføre flere individuelle intervjuer i forkant av tidspunktet det enkelte kurs skulle finne sted.

Tabell 1 Oversikt over avhandlingens delstudier

Mål	Datasamling	Deltakere
<p>Studie I: Å undersøke hvordan bruker-medvirkning ble praktisert på to kurs for så på dette grunnlag diskutere hvordan brukermedvirkning kan tilrettelegges eller hindres.</p>	<p>Observasjoner</p> <p>Observasjoner</p> <p>Kvalitative intervjuer</p> <p>Analyse av dokumenter</p>	<p>Case A: 2 likemenn og 2 profesjonelle (planleggingsmøte) 1 likemann og 2 profesjonelle (evalueringsmøte)</p> <p>Deltakere på 2 kurs:</p> <p>Case A: 6 brukere, 2 pårørende, 2 likemenn, 4 profesjonelle. Case B: 7 brukere, 5 pårørende, 1 likemann, 5 profesjonelle.</p> <p>Case A: 1 likemann og 2 profesjonelle (et gruppeintervju) Case B: 1 profesjonell (to intervjuer)</p> <p>"Standard Metode LMS" "Standard evalueringskjema" Relevant litteratur innen helsefremming og pedagogikk.</p>
<p>Studie II: Å analysere og diskutere de teoretiske prinsippene som LMSs standard metode bygger på og hvordan disse prinsippene påvirker praksis i et lokalt LMS.</p>	<p>Observasjoner</p> <p>Observasjoner</p> <p>Analyse av dokumenter</p>	<p>Case A: 2 likemenn og to profesjonelle (planleggingsmøte) 1 likemann og 2 profesjonelle (evalueringsmøte)</p> <p>Deltakere på 2 kurs:</p> <p>Case A: 6 brukere, 2 pårørende, 2 likemenn, 4 profesjonelle. Case B: 7 brukere, 5 pårørende, 1 likemann, 5 profesjonelle.</p> <p>"Standard Metode LMS" To kursplaner Relevant litteratur innen helsefremming og pedagogikk.</p>

Mål	Datasamling	Deltakere
<p>Studie III: Å utforske deltakernes tilnærminger til læring, det vil si deres intensjoner og strategier for læring, før deltakelse på kurs ved et lokalt LMS.</p>	Gruppe-intervjuer	<p>5 grupper:</p> <p>Morbus crohn kurs 4 deltakere</p> <p>Hjertekurs 4 deltakere</p> <p>Nyrekurs 2 deltakere</p> <p>Astmakurs 6 deltakere</p> <p>Diabetes type II kurs 4 deltakere</p>
<p>Studie IV: Å undersøke deltakernes erfaringer med det å leve med en kronisk sykdom og deres oppfatninger om læringsbehov relatert til SOC, og belyse potensialet for salutogen teori som rammeverk for helsepedagogisk tilnærming.</p>	Gruppe-intervjuer	<p>5 grupper:</p> <p>Morbus crohn kurs 4 deltakere</p> <p>Hjertekurs 4 deltakere</p> <p>Nyrekurs 2 deltakere</p> <p>Astmakurs 6 deltakere</p> <p>Diabetes type II kurs 4 deltakere</p>

Deltakere

Studie I og II

Utvalg av casene i denne studien ble gjort strategisk og i samarbeid med leder for LMS.

Utvelgelse av casene må i følge Yin (2003) tjene bestemte formål innenfor rammen av spørsmål undersøkelsen skal gi svar på. Yin poengterer at bruken av flere case ikke må assosieres med en datainnsamlingslogikk som handler om å få flere respondenter.

Avveiningen en sto overfor var om en skulle velge kurser som i stor grad kontrasterte hverandre med hensyn til målgrupper, organisering og tematikk, eller om en skulle velge kurser som avspeiler store brukergrupper med bakgrunn i medisinske lidelser. Sistnevnte ble valgt ut fra en tenkning om at disse kursene ville som valgte case tjene de formål som undersøkelsen skal gi svar på ut fra at de har sitt utgangspunkt i sentrale målgrupper ved LMS, og at de samtidig kan kontrastere hverandre med hensyn til hva den enkelte lidelse fører

med seg når det gjelder konsekvenser for læring og helse. Det ble bevisst valgt et nytt kurs og ett kurs som blir arrangert regelmessig med tanke på å få løftet fram hvordan ”Standard Metode” ble praktisert. Begge kursene ble gjennomført høsten 2006.

Selve casene besto av to kurser som ble gjennomført ved et lokalt LMS:

- *Mestringskurs for personer med prostatakraft og pårørende/venn.* Dette kurset var helt nytt og ble arrangert for første gang. Omfanget på kurset var syv timer fordelt på to dager. Seks menn (inkludert likemann) og to ektefeller (kvinner), deltok på kurset.
- *Kurs for oksygenbrukere.* Dette er et kurs som har blitt arrangert regelmessig over flere år. Omfanget av kurset var ti timer fordelt på to dager. Fire menn og tre kvinner deltok på kurset. I tillegg deltok fem pårørende (fire kvinner og en mann).

Deltakerne ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien og signerte skriftlig en godkjenning om at jeg kunne delta som observatør på kursene. Se tabell 2 for nærmere oversikt over deltakere på kursene.

Tabell 2 Oversikt over deltakere på kursene (case A og B) i studie I og II

Case A: <i>Mestringskurs for personer med prostatakraft og pårørende/venn</i> (kurs A)	Case B: <i>Kurs for oksygenbrukere</i> (kurs B)
Seks menn, 53–82 år To pårørende (kvinner) *To mannlige likemenn (en dag hver) En profesjonell fra LMS Tre profesjonelle fra sykehuset	Fire men og tre kvinner, 53–82 år Fem pårørende: fire kvinner og en mann *En mannlige likemann (den første dagen) En profesjonell fra LMS Fire profesjonelle fra sykehuset

* Planlegging, gjennomføring og evaluering av kursene skulle gjennomføres av brukere (likemenn) og profesjonelle i samarbeid.

Studie III og IV

Utvelgelse av grupper som deltakerne ble rekruttert fra ble gjort strategisk i samarbeid med lederen av LMS. Gruppene ble valgt ut fra kurser som representerte sentrale målgrupper som mange LMS gir tilbud til. Kursene som ble valgt ut var følgende: astma, diabetes type II, hjertesykdommer, nyresykdommer og Crohn's sykdom. Kursene som gruppedeltakerne ble rekruttert fra ble annonsert på det aktuelle LMS webside, samt gjennom lokal avis og aktuelle pasientorganisasjoners interessegrupper. For å kunne delta på kurset måtte deltakerne ha henvisning fra lege. Da deltakerne henvendte seg til LMS for påmelding til kurs ba medarbeider ved LMS om tillatelse til å sende skriftlig informasjon om undersøkelsen og hvor de som ønsket å delta kunne sende samtykkeerklæring i retur i ferdig frankert konvolutt. De som hadde sendt inn samtykkeerklæring møtte halvannen time før selve kurset begynte til gruppeintervju. Av i alt 46 personer som deltok på kursene fikk 38 personer tilbud om å delta, da personer som meldte seg på kurset kort tid i forveien ikke fikk informasjon i tide til å kunne delta i undersøkelsen. De som hadde interesse i å delta ble bedt om å returnere sitt samtykke i frankert konvolutt. Av de 38 personer som fikk tilbud om å delta var det tilslutt 20 personer som deltok i gruppeintervjuene. Fire personer returnerte ikke samtykkeerklæring, fem avslo uten forklaring, tre begrunnet avslag med lærevansker, lang reisetid og helsemessige årsaker. Tre personer møtte ikke opp. Se tabell 3 for oversikt over deltakerne.

Tabell. 3 Oversikt over deltakere i gruppeintervjuene (GI) (studie III og IV).

Grupper	Antall kurs-deltakere	Antall GI deltakere	Kjønn (menn/kvinner)	Alder (Md)	Sykdoms-varighet (år)
Astma	10	6	0/6	35-68 (58)	1-30
Diabetes II	9	4	2/2	45-81 (56)	<1-10
Hjerte- sykdommer	12	4	3/1	47-74 (56)	<1-11
Nyre- sykdommer	5	2	1/1	48-55 (51)	<1>
Crohn's	10	4	1/3	35-53 (47)	7-30

Datainnsamling

Studie I og II

I studie I og II ble det foretatt observasjoner av selve gjennomføringen av begge kursene (case A og B). Når det gjelder observasjon av evalueringsmøte case A var planen at det skulle gjennomføres et gruppeintervju i etterkant av kurset hvor de to likemennene, sykepleier og leder LMS skulle delta. Den ene likemannen møtte ikke opp. Han ble ringt til, men følte seg ikke helt i form. Sykepleier var forhindret i å komme tidsnok. Leder LMS foreslo der og da at ventetiden kunne nyttes til at leder LMS og likemann foretok en evaluering av selve kurset. Fokus skulle da konkret være selve kurset sammenlignet med intervjuet seinere, som skulle være av reflekterende art og ha et mer overordnet perspektiv. Jeg fikk tillatelse til å notere underveis under denne samtalen. For å beskrive hvordan observasjonene på de to kursene ble gjennomført (case A og B) har jeg benyttet meg av følgende format anbefalt av Patton (2002):

1. *Observatørrollen*: Observatørrollen må karakteriseres som passiv. Deltakerne på kursene (case A og B) satt i en "hestesko" med bord foran seg. De profesjonelle som underviste sto i åpningen på "hesteskoen" hvor også overhead projektor og "flippover" var plassert. Som observatør deltok jeg ikke i diskusjonene som oppsto i undervisningssituasjonen. Da undervisning pågikk plasserte jeg meg skrått bak "hesteskoen" og markerte med dette at jeg ikke var en del av gruppen. Før kursene begynte var jeg med og tok i mot deltakerne og hjalp til med praktiske ting som parkeringsanvisninger osv. Jeg deltok også praktisk under lunsjservering og satt da sammen med deltakerne og hvor jeg deltok med "small talk". Som observatør på planleggingsmøtet og evalueringsmøtet (delstudie I, case A), var jeg passivt deltakende selv om jeg satt sammen med deltakerne rundt et bord. Grunnen til at jeg valgte å sitte sammen med gruppen var at det ville oppleves som kunstig å sitte på siden av en så liten gruppe. Når jeg satt sammen med gruppen var jeg bevisst på egen kroppspositur, at jeg satt litt tilbaketrukket.
2. *Insider versus outsider perspektiv*: I følge Patton (2002) vil sitater gi et insider (emic) perspektiv. Noen av deltakernes utsagn ble skrevet ned ordrett mens andre utsagn ble

gjengitt i stikkordsform. Det vil si at det er en balanse mellom insider og outsider perspektiv.

3. *Hvem gjennomfører undersøkelsen:* Observasjonene ble gjennomført av meg alene og hvor deltakerne ikke var involvert som medforskere.
4. *Offentliggjøring av observatørrollen for andre:* Rollen min som observatør var kjent for alle deltakerne.
5. *Varigheten av observasjonene:* Det ble gjort observasjoner på to kurs som begge gikk over to dager og som til sammen utgjorde ca 14 timer med observasjoner. Planleggingsmøte hadde en varighet på 1 time og 15 minutter, mens evalueringsmøte hadde en varighet på 1 time.
6. *Observasjonenes fokus:* Interaksjonen i en gruppe kan ikke fullt ut bli forstått gjennom en forskningsmetode (Undeland & Malterud 2008) da observasjonene vil ha selektive perspektiver (Patton 2002). I de to delstudiene påvirket de predefinerte analyseenheter observasjonsfokus. Generelt var fokus knyttet til hva deltakerne (og de profesjonelle) sa, hvordan de sa det de sa, og interaksjonen mellom personene som ble observert. Hvilken tilnærming de profesjonelle hadde i forhold til tilrettelegging av deltakernes læring og hvordan deltakernes innspill ble brukt pedagogisk ble særlig fokusert.

Dokumenter ble også anvendt som datakilder. I studie I representerte "Standard Metode" og evalueringsskjema datakilder, mens i studie II var det i tillegg til "Standard Metode" kursprogram for de to respektive kursene som representerte datakildene. Dokumentet "Standard Metode" ble på den tiden datasamling ble gjennomført, publisert som "Ideologi og metode for Lærings- og mestringssentre i Norge".

I studie I ble det også foretatt to individuelle intervjuer og ett gruppeintervju. Den profesjonelle fra LMS i case B arrangerte verken planleggingsmøte i forkant eller evalueringsmøte i etterkant av kurset i henhold til "Standard Metode" for LMS. Derfor intervjuet jeg henne i forkant av kurset for å få innblikk i hva hun tenkte omkring dette med planlegging av kurset. Intervjuet foregikk på den profesjonelles kontor og hadde form som en samtale. Jeg noterte underveis og samtalen hadde en varighet på en time og femten minutter. I etterkant av kurset ble det foretatt et nytt intervju hvor tema var gjennomføringen av kurset og oppfatninger om brukermedvirkning og tilrettelegging av dette. Dette intervjuet foregikk også på den profesjonelles kontor og hadde en varighet på femtifem minutter. Intervjuet ble

tatt opp på bånd og deretter transkribert. Det ble også gjennomført et gruppeintervju med en likemann og to profesjonelle i case A (studie I) i etterkant av kurset. Hovedtema var gjennomføring av kurset og refleksjoner rundt dette med hvordan brukervedvirkning var tilrettelagt i planlegging og gjennomføring av kurset. Intervjuet ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. Intervjuet ble gjennomført på møterom i LMS lokaler og hadde en varighet på en time og tretten minutter.

Studie III og IV

Det ble gjennomført fem gruppeintervjuer sammenlagt i studie III og IV. Gruppeintervjuene hadde i gjennomsnitt en varighet på halvannen time og startet to timer før kurset begynte første dag. Gruppeintervjuene var semi-strukturerte og en tematisert intervjuguide ble anvendt for å holde fokus under gruppeintervjuene. Det overordnede tema for gruppeintervjuene var deltakernes erfaringer og oppfatninger om helse, sykdom, læring og mestring og hvordan de kunne bruke LMS i så henseende. For øvrig hadde gruppeintervjuene en uformell stil. De ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. Gruppeintervjuene foregikk på et eget møterom ved det aktuelle LMS og ble gjennomført over en tre måneders periode i 2006.

Dataanalyse

Studie I og II

I følge Yin (2003) er analysefasen den mest krevende fasen i gjennomføring av en casestudie. Data fra intervjuer, observasjoner og dokumenter (studie I) og data fra observasjoner og dokumenter (studie II), ble analysert i forhold til de predefinerte analyseenhetene. Yin (2003) anbefaler bruk av predefinerte analyseenheter. I studie I var hovedfokus for analysen hvordan brukervedvirkning ble praktisert ved et lokalt LMS og hvor planlegging, implementering og evaluering utgjorde de tre analyseenhetene. I studie II var hovedfokuset hvordan læringen ble tilrettelagt med referanse til "Standard Metode" og med følgende tre definerte analyseenheter: 1. Påvirkningen av helsefremming, 2. En aktiv tilnærming til læring og 3. Likeverdighet mellom brukerkunnskap og profesjonell kunnskap. Data ble analysert kvalitativt (Brown et al. 1989). Når det gjelder kvalitativ innholdsanalyse av observasjonene og intervjuene, har de både et innholdsaspekt (fokus på tekst) og et forholdsaspekt (fokus på interaksjon). Analysen startet med å lytte gjentatte ganger til lydopptak og så transkribere disse (studie I). Notater fra

intervjuer og observasjoner, dokumenter og relevant litteratur ble gjennomlest gjentatte ganger. Etter anbefaling fra Miles og Huberman (Yin 2003) ble så dataene arrangert i ulike temaområder med utgangspunkt i de predefinerte analyseenhetene. Se eksempel på dette i tabell 3, studie II. Analyseprosessen var også inspirert av Graneheim og Lundman (2004) i den forstand at meningsbærende enheter ble kondensert og abstrahert. Forskjellen ligger i at mens de abstraherte meningsbærende enhetene i henhold til Graneheim og Lundmans analyseprosess blir benevnt med en kode, vil de abstraherte meningsbærende enhetene i henhold til Yin (2003) bli analysert og adressert til de predefinerte analyseenhetene. Graneheim og Lundman (2004) skiller mellom manifest og latent innholdsanalyse. I disse studiene var det hovedsakelig det manifeste innholdet i teksten som var i fokus. For å styrke funnene ble det etablert sammenfallende linjer mellom de ulike dataene (Yin 2003). Ved anvendelse av casemetodikk vil bruken av flere datakilder være et viktig prinsipp for datainnsamling (Yin 2003). Det ble foretatt en datatriangulering i henhold til Yin (ibid) i den forstand at dataene belyser de samme spørsmål. Som anbefalt av Yin (2003) ble det i presentasjonen av funnene brukt relevant litteratur for å sette funnene inn i en kontekst.

Studie III og IV

Å velge analyseenhet er av grunnleggende betydning når en skal anvende innholdsanalyse. I studie III ble gruppeintervjuene analysert ved hjelp av innholdsanalyse i henhold til Graneheim og Lundman (2004). Lydopptak fra gruppeintervjuene ble lyttet til gjentatte ganger og deretter transkribert. Teksten ble deretter lest gjentatte ganger for å få tak i helheten for så å bli delt inn i ulike temaområder med henvisning til domener av gruppeintervjuene og der *hvordan*- aspektet ved læring ble fokusert (Marton & Booth, 2000). Meningsbærende enheter ble deretter kondensert og videre abstrahert til sub-kategorier og kategorier. (Se studie III, tabell 3 for et eksempel). I studie IV ble gruppeintervjuene analysert ved hjelp av direkte innholdsanalyse i henhold til Hsieh og Shannon (2005). Analysen er basert på et teoretisk rammeverk inspirert av dimensjonene i SOC (Antonovsky 1987). Dimensjonene i SOC dvs. forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, representerte på denne måten de forhåndsbestemte kodene. Med henvisning til de på forhånd bestemte kodene ble relevante avsnitt identifisert, og deretter delt inn i kondenserte meningsenheter som deretter ble abstrahert i underkategorier og kategorier. (Se studie IV, tabell 2 for et eksempel). Med referanse til kategoriene som framkom under analysen og sentrale aspekter ved læring

generelt (Illeris 2008), ble deretter potensialet for salutogen teori som rammeverk for helsepedagogisk tilnærming belyst. (Se studie IV, tabell 4).

Troverdighet

Ved en konstruktivistisk tilnærming til kunnskap og hvor en avviser en objektiv virkelighet, vil forskerens dyktighet og troverdighet ha særlig betydning. Validering bør da gjennomsyre hele forskningsprosessen og gjennomføres kontinuerlig fra første tematisering til endelig rapport (Kvale & Brinkmann 2009). Da begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet assosieres med kvantitativ forskning, er det omdiskutert om disse begrepene har relevans for kvalitative data (Ringdal s. 248). Innholdsanalyse er gjort i henhold til Graneheim og Lundman (2004). De henviser til Lincoln og Guba (1985) og begrepet troverdighet (trustworthiness) som et alternativ til den kvantitative terminologien som validitet representerer. Begrepet "troverdighet" innbefatter da pålitelighet (credibility), gyldighet (dependability), bekreftbarhet (confirmability) og overførbarhet (transferability).

For å styrke troverdigheten i studien er forskningsstegene beskrevet grundig i de ulike studiene hva gjelder deltakere, innsamling av data, frafall av deltakere, analyse og resultater. Tre av studiene (II, III, IV), inneholder eksempler på hvordan analysen ble gjennomført og alle studiene inneholder direkte sitater fra informantene slik at leseren selv kan bedømme påliteligheten. Den teoretiske forankringen gjøres eksplisitt i analysen i studie I og II ved at det i henhold til casemetodikk gjøres bruk av predefinerte "subunits" og at teori relatert til helsefremming og læring brukes aktivt i selve analyseprosessen. Observasjonene vedrørende studie I og II hadde en varighet på til sammen 16 timer og 15 minutter. De to individuelle intervjuene i studie I hadde en varighet på til sammen 2 timer og 10 minutter og gruppeintervjuet en varighet på til sammen 1 time og 13 minutter. Gruppeintervjuene i studie III og IV hadde en varighet på til sammen 5 timer og 20 minutter.

Analyse, resultatene og selve skrivingen ble kontinuerlig drøftet mellom veileder og meg i studie I og studie II. Når det gjelder casestudier viser også Yin (2003 s.33) til terminologien i henhold til Lincoln og Guba (1985), samtidig som fire andre prinsipper for validitet blir presentert:

1. "Construct validity" henspeiler blant annet på å bruke flere relevante datainnsamlingskilder for det som skal undersøkes. Dette blir ivaretatt i både delstudie I og II ved at det ble gjort en kontinuerlig triangulering av datakildene.
2. "Internal validity" som henspeiler på forklarende casestudier (og som dermed ikke er relevant for dette studie).
3. "External validity" handler om funnenes generaliserbarhet. LMS er en spesiell setting. Funnene kan ikke ukritisk overføres til andre settinger. Yin selv (2003) advarer nettopp mot dette ved å si at multiple casestudier ikke kan generaliseres i statistisk forstand.
4. "Reliability" som handler om etterprøvbareheten på studien. Yin (2003) vektlegger bruken av caseprotokoll for å ivareta etterprøvbareheten. I delstudie I og II er datagrunnlaget og dokumentasjon av de ulike stegene i prosessen beskrevet.

Yin's bruk av terminologi her avspeiler at han har en viss forankring innen den kvantitative tradisjonen.

I studie IV er det teoretiske rammeverket og de predeterminerte kodene som ligger til grunn for analysen grundig beskrevet. På denne måten blir forskerens egen posisjon og faglige interesser tydeliggjort. I studie III og studie IV ble analyse og resultater og selve skrivingen i tillegg diskutert med ytterligere to medforfattere. Bruk av flere forskere med ulik faglig bakgrunn (pedagogikk, sykepleie, samfunnsvitenskap og helsefremming), gir en form for triangulering som øker troverdigheten.

Hvis studien skal ha noen form for overføringsverdi forutsetter det en nøyaktig beskrivelse av deltakerne og studiekonteksten. Studiekonteksten er beskrevet både innledningsvis i avhandlingen, i metodekapittel og i det enkelte studie. Deltakerne er nøye beskrevet i henholdsvis avhandlingens metodekapittel og i det enkelte studie. Hvilke kurs som går inn i studien er også nøyaktig beskrevet. Alle intervjuene som er tatt opp på bånd er ordrett transkribert. Dokumenter som er brukt i analysen er lett tilgjengelige. Observasjonene (studie I og II) er fyldig nedtegnet og beskrevet i henhold til Patton (2002). Det vil si at observatørrollen og observasjonsfokus er gjort rede for. Videre er det i nedtegnelsene en balanse mellom insider- versus outsiderperspektiv.

Etiske overveielser

Helsinki-deklarasjonen gir de overordnede føringene for å sikre at forskningen utføres på en etisk forsvarlig måte og at forskningen følger generelt aksepterte vitenskapelige prinsipper. Sentralt er prinsippet om forsøkspersonens frivillige samtykke og retten til å trekke seg fra studien (Reuter et al. 2000). I henhold til eksisterende norsk regelverk har studien godkjenning og tillatelse fra Etisk Komité Helseregion Vest og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (ref. nr.13343).

I følge Kvale og Brinkmann (2009) knytter det seg fire usikkerhetsområder relatert til det å ivareta informantene på etisk forsvarlig måte. Det gjelder informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle. Informert samtykke dreier seg om at deltakerne deltar frivillig og ikke opplever at de er satt under press til å delta. Informasjonsskrivet til deltakerne var forhåndsgodkjent av Etisk Komité Helseregion Vest (197.05). Utfordringen er å finne en balanse mellom grundighet og omfang i informasjonsskriv. Hvis informasjonsskrivene blir for lange kan det resultere i at deltakerne ikke leser skrivet. Fortrolighet dreier seg hovedsakelig om konfidensialitet og at data ikke identifiser deltakerne. Det har vært nødvendig å beskrive deltakerne i generelle ordelag for å ivareta deltakernes konfidensialitet. Dette hensynet har en hele tiden vært nødt til å vurdere opp mot vitenskapelighet. Fra deltakernes perspektiv kan konsekvenser dreie seg både om fordeler og ulemper (skader) ved å delta i undersøkelsen. I disse studiene som presenteres her, var det viktig å ha en våkenhet for sårbarheten til alle deltakerne, det gjelder både deltakere på kursene og de profesjonelle. For å ivareta informantene ble detaljerte beskrivelser av hva informantene sa og gjorde utelatt. Utfordringen var igjen å balansere dette hensynet opp mot vitenskapelighet. Forskerens rolle handler om integritet, uavhengighet og vitenskapelighet. I det opprinnelige designet vedrørende delstudie I og II, var det planlagt et gruppeintervju med deltakerne umiddelbart etter at kursene var avsluttet. Det viste seg at flere av kursdeltakerne hadde dårlig allmenntilstand og viste tydelige tegn på tretthet under kurset og ved kursets slutt. Flere av dem hadde også lengre veg å reise. Noen av deltakerne gikk hjem før kurset var avsluttet da de følte seg utslitt. På dette grunnlag fant jeg det uforsvarlig å gjennomføre gruppeintervju i etterkant av kurset. Det ville etter min mening være uetisk å sette forskerens behov for

kunnskap foran deltakernes behov for hvile. På grunn av at flere av deltakernes allmenntilstand var dårlig og at flere måtte bruke en viss reisetid var det uaktuelt å be deltakerne å komme ekstra for et gruppeintervju. Dette var en etisk beslutning som handler om forskerens integritet og rolle som person i situasjonen.

Metodiske betraktninger

I studie I og II var designet basert på at begge kursene ble gjennomført etter gjeldende prosedyre. Utvelgelse av kurs ble gjort i samarbeid med leder av Lærings- og mestringssenteret og avvik i prosedyren kom først fram i samtale med den aktuelle kursleder etter utvelgelsen av kurset. Leder antydte da at de sikkert kunne ha et planleggingsmøte og følge prosedyren hvis jeg ønsket det. Ett annet alternativ var å avgrense studien til å gjelde kurser som følger prosedyren og dermed bytte ut kurset som ikke fulgte prosedyren med et som følger prosedyren. Jeg mente at kursarrangørene skulle gjøre det de pleide gjøre og ikke avvike praksis med mitt nærvær og at avvik således ikke skulle være et utvalgs-kriterium. Mitt fokus var at kursene skulle kontrastere hverandre i forhold til diagnose, lidelser og livssituasjon, samt nytt/gammelt kurs. Dermed kunne ikke avvik i prosedyre ses på som kontrastering i utvelgelse av kursene. For å få fram data om hvordan gjennomføringen av kurset praktiseres, måtte jeg med andre ord justere designet. Observasjon av planlegging og evaluering ble erstattet av intervju med kursleder på det kurset som ikke fulgte prosedyre. Spørsmålet er om avvik fra design som her er skissert, vil kunne tilfredsstillende Yin's krav til stringens? Situasjonen som her er beskrevet viser etter mitt syn "the real life". Verden er kompleks og omskiftelig. Mitt fokus har vært å få fram data som kan belyse problemstillingen fullstendig som mulig. Et nærliggende spørsmål kan da være om kurser som krever ulik metodisk tilnærming kan være case i samme studie? Jeg mener at alle kurs som arrangeres i Lærings- og mestringssenterets regi kan i prinsippet kan være case i samme studie. Felles for kursene er at de bygger på samme ideologi og er organisert i samme enhet. Poenget er at for å fange opp kursenes praktisering av prosedyre, måtte jeg bruke ulik metodisk tilnærming. Yin argumenterer for bruk av flere datakilder og trenger nødvendigvis ikke oppfattes som identiske datakilder for det enkelte case. Case-studier kan gjennomføres på ulike nivå. I den studie som her presenteres og hvor det empiriske materialet er innhentet ved ett LMS kunne

det vært et alternativ å definere selve LMS som en unik case. Imidlertid er gjerne casestudier i utgangspunktet komplekse i den forstand at det er mange datakilder å holde styr på. Jeg valgte derfor et casestudie med en mer avgrenset tilnærming.

I studie III og IV ble det anvendt gruppeintervjuer. Som moderator var det derfor viktig å sørge for at alle fikk anledning til å komme til orde. Å finne den optimale gruppestørrelse kan være en utfordring. I følge Lewis vil en optimal gruppestørrelse være en gruppe på 6-7 deltakere (Cohen, Manion & Morrison 2000). For få deltakere kan føre til press på enkeltindivider, for stor gruppe kan føre til en fragmentert gruppe og hvor en mister fokus (ibid). Når det gjelder studie III og IV hadde det ideelt sett vært ønskelig med større grupper. Imidlertid var dette ikke mulig å oppnå da rekrutteringspotensialet til det enkelte gruppeintervju var avhengig av antall deltakere på hvert kurs og hvor mange som ønsket å delta i gruppeintervjuene. Denne måten å rekruttere deltakere på representerer en svakhet når det gjelder sammensetning av gruppene. I utgangspunktet vurderte jeg bruk av fokusgruppediskusjoner men gikk bort fra dette da jeg syntes det var problematisk at jeg ikke hadde mulighet til innflytelse vedrørende størrelse og sammensetning av gruppene. En gruppe besto bare av to deltakere noe som førte til at jeg tok en mer aktiv rolle i gruppen. Dette kan naturligvis utgjøre en svakhet ved studiene. Når det gjelder frafall i studiene III og IV kan det skyldes begrensninger som deltakerne opplever i sitt dagligliv og tidspunktet gruppeintervjuene ble gjennomført på. For eksempel kom det fram under gruppeintervjuet i gruppen med personer som hadde Morbus Crohn at morgenen kunne være svært krevende med gjentatte toalettbesøk og at gruppeintervjuet i så henseende startet for tidlig. I følge Patton (2002) vil det være det en vil si noe om når studien er avsluttet som vil være bestemmende for hva som er et egnet utvalg. Verken studie III eller IV sikter mot komparative funn mellom de ulike gruppene (Barbour 2007) eller har ambisjoner om å gi et heldekkende svar vedrørende det helsepedagogiske kunnskapsgrunnlaget og praksis lærings- og mestringssenter bygger på. Å være tydelig på dette kan bidra til å skape intersubjektivitet og konsistens vedrørende studiets mål og mening (Malterud 2012). Studiens ambisjon som helhet er å løfte fram og kaste lys over ulike elementer ved det helsepedagogiske kunnskapsgrunnlaget og praksis ved hjelp av empiri relatert til teoretiske begreper.

Når det gjelder casestudienes overførbarhet henger det sammen med hvordan casestudie er designet og har ikke sammenheng med antall case (Yin 2003). Unike casestudier bygger som regel på en kvalitativ tilnærming hvor det å fange inn kompleksiteten og hvor fokus er det

spesielle, snarere enn det generelle og hvor det handler om å tolke og forstå det spesifikke ved casen. Hvis jeg hadde valgt å definere det utvalgte LMS som en unik case ville jeg ikke trengt å problematisere dette med overførbarhet, da hovedinteressen i unike casestudier er den casen som studeres (Ringdal 2013). En annen tilnærming er å se på det utvalgte LMS som et eksempel på det teoretiske fenomenet som jeg ville studere. I multiple casestudier som jeg har benyttet meg av, er gjerne hovedinteressen teoretiske problemstillinger og hvor casene velges ut for å videreutvikle den teorien studien tar utgangspunkt i (Ringdal 2013). Fokus vil da ikke være det unike ved det utvalgte LMS, men om det valgte LMS er å betrakte som en representant for alle LMS. I denne avhandlingen er ikke det valgte LMS i utgangspunktet valgt som en case. Det er de to spesifikke kursene ved det utvalgte LMS som utgjør casene. Spørsmålet om overførbarhet i denne avhandlingen handler primært ikke om de to spesifikke kursene og om funnene der gir en overførbarhet til tilsvarende kurser ved andre LMS. Det kritiske punkt er om en kan tenke overførbarhet med utgangspunkt i en studie av bare ett LMS. Først må en da gjerne klargjøre hva en i denne sammenheng mener med overførbarhet. Jeg mener en kan snakke om to nivåer av overførbarhet relatert til funnene i denne avhandlingen. For det første kan en snakke om overførbarhet vedrørende de empiriske funnene isolert. Jeg mener at det med utgangspunkt i et LMS og de empiriske funnene alene, ikke er grunnlag for å kunne si at måten kursene ble gjennomført på (studie I og II) og erfaringene gruppedeltakerne hadde (studie III og IV), er representative for alle andre LMS. Det andre nivå av overførbarhet handler om den videre analyse hvor de empiriske funnene sammen med teori ble brukt til å bidra i utviklingen av det begrepsapparatet som LMS bygger på. Jeg mener at mine studier har bidratt til en økt forståelse for hvilke utfordringer personer med kroniske lidelser står overfor og at man kan overføre denne kunnskapen på et mer abstrakt plan med den hensikt å utvikle læringstilbudet ved lignende kontekster som Lærings- og mestringssentrene representerer. Tjora (2012) bruker begrepet konseptuell generalisering der en er ute etter å sikre relevans utover den empirien som ligger til grunn. Overførbarhet vil i en slik sammenheng ha større relevans da den videre analyse hvor teori trekkes inn bringer funnene inn i en mer generell sammenheng. Funnene i casestudiene (studie I og II) ble analysert i forhold til teoretisk referanseramme som gjelder for alle LMS (jfr. "Standard Metode"). Yin (2003) poengterer sterkt at det er analytisk generaliserbarhet som er det primære ved casestudier. Når det gjelder gruppeintervjuene kan en etter min mening følge samme resonnering. Det er først når funnene blir videre analysert og satt inn i en teoretisk sammenheng at de vil kunne ha en viss overførbarhet i analytisk forstand selv om det

empiriske grunnlaget baserer seg på ett LMS, da den teoretiske referanserammen er felles for alle LMS.

Kvale (1999) stiller spørsmålet om det er forskeren, leseren eller brukeren som bør foreta de analytiske generaliseringene. Det kommer selvsagt an på hvem man henvender seg til. Imidlertid må en stille krav til kvalitet uavhengig av hvem som foretar de analytiske generaliseringene. En naturalistisk form for overførbarhet innebærer at leseren selv kan vurdere gyldigheten (Tjora 2012). Resultatene i avhandlingen vil kunne ha en viss overførbarhet på analytisk nivå hvis leseren er ansatt ved et LMS eller innen lignende helsepedagogisk virksomhet og avhandlingen skaper en viss form for resonans,, noe som kan fungere som grunnlag for videre utvikling.

Studien er basert på data som er innsamlet i 2006. Med dette melder spørsmålet seg om data er for gamle. Jeg mener at data er relevante da fenomenet som studeres ikke er sensitiv for tidsdimensjonen. Hadde dette vært en evalueringsstudie ville vurderingene blitt annerledes.

Resultat

Studie I

Målet med studien var å undersøke hvordan brukermedvirkning ble praktisert når det gjelder planlegging, gjennomføring og evaluering av to kurs ved et lokalt LMS, for så på dette grunnlag diskutere hvordan brukermedvirkning kan tilrettelegges eller hindres. Data fra intervjuer, observasjoner og dokumenter ble analysert i henhold til de predefinerte analyseenheter; planlegging, implementering og evaluering. Resultatene viser at standardiserte retningslinjer som "Standard Metode" synes ikke å være noen garanti for tilrettelegging av brukermedvirkning. Retningslinjer som "Standard Metode" representerer tar muligens ikke høyde for den kompleksiteten som brukermedvirkning innebærer og vil dermed kunne representere en tvangstrøye. "Standard Metode" ble ikke fulgt og de to kursene ble dermed gjennomført på en noe ulik måte. De profesjonelle etterstrebet å legge til rette for brukermedvirkning i undervisningssituasjonen ved at de prøvde å gjøre undervisningen relevant og at deltakernes erfaringer ble etterspurt. De brukte også et dagligspråk og bruk av faguttrykk ble forklart. Evalueringen av kursene ble gjennomført i henhold til "Standard Metode" og et spørreskjema som var anbefalt ble brukt. Imidlertid hadde resultatene fra evalueringsskjema liten verdi som grunnlag for planlegging av framtidige kurs. Dialogen i evalueringsmøte (case A) syntes å ha større verdi. Kursene ble ikke gjennomført i henhold til den forståelse av brukermedvirkning som legges til grunn innen helsefremming, da brukermedvirkning på disse kursene hadde mer karakter av å *delta* enn å *ha innflytelse*. Selve finansieringssystemet av kursene la også føringer på organisering av kursene og dermed mulighet for brukermedvirkning. Studien konkluderte med at siden LMS bygger på en metode som er ikke er teoretisk forankret men heller representerer en implisitt praksis, vil dette kunne representere en fare for at metoden kan bli rituell og at den ikke vil være integrert i den helsepedagogiske praksis. Et alternativ ville være å dokumentere i etterkant hvordan brukermedvirkning ble ivaretatt ved det enkelte kurs. På denne måten vil en kunne ha et aktivt forhold til konteksten som det enkelte kurs representerer.

Studie II

Målet med studien var å analysere og diskutere de teoretiske prinsippene som LMSs standard metode bygger på og hvordan disse prinsippene påvirker praksis i et lokalt LMS. Data fra

observasjoner, og dokumenter ble analysert i henhold til følgende predefinerte analyseenheter; 1. Påvirkningen av helsefremming, 2. En aktiv tilnærming til læring og 3. Likeverdighet mellom brukerkunnskap og profesjonell kunnskap. Analyse av dokumentet "Standard Metode" viser flere elementer som kan assosieres med helsefremming selv om begrepet helse er fraværende i dokumentet. Dokumentet fokuserer på økt mestring og hvor brukermedvirkning og likeverdighet mellom bruker og profesjonell vektlegges noe som implisitt kan relateres til empowerment. Begge kursplanene har en miks av tema som har både en patogen og salutogen tilnærming. Observasjonene viste at mens deltakerne i case A hadde et fokus på medisinsk kunnskap var fokus i case B praktisk orientert relatert til dagliglivet. Det samme fokus avspeilte seg i de respektive innleggene som likemennene hadde. "Standard Metode" avspeiler et aktivt læringssyn og hvor det framheves at undervisning og læring er to forskjellige aktiviteter, og hvor det stadfestes at læring er mest effektivt når den lærende er aktiv i læringsprosessen og hvor egne erfaringer brukes i interaksjon med andre. Kursplanene hadde en organisatorisk struktur av skolestilsk karakter da programmene i stor grad var delt inn i tematiske forelesninger og pauser. Deltakerne i case A hadde gjentatte detaljerte spørsmål om diagnose, overlevelse og ulike behandlingsmetoder, selv om den profesjonelle prøvde å dreie diskusjonen over på mestring. Observasjonene viste at kursene også hadde elementer av en klinisk tilnærming som hadde karakter av å være en slags minikonsultasjoner.

Det er en grunnleggende premiss innen erfaringslæring at all læring er re-læring (Kolb & Kolb 2005), noe som betyr at tilrettelegging for læring innebærer en prosess som klargjør den lærendes tro og ideer om et tema. Observasjonene i begge casene viste at hovedmønsteret var at deltakerne stilte spørsmål og de profesjonelle svarte som eksperter. "Standard Metode" vektlegger likeverdet mellom brukerkunnskap og profesjonell kunnskap. Imidlertid så er profesjonell kunnskap og brukerkunnskap adressert til ulike kunnskapsbegreper i dokumentet, da "Standard Metode" nesten konsekvent bruker begrepene profesjonell kunnskap og profesjonell kompetanse vedrørende de profesjonelle, og begrepene erfaringskunnskap og erfaringskompetanse vedrørende brukerne. Studien viste at generelt så var de profesjonelle oppmerksomme i forhold til brukernes teoretiske kunnskap, men de la ikke til rette for brukernes refleksjon vedrørende sin kunnskap som en integrert del av deres læringsprosess. Når den profesjonelle inviterte til input så var det også gjerne relatert til brukernes erfaring.

Studie III

Målet med studien var å utforske deltakernes tilnærming til læring, det vil si deres intensjoner og strategier for læring før de skulle delta på kurs ved et lokalt LMS. Med referanse til *hvordan* aspektet ved læring viste studien at deltakernes læringsstrategier var påvirket av deres erfaringer i dagliglivet og interaksjonen de hadde med helsevesenet. Resultatene er delt inn i tre kategorier med tilhørende subkategorier som beskriver resultatet av analysen: (1) Deling av erfaringer, (2) Second opinion og (3) Fange det nye. Kategoriene ble samlet i følgende overgripende tema som avspeiler den underliggende meningen av kategoriene: "Deltakernes tilnærming til læring – en søking etter å mestre livet."

Gruppeintervjuene avdekket at deltakernes tilnærming til læring må forstås situasjonelt og relateres til deres erfaringer i dagliglivet. Kategorien "Deling av erfaring" avspeiler at deltakerne uttrykte en følelse av tilhørighet og solidaritet med de andre deltakerne som skulle delta på kurset. Deltakerne understreket læringspotensialet i å dele erfaringer med andre deltakere som har erfaringer fra lignende situasjoner. At det skulle delta såkalte likemenn på kursene ble høyt verdsatt. Ønsket om å hjelpe og å være en ressurs for andre var spesielt fremtredende i gruppen med personer som hadde Morbus Crohn. Deltakerne hadde en lang erfaring med å leve med sykdommen, dvs. fra syv til 30 år, og at de med dette hadde tilegnet seg erfaring som de tenkte de andre deltakerne ville ha nytte av. Rekruttering av deltakere til kursene fant sted på forskjellige måter (se tabell 2, studie III). Gruppeintervjuene avdekket at noen deltakere opplevde rekrutteringsprosedyren til kursene ved LMS som utilstrekkelige og at de ikke nødvendigvis fanget opp potensielle deltakere. De var bekymret for at ikke alle mennesker som kan ha behov kurset ble gjort oppmerksom på kurs som tilbys, og at de dermed mistet muligheten til å være en del av den gjensidige læringen. Noen deltakere hadde ventet lenge før de begynte på kurset da ingen hadde tilbudt dem kurset før. Resultatet viste at deltakernes tilnærming til læring var influert av egne erfaringer i dagliglivet og hvilken oppfølging de hadde fått i helsevesenet for øvrig i forkant av det helsepedagogiske tiltaket. Kategorien "Second opinion" avspeiler at deltakerne var opptatt av å få ulike typer av second opinion. Kategorien handlet om deltakernes tvil i forhold til om de fikk optimal behandling, men også om en vurdering av sin egen kunnskap og tillit til helsevesenet. Flere deltakere var opptatt av å fange opp eventuell ny informasjon for eksempel i forhold til behandling som kunne bedre mestringen av dagliglivet. De forventet at de på kurset også skulle få ta del i det nye både på kunnskapsfronten og eventuelle medisinske nyvinninger. Gruppeintervjuene avdekket at deltakerne opplevde kontakten med sine primærleger på ulike måter. Noen

deltakere, spesielt de i Astma-gruppen beskrev en mangel på medisinske undersøkelser og samtaler med sin lege. Flere deltakere led av en kombinasjon av astma og allergi, og opplevde at deres allergi bekymringer ikke fikk samme grad av oppmerksomhet. Derfor så de LMS kurset som en mulighet til å bli medisinsk undersøkt. Gruppeintervjuene avdekket også at enkelte deltakere var opptatt av å gjøre det som var "rett", som kan forstås som at de oppfattet det som viktig å overholde faglige råd. Studien viste at faglig bekreftelse på egen kunnskap var en viktig del av deres læringsprosess. Kategorien "Fange det nye" avspeiler at deltakerne aktivt søkte informasjon som kunne gjøre dagliglivet deres lettere. Gruppeintervjuene avdekket at deltakerne forventet at de ved å delta på kurs ville både kunne få tilgang til eventuelle nyheter relatert til egen kunnskap og ferdigheter, samt eventuelle medisinske nyvinninger. Resultatet viste at deltakerne ønsket innspill som kunne representere input til egen refleksjon. Motivet for å delta på kurs var også ønsket om å bryte gamle mønstre og vaner og på denne måten få en bedre livskvalitet. Studien viste at deltakerne var i en kontinuerlig læringsprosess, og gjenspeilte også en tro på at noe nytt forhåpentligvis dukket opp.

Studie IV

Målet med studien var tredelt: 1) å undersøke deltakernes erfaringer med det å leve med en kronisk sykdom. 2) å fange opp deltakernes oppfatninger om læringsbehov. 3) å relatere disse erfaringene og oppfatningene til Antonovskys begrep "Opplevelse av sammenheng" (SOC), samt belyse potensialet for salutogen teori som rammeverk for helsepedagogisk tilnærming. Den direkte innholdsanalysen og hvor dimensjonene i SOC representerte de predeterminerte kodene, viste at deltakerne uttrykte sine erfaringer og læringsbehov med utgangspunkt i deres dagligliv. Tre følgende kategorier kom fram i analysen: 1) Evnen til å mestre dagliglivet. 2) Ressurser til et bedre liv i nåtid og framtid. 3) Behov for kunnskap.

Gruppeintervjuene avdekket at deltakerne var godt i stand til å uttrykke sine erfaringer og læringsbehov og at disse var nært knyttet til deres livsverden og dagliglivets erfaringer. Hensikten med å delta på kurs var ønsket om å få et bedre liv og de hadde forventninger om at innholdet i kursene skulle relateres til de problemene og utfordringene de møtte på i dagliglivet. Kategorien "Evnen til å mestre dagliglivet" (håndterbarhet og interaksjon) avspeiler at deltakernes håndterbarhet var påvirket av kroppslige symptomer i dagliglivet og kunne også være påvirket av klimatiske forhold, slik som is og kulde. Når resultatene ble belyst i forhold til Antonovskys salutogene teori om sense of coherence (SOC) og sentrale

aspekter ved læring (Illeris, 2008), viste studien at salutogenese inkluderer hovedaspektene ved læring. Evnen til å håndtere dagliglivet påvirkes av muligheten for interaksjon. Denne samspilldimensjonen i læring refererer til den lærendes muligheter for involvering og engasjement. Interaksjon relatert til en salutogen tilnærming til læring vil innbefatte fokus på generelle mestringsressurser (GRR) og det å løfte fram tilgjengelige mestringsressurser. Det vil si at den lærendes muligheter for involvering og engasjement vil være influert av egen evne til å bruke tilgjengelige mestringsressurser, og handler både om å kunne hente fram egne interne ressurser og det å ha evne til å nyttiggjøre seg ressurser som finnes i omgivelsene. I så henseende vil gruppebaserte kurs ved LMS kunne frigi generelle mestringsressurser (GRR) ved hjelp av gjensidig læring. Fokus på de generelle mestringsressurser vil også representere en ressursorientert og adaptiv tilnærming til læring. Med dette vil en salutogen tilnærming til læring kunne ha potensial til å bevege helsepedagogiske initiativ som LMS i en handlingsorientert retning.

Kategorien "Ressurser til et bedre liv i nåtid og framtid" (meningsfullhet og drivkrefter for læring) avspeiler at deltakerne var opptatt av å få tak i de ressursene de trengte for å kunne håndtere sine individuelle symptomer. Kategorien indikerer at deltakerne la til grunn en videre betydning av drivkrefter enn hva som ligger i det sentrale begrepet drivkrefter for læring i henhold til Illeris (2008). Kategorien synes å avspeile en forståelse av drivkrefter som er mer i samsvar med Antonovsky's beskrivelse av begrepet drivkrefter relatert til meningsfullhet og hvor Antonovsky (1987), beskriver drivkrefter i henhold til holdning til livet. Deltakernes holdning til livet vil påvirke hvordan de tilpasser seg sin sykdom og hvordan de utvikler sine egne muligheter for læring.

Kategorien "Behov for kunnskap" (begripelighet og innhold), gjenspeiler at deltakerne hadde behov for både symptomrelatert og praktisk kunnskap. Symptomrelatert kunnskap handlet blant annet om å forstå og kunne skille kroppslige symptomer fra hverandre slik at en ikke trengte å bli unødig bekymret og redd. Praktisk kunnskap handlet om alt fra praktiske råd når det gjaldt å kunne lage mat (for diabetikere), til råd om måltider og trening. Med referanse til innholdsdimensjonen i læring (Illeris, 2008), så henspeler den på forholdet mellom det tilsiktede læringsinnholdet og deltakernes læreforutsetninger. Resultatet viste at deltakere som skulle delta på samme kurs kan stå overfor de samme utfordringene. Imidlertid trenger ikke dette bety at deltakerne har samme evne til å møte de utfordringene de står overfor da de generelle mestringsressurser (GRR) er ulikt fordelt (Antonovsky 1987). En åpenbar utfordring med gruppebaserte kurs, vil være muligheten for å kunne legge til rette for læring på en slik

måte at det har relevans for den enkelte deltakers læreprosess. En prosess som avklarer den lærendes overbevisninger og ideer om fenomenet de skal lære om, vil være vesentlig når det gjelder å tilrettelegge for effektiv læring.

Diskusjon

Brukermedvirkning i en læringskontekst som LMS

Brukermedvirkning er en av hjørnesteinene innen helsefremming (Wills, 2010) og et sentralt begrep i "Standard Metode". Studie I og II viste at selv om de profesjonelle etterstrebet å ivareta brukermedvirkning, bar det preg av å være mer i retning av å delta enn å ha innflytelse. Dette bekrefter at hvordan brukermedvirkning kan tilrettelegges i praksis ikke er lett å gi noe enkelt svar på (Potvin 2007). Imidlertid synes det som om "Standard Metode" ikke tar høyde for kompleksitet og kontekst når det gjelder brukermedvirkning, og vil med dette kunne representere en tvangstrøye. Brukermedvirkning nedfelt som metode kan da resultere i en tilnærmet rituell tilnærming (jfr. studie I). Casene i studie I viste at konteksten var forskjellig og at tilrettelegging for brukermedvirkning dermed også kunne være forskjellig da kvalitativt forskjellige former for deltakelse vil nødvendigvis være forskjellig fra situasjon til situasjon (Cornish 2006). De profesjonelle ville kunne få et mer bevisst forhold til begrepet hvis de heller i etterkant av et kurs skulle dokumentere hvordan brukermedvirkning ble ivaretatt. På den måte kunne en også fått fokus på brukermedvirkning som både prosess og outcome (Potvin 2007). Med det menes et fokus som kunne stimulere til aktiv læring og dybdelæring. Empowermentbegrepet har fra starten av ligget implisitt til grunn for LMS virksomheten (Strøm 2010) og blitt gjort eksplisitt ved revisjon 2011. Som tidligere nevnt har empowermentbegrepet sin opprinnelse fra frigjøringsbevegelser og hvor en av inspirasjonskildene var Freire's frigjørende pedagogikk og dermed en demokratisk begrunnelse. Samtidig kan de profesjonelles egen forståelse av læring kunne påvirke tilrettelegging for brukermedvirkning forskjellig (Reid & Jutta 2008). Som tidligere nevnt viser Jensen (2009) til forskjellige typer begrunnelser for brukermedvirkning. Studie I, II og III viste at deltakerne av ulike årsaker kunne ha en noe annen agenda en det planlagte programmet og at det kunne være en utfordring vedrørende brukermedvirkning. Brukermedvirkning har også sammenheng med hvordan den lærende er involvert i selve læringsprosessen (Simovska 2007) og at en i enda større grad skulle fokusere på dette innen en pedagogisk setting som LMS representerer. Ved å ha fokus på å tilrettelegge læring som en personlig aktiv og allsidig prosess vil en implisitt kunne fremme brukermedvirkning både når

det gjelder prosess og outcome i form av dybdelæring. Læreforutsetningene til den enkelte deltaker var ikke kjent (studie II og IV) og dermed ble denne muligheten svekket. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (2011) understreker at de faglige eller didaktiske overveielsene som ligger til grunn for det enkelte kurs ikke er beskrevet i "Standard Metode". Begrunnelsen for dette kan være at siden læring er kontekstuell (Olsson 2009), må de didaktiske overveielsene gjøres ut fra den spesifikke konteksten. Strøm (2010) hevder at dersom pedagogisk tilnærming skal inkluderes i "Standard Metode" må pedagogisk tilnærming begrunnes og utdypes.

Evaluering i en læringskontekst som LMS

I strategiplanen for LMS (NK LMS 2009) blir det vist til at fagmiljøet etterspør effektforskning og at det er behov for gode metoder og rutiner for evaluering. Dette bekrefter tendensen om at fokus innen helsepedagogisk virksomhet som oftest er rettet mot evaluering og har en tendens til å fokusere mest på effekter (Deccache 2010). I følge Baum (2013) er dette en tendens som også er dominerende innen folkehelse og helsefremming og at i mange tilfeller ville det heller vært mer brukbart å ha fokus på effekt relatert til evne å forbedre helsen i et lengre perspektiv. Studie I viste at evalueringen av kursene som ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema hadde liten verdi som grunnlag for planlegging av framtidige kurs og at dialogen i evalueringsmøte (case A) syntes å ha større verdi. Gode metoder for evaluering og læringspotensialet som ligger i evaluering, er avhengig av at en kan forstå og ha evne til å fange opp hva som har betydning for og fører til eventuell læringseffekt. Forutsetningen er da at eventuell effekt kan ses i sammenheng med de didaktiske overveielsene som er gjort og selve læringsprosessen. Imidlertid forutsetter det at de didaktiske overveielsene er gjort eksplisitte og at en lykkes i å beskrive selve læringsprosessen, noe som en i følge Sudre et al. (Deccache & van Ballekom 2010) innen helsepedagogisk virksomhet, mislykkes med. Evalueringer som har fokus på deltakernes tilfredshet vil nødvendigvis ikke fange opp selve læringsutbytte. Videre vil ensidig effektmåling av læringsaktiviteten nødvendigvis heller ikke føre til økt innsikt hva gjelder læringsprosessen. Didaktiske overveielser handler om refleksjon og hvor metoder for evaluering også må ses i dette perspektivet. Dette skulle tilsi at det å utvikle en pedagogisk

plattform vil kunne ha betydning for hvordan en kan forstå og fange opp de bakenforliggende årsakene til eventuell effekt og på denne måten bidra til utvikling av LMS og lignende tiltak.

I strategiplanen for Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring (2009) blir det også vist til at det er en spesiell utfordring for Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring og fagfeltet at LMS-ene ikke får tilstrekkelig ressurser, og at opplæringstaksten i følge ansatte er uegnet for virksomheten ved at den ikke fremmer sentrale mål i pasient- og pårørendeopplæring. Studie I bekrefter dette. Selve finansieringssystemet la føringer på organisering av kursene, noe som også ville kunne ha innvirkning på deltakernes mulighet for brukermedvirkning. De profesjonelle kan i en slik situasjon oppleve at de står i et krysspress mellom finansielle føringer og hva de erfarer brukerne har behov for, noe som kan føre til at de i verste fall opplever seg "disempowered".

Helsefremmende tilnærming og aktiv læring - fra implisitt til eksplisitt tilnærming

LMS har i følge sine internettsider et helsefremmende perspektiv som hovedfokus for sin virksomhet. Som tidligere nevnt er modellen som LMS bygger på ("Standard Metode") i beskjeden grad teoretisk forankret og at det derfor er et behov for en utdypning av sentrale begreper, samt en overordnet diskusjon av om hva som er feltes kunnskapsområde (Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring 2009). Analyse av "Standard Metode" (studie II) viste at dokumentet implisitt inneholder flere elementer av et helsefremmende perspektiv. Det vil si et implisitt salutogent perspektiv ved at den enkeltes ressurser og mestring fokuseres og at brukermedvirkning og likeverdighet er sentralt.

I tillegg avspeiler "Standard Metode" et aktivt læringssyn. I "Standard Metode" blir det slått fast at folk lærer mest effektivt når de er aktive i læringsprosessen og at brukererfaringer deles og at de på denne måten kan lære av hverandre. Deling av erfaring kan implisitt relateres til et sosiokulturelt perspektiv på læring da læring i dette perspektivet bygger på at læring skjer i et sosialt fellesskap (Dysthe 2001). Videre blir det i "Standard Metode" presisert at: "Læring må ikke forveksles med undervisning. Undervisning gis av andre og kan ikke bli annet enn ett av mange bidrag i læringsprosessen." Dette kan oppfattes dit hen at LMS legger et aktivt

læringssyn til grunn for sin virksomhet og som er i tråd med det som Biesta (2004) kaller det nye språket innen læring og hvor begrepet undervisning er erstattet med begrepet tilrettelegging for læring. Dette skiftet innebærer endring av lærerrollen fra å være ekspert til å bli tilrettelegger, noe som i seg selv kan være utfordrende og skape rolleforvirring (Adolfsson et al. 2004; Cooper et al. 2003). Studie I og II viste at kursene ble organisert og gjennomført på en skolestisk måte og at den nye lærerrollen ikke var tilstrekkelig integrert blant de profesjonelle. Det nye språket innen læring hvor undervisning er erstattet med tilrettelegging for læring avspeiler endring av forståelse av fenomenet læring i den forstand at læring i dag forstås som en aktiv og meningskapende konstruksjonsprosess (Mezirow 2008; Olsson 2009). Studie II viste at de profesjonelle i liten grad inviterte deltakerne til refleksjon over deres egne oppfatninger og erfaringer. Mønsteret var at deltakerne stilte spørsmål og de profesjonelle svarte (som eksperter). Refleksjon er et kjerneelement innen erfaringslæring da erfaring alene ikke resulterer i læring (Cornu 2005). Samtidig er refleksjon en utfordrende prosess som trenger aktiv tilrettelegging da det ikke skjer av seg selv (Aarkrog 2006). Utfordringen er hvordan de profesjonelle kan dele sin ekspertkunnskap på en slik måte at kunnskapen stimulerer til læring hos den som skal lære. Det vil da kunne handle om å legge til rette for refleksjon om hvordan den enkelte vil forholde seg til ekspertkunnskapen som finnes, og hvordan denne kunnskapen vil kunne være til nytte for den enkelte i sitt hverdagsliv.

"Standard Metode" legger vekt på at fagkunnskap og brukererfaring skal likestilles og at "gode læringstilbud krever både fagkompetanse og brukerkompetanse (erfaringer fra noen som vet hvordan det er å leve med sykdommen i hverdagen)." Dette synes å være i samsvar med policy dokumenter som ofte gjør et skille mellom brukerkunnskap og profesjonell kunnskap (Tritter & McCallum 2006). Selv om det i "Standard Metode" understrekes at fagkunnskap og brukererfaring skal likestilles, så har brukerkunnskap og profesjonell kunnskap ulik status ved at profesjonell kunnskap gjerne blir forbundet med et rasjonelt og objektivt kunnskapssyn (Gulati 2008), mens brukerkunnskap blir betraktet som pre-rasjonell eller triviell (Tones & Green 2004). Studie II viste at noen av brukerne var fortrolige med både medisinske og vitenskapelige begreper, noe som skulle tilsi at lekfolk kan ha både rasjonell og avansert kunnskap. I følge Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring (strategiplan 2009) vil det være en av de generelle utfordringene LMS står overfor, at brukerne vil være mer kunnskapsrike. Profesjonell kunnskap bygger også på ulike kunnskapsformer og til liks med brukerne bygger de sin kunnskap både på bevisste og

ubevisste oppfatninger som nødvendigvis ikke passer inn i en rasjonell biomedisinsk tenkning (Tomes 2007). Studie II viste videre at de profesjonelle stort sett bekreftet brukernes teoretiske kunnskap men de inviterte ikke brukerne til videre refleksjon omkring denne kunnskapen. Når de profesjonelle inviterte til input var fokus stort sett knyttet til brukernes erfaringer. Erfaringslæring bygger ikke bare på erfaringskunnskap. En snever tilnærming til brukerkunnskap kan føre til en stereotyp og rigid oppfatning av brukernes kunnskapsrepertoar og dermed være til hinder for likeverdighet mellom brukerkunnskap og fagkunnskap. I følge Tritter og McCallum (2006) er det jo nettopp kunnskaps- og erfaringsdeling som har betydning for innflytelse og reell brukermedvirkning. Samhandlingen mellom profesjonelle og brukerne kan påvirkes i negativ retning hvis brukerkunnskap blir betraktet som subjektive meninger, mens profesjonell kunnskap blir betraktet som objektiv og sann (Labonte 1998). En må åpne opp for at brukerne også behersker ulike kunnskapsformer og invitere dem til refleksjon over egen kunnskap generelt og ikke bare i forhold til erfaringskunnskap. Utfordringen med en slik tilnærming vil være å legge til rette for læringsprosesser som tar utgangspunkt i den enkeltes begripelighet (jfr. studie IV).

En situasjonell forståelse av deltakernes intensjoner og strategier for læring

Studie III indikerer at flere prosesser er i aksjon når mennesker vil forbedre sin health literacy ved hjelp av LMS kurs. Subkategoriene gjenspeiler at deltakerne var opptatt av alle de fire kompetansene som inkluderes i health literacy definisjonen til Sørensen et al. (2012); det vil si; - å få tilgang til, - forstå, - vurdere og anvende helseinformasjon. Resultatene gjenspeiler videre at deltakerne hadde fokus på alle tre dimensjonene av health literacy som beskrevet av Nutbeam (2000); det vil si - funksjonell, - interaktiv og kritisk health literacy. Som tidligere nevnt mangler det i følge Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring (2009) mye på at læringstilbudene ved LMS er en del av pasientforløpet og dermed et ledd i et samlet helsetilbud. Dette skulle tilsi at LMS ikke har helt funnet sin plass innen helsevesenet. Både studie II og III bekrefter dette. Det innebærer at multistrategi i form av intersektorielt samarbeid og helhetlig tenkning som veiledende prinsipper innen helsefremming representerer, på nåværende tidspunkt ikke synes å bli ivaretatt. Forklaringen kan ha sammenheng med at behandlingsforløp er lineære og tidsbegrensede og at brukerne gjerne har

flere problemer og dermed beveger seg mellom forskjellige helseinstitusjoner (Engström 2007). Læring derimot handler om re-læring og sirkulær prosess (Kolb & Kolb 2005). Dermed er det to svært ulike prosesser som skal foregå parallelt. Studie II og III viste at deltakernes læringsfokus var preget av at de oppfattet helsevesenet fragmentert og dermed betraktet LMS som et sted hvor de kunne kompensere for eventuell manglende oppfølging i helsetjenesten. Dette understreker at tilnærming til læring må forsås situasjonelt og som en interaksjon mellom individ og omgivelser (Diehm & Lupton 2012). Strukturelle forhold som helsevesenets organisering og tilbud må derfor ikke bare betraktes som viktig for helse men også for læring. Dette understreker betydningen av at et læringstilbud må settes inn i et organisatorisk, politisk, økonomisk og juridisk perspektiv som igjen vil ha konsekvenser på individnivå. For å kunne ivareta dette vil det derfor nyttig å trekke inn health literacy perspektivet. Det vil si i en betydning av begrepet health literacy som beskriver en prosessorientert tilnærming som er kompleks og dynamisk, preget av multidimensjonelle interaksjoner i individet og mellom individ og omgivelser (Mårtensson & Hensing 2011). Her handler det blant annet om en interaksjon mellom etterspørsel etter helsetjenester og den enkeltes evne til å navigere seg fram i systemet. Folks evne til å navigere påvirker deres tilgang og nytte av helsevesenet (Squires et al. 2012). Studie III viste at rekrutteringen til kursene var usystematisk, noe som kan bety at potensielle brukere av den grunn faller utenfor. Hvis det er de som har de dårligste forutsetningene til å navigere som faller utenfor kan dette bidra til ulikhet i helse, noe som er i strid med grunnleggende prinsipper innen helsefremming og de norske myndighetenes satsing på å redusere sosial ulikhet. Det er tre forhold som en i følge Paasche-Orlow & Wolf (2007) må ha fokus på i planleggingen av tiltak når det gjelder å styrke folks health literacy; egenomsorg, tilgang og bruken av helsetjenesten og pasient-tilbyder forholdet. Et helsepedagogisk tiltak må ses i sammenheng med alle disse tre områdene. Ved å sette fokus på health literacy vil en innen helsepedagogisk virksomhet kunne oppnå en større bevissthet om både deltakeres individuelle forutsetninger og de strukturelle forholdene som vil ha betydning for et mer helhetlig pasientforløp og helse. Health literacy blir gjerne oppfattet som et resultat av helsepedagogisk virksomhet. Imidlertid må health literacy etter min mening betraktes som en prosess som er integrert i den helsepedagogiske virksomheten og som en del av det helsepedagogiske tenkningsgrunnlaget som LMS og lignende tiltak bygger på. I St.meld.nr.10 (2012-2013) signaliserer de norske myndighetene at de vil bidra til at brukere og pasienter skal oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige.

I helsepedagogisk sammenheng vil økt fokus på health literacy og de generelle mestringsressursene (jfr. salutogenese), kunne være et viktig bidrag i så måte.

Salutogenese som rammeverk for helsepedagogisk tilnærming

Helse skapes i dagliglivet og inkluderer alle livets aspekter (Potvin 2007). Deltakernes hensikt med å delta på kurs var knyttet til ønsket om et bedre liv. Deltakerne var godt i stand til å uttrykke sine erfaringer og læringsbehov. Deres læringsbehov var nært knyttet til deres livsverden og de utfordringer de møtte i dagliglivet (studie IV). Læring er som sagt situasjonell og innholdet i et læringsopplegg må ha fokus på forholdet mellom deltakernes læreforutsetninger og det tilsiktede læringsinnholdet (Illeris 2008). Deltakernes læreforutsetninger var ikke kjent (studie I, II, III og IV), dermed kunne det også være vanskelig for de profesjonelle å vite hvordan de skulle møte den enkelte. Deltakerne hadde ulike forutsetninger og ulik evne til å møte de utfordringene de sto overfor (studie II). Evne til mestring varierer fra menneske til menneske, da de generelle mestringsressursene er ulikt fordelt (Antonovsky 1987). Et av forskningsspørsmålene var med bakgrunn i deltakernes erfaringer og oppfatninger å belyse hvilket potensial salutogenese vil kunne representere når det gjelder rammeverk for helsepedagogisk tilnærming ved LMS (studie IV). Antonovsky's salutogene teori om "*opplevelse av sammenheng*" (sense of coherence -SOC) har med sin livsorienterte tilnærming etter min mening et potensial når det gjelder utvikling innen helsepedagogisk virksomhet. Studie IV viste at resultatene belyst i henhold til læring og SOC indikerer at en salutogen tilnærming til læring har potensial til å kunne inkludere sentrale aspekter i forhold til læring (jfr. Illeris 2008). Antonovsky (1987) framhevet "meningsfullhet" som den mest sentrale dimensjonen i SOC. I og med at læring er situasjonell (Diehm & Lupton 2012), vil det i en læringskontekst være grunn til å tro at hva som er den mest signifikante dimensjonen av SOC avhenger av den lærendes oppfatning av læringsbehov. Det vil være perspektivene til den lærende som er bestemmende for hva som læres (Biggs & Tang 2007). I følge Antonovsky (1987) vil suksessfull mestring være avhengig av en dynamisk interaksjon mellom de ulike dimensjonene av SOC, og det vil være nærliggende å tenke tilsvarende i forhold til læring. Når det gjelder dimensjonen "meningsfullhet" forøvrig, indikerer resultatene (studie IV) å avspeile en forståelse av begrepet der deltakerne la til grunn en videre betydning av drivkrefter og som synes å være mer i samsvar med begrepet

meningsfullhet og da relatert til drivkrefter i henhold til holdning til livet. Personers livsorientering har en påvirkning i forhold til hvordan de tilpasser seg situasjonen og hvordan de utvikler sine egne muligheter for læring.

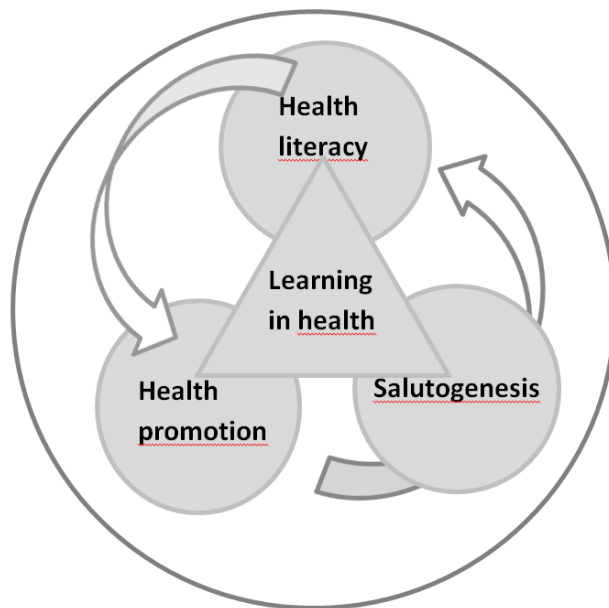
Studie IV viser at deltakernes erfaringer og oppfatninger kan relateres til og sammenfattes innenfor de tre dimensjonene som SOC representerer; begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. Folks livsorientering påvirker både hvordan de tilpasser seg situasjonen og hvordan de utvikler sine egne muligheter for læring. Ved en livsorientert tilnærming vil en kunne løfte fram den lærendes oppfatninger og ideer og videre invitere den lærende til refleksjon rundt egen begripelighet og håndterbarhet som en meningskapende prosess, en prosess som vil kunne fremme dybdelæring. En salutogen tilnærming til læring vil kunne fremme folks evne til å lære, samt omsette kunnskap til praksis og på denne måten gjøre folk i stand til å forbedre sin egen health literacy. Helsepedagogiske tiltak med en salutogen tilnærming vil være forankret i et helsefremmende perspektiv og et konstruktivistisk kunnskapssyn og en global livsorientering og hvor helsepedagogisk virksomhet ikke kan reduseres til et spørsmål om utvikling av metoder og teknikker. Salutogenese reflekterer en ontologi basert på et positivt menneskesyn, bygd på likeverdighet og gjensidig samspill med sine omgivelser. I følge Antonovsky (1987), er verden kompleks og at et liv i kaos og endring er en normal tilstand. Mennesket er ressursorientert og deres evne til å handle og tilpasse seg et liv i kaos vil i henhold til Antonovsky (1987) være avhengig av deres SOC. Ut fra en slik ontologisk posisjonering vil det være nærliggende å tenke en epistemologi basert på et konstruktivistisk perspektiv på kunnskap og læring, og hvor det enkelte menneskets livsverden er grunnlaget for forståelse, tenkning og handling. Tilrettelegging for læring basert på en salutogen tilnærming vil da innebære å invitere den lærende til å reflektere over sine egne drivkrefter for læring og hva konsekvensene av egne meningsperspektiv vil være.

En modell for helsepedagogisk grunnlagstenkning

Med tanke på videre utvikling av det helsepedagogiske kunnskapsgrunnlaget generelt og LMS spesielt ville det kunne være nyttig med utgangspunkt i de syv veiledende prinsippene som helsefremming bygger på, begrepet health literacy og en salutogen tilnærming, å ha en overordnet diskusjon om hva som er feltes kunnskapsområde og hvilke konsekvenser dette

kan ha for den helsepedagogiske virksomheten. Med dette kunne en også fått satt selve grunnlagstenkningen for LMS på dagsorden. Følgende modell (fig. 1) kan representere en ramme for en slik tilnærming:

Fig. 1. Modell for et helsepedagogisk kunnskapsgrunnlag:



De tre små sirkelene i modellen representerer de tre kunnskapsområdene som helsepedagogisk grunnlagstenkning kan bygge på. Health literacy vil kunne representere en sosial determinant for helse og med dette bidra til at sosial ulikhet kan få større oppmerksomhet i det helsepedagogiske arbeidet. Salutogenese inneholder sentrale elementer innen læring og vil særlig kunne bidra med fokus på mestringsressurser, begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet. Helsefremming representerer i utgangspunktet et sentralt kunnskapsområde innen helsepedagogikk. Fokus på de veiledende prinsippene for helsefremming vil kunne gjøre helsefremmende tilnærming mer eksplisitt. Pilene i modellen illustrerer at læring i helse er en dynamisk sirkulær prosess og som bygger på et samvirke mellom de tre kunnskapsområdene. Den store sirkelen illustrerer at "alt henger i hop med alt" og har referanse til det veiledende prinsippet for helsefremming som gjelder helhetlig tenkning. Læring i helse vil med dette bygge på et aktivt læringssyn.

For å sikre integrering av en helsepedagogisk grunnlagstenkning blant de profesjonelle, vil det være viktig med opplæring i selve grunnlagstenkningen. Selve metodeaspektet bør heller bli en konsekvens av denne grunnlagstenkningen. I en lærende organisasjon som LMS kunne det således være nyttig for videre utvikling at en i etterkant av kursene dokumenterte hvordan de syv veiledende prinsippene innen helsefremming ble ivaretatt, hvordan fokus på health literacy ble ivaretatt og hvordan SOC ble praktisert. På denne måten kunne man skape en bevissthet omkring grunnlagstenkning, samtidig som det kontekstuelle gjeldende det enkelte kurs ble ivaretatt. En slik dokumentasjon vil videre kunne være et nyttig redskap innen evaluering. Resultatene i studien viste at dette med brukermedvirkning kan være utfordrende, samt at den såkalte nye pedagogikken hvor det er snakk om tilrettelegging for læring, kan være en utfordring for ekspertene (delstudie II). Imidlertid viser studien at deltakerne var ute etter (jaktet på) ekspertkunnskap (delstudie III). Det er da viktig at eksperter opptrer som eksperter på sitt fagområde. Utfordringen er hvordan ekspertkunnskapen pedagogisk kan tilrettelegges på en slik måte at den representerer et bidrag i forhold til den enkelte deltakers læringsprosess. Et sentralt spørsmål og som også kan være gjenstand for refleksjon, er hva ekspertkompetansen betyr for den enkelte deltaker når det gjelder begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

En teoretisk grunnlagstenkning for den helsepedagogiske virksomheten ved LMS bygd på salutogenese, health literacy og helsefremming vil ha potensial til å kunne bidra til en bevisstgjøring hos de profesjonelle vedrørende forholdet mellom teoretisk forankring og praksis. Videre vil det kunne medføre et økt fokus på individuelle læreforutsetninger og den enkeltes læringsbehov, samt betydningen av situasjonelle og strukturelle forhold vedrørende den enkeltes læringsfokus. Sist men ikke minst vil et slikt kunnskapsgrunnlag fremme et perspektiv på læring som en aktiv meningskapende konstruksjonsprosess. Pårørende og likemenn er viktige aktører innen LMS. Med denne grunnlagstenkningen som her er skissert vil pårørende og likemenn fortsatt representere en viktig ressurs i forhold til læringen til den som skal lære, da modellen i tillegg til individuelle forutsetninger også innbefatter sosiale og strukturelle aspekter relatert til helsepedagogisk tilnærming. Skal den helsepedagogiske virksomheten som LMS representerer være bærekraftig, må den i tillegg til det faglige også settes inn i en organisatorisk, politisk, økonomisk og juridisk ramme da disse rammene i siste instans vil ha konsekvenser på den enkeltes læringsfokus og læringsutbytte.

Konklusjoner

Avhandlingen løfter fram sentrale aspekter som brukermedvirkning, helsefremming, læringsperspektiv, salutogenese og health literacy relatert til LMS spesielt og helsepedagogisk virksomhet generelt. Avhandlingen har forsøkt å gi svar på noen av de utfordringene som også Nasjonalt Kompetansesenter LMS selv har satt fokus på, blant annet at modellen som LMS bygger på ("Standard metode") i beskjeden grad er teoretisk forankret. I "Standard Metode" synes fokus vedrørende brukermedvirkning primært å være avgrenset til å gjelde selve planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av kursene, mens brukermedvirkning relatert til selve læringssituasjonen og hvordan den lærende kunne bli involvert i selve læringsprosessen får ikke samme oppmerksomhet. Studiene som avhandlingen bygger på viser at både elementer av et helsefremmende perspektiv og aktiv læring ligger implisitt i modellen, men at dette ikke er gjort eksplisitt når det gjelder konsekvenser. Ved at LMS bygger på en metode som er ikke er teoretisk forankret men heller framstår som implisitt, kan metoden bli rituell og dermed ikke være integrert i den helsepedagogiske praksis. Hvis en legger et salutogent perspektiv til grunn innebærer det ikke bare å betrakte salutogenese som et kunnskapsområde, men også som en metodisk tilnærming. Komponentene i SOC (*begripelighet, håndterbarhet og mening*), vil kunne være et redskap til å identifisere generelle mestringsressurser som kan danne grunnlaget for å legge til rette for å finne hensiktsmessige mestringsstrategier, noe som er LMS målsetting. Begrepet health literacy vil kunne representere et viktig bidrag i helsepedagogisk virksomhet når det gjelder å bruke bekjempe ulikhet i helse.

Implikasjoner for praksis

- Brukermedvirkning i betydning av deltakelse i forhold til egen læring må etter min mening også vies større oppmerksomhet innen helsepedagogiske tiltak. Aktiv læring innebærer at refleksjon må få en sentral plass innen tilrettelegging av helsepedagogiske tiltak. Læring er av natur sirkulær og passer nødvendigvis ikke inn i en lineær organisering som helsevesenet i stor grad representerer.

- Resultatene i avhandlingen indikerer at betydningen av begrepet health literacy som prosess preget av multidimensjonelle interaksjoner i individet og mellom individ og omgivelser, bør gis større oppmerksomhet og integreres i helsepedagogiske tiltak. Health literacy har en betydning utover det å være et resultat av helsepedagogiske tiltak. En prosessorientert tilnærming til health literacy vil kunne innebære at en har fokus på health literacy i selve planleggingen av den helsepedagogiske aktiviteten. Med dette vil en kunne få økt fokus på samarbeid mellom de ulike instanser i helsevesenet og dermed sikre at de som har behov for et helsepedagogisk tilbud blir fanget opp. Dette handler om å støtte opp under grunnprinsipper innen helsefremming som: Intersektorielt samarbeid, sosial likhet og rettferdighet, og en tilnærming basert på multistrategier.
- Oppmerksomhet på health literacy i selve planleggingen av helsepedagogiske tiltak vil fremme bevisstheten om didaktiske vurderinger som bør gjøres før helsepedagogiske tiltak iverksettes. Det vil også innebære et økt fokus på deltakernes læreforutsetninger, slik at den enkelte deltaker har en reell mulighet til å utvikle sitt potensial optimalt. Elementer i health literacy definisjonen til Sørensen *et. al* (2012) kan assosieres med "hvordan aspektet" innen læring (jfr. Marton & Booth, 2000).
- Studie IV viste at salutogenese (SOC) fanger opp de sentrale aspektene innen læring. Fokus på mestringsressursene til den som skal lære og begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, vil kunne bidra til utvikling av den helsepedagogiske virksomheten ved LMS i en mer handlingsorientert retning.

Forslag til videre forskning

- Avhandlingen løfter fram deltakelse i egen læring som en dimensjon ved brukermedvirkning. Hvordan kan dette utvikles videre innen helsepedagogisk virksomhet?
- Hvordan integrere begrepet health literacy forstått som prosess inn i den helsepedagogiske virksomheten relatert til kronisk syke?

- Hvordan kan en legge til rette for systematisk utvikling av health literacy gjennom pasientforløp?
- Hvordan utvikle det salutogene perspektivet innen helsepedagogisk virksomhet generelt og i forhold til kronisk syke spesielt?
- Utforske helsefremmende læringsprosesser blant kronisk syke.
- Utforske de profesjonelles læringsprosesser vedrørende helsepedagogisk virksomhet.

English summary of the thesis

To face the increasing incidence of chronic diseases, Norwegian authorities have established the so-called Learning and Mastery Centres (LMCs). The purpose of the LMC is that people who live with chronic illness and disability, together with their families and friends, should acquire knowledge about how to live with the situation and gain mastery over their daily lives. These LMCs should operate in accordance with the national standard collaboration model, the ‘Standard Method’, defined by the National Resource Centre, which supervises the LMCs. The overall principle of the ‘Standard Method’ is that planning, implementation and evaluation of courses should be performed jointly by users and professionals. The terminology and methodological approach health education is grounded on, are often confusing and based on an accumulation of knowledge and experience from past and present related to health, health promotion, health behaviour, learning in health and learning (Fitzpatrick & Tinner, 2014). The collaboration model the Learning and Mastery Centre is built on is to a modest extent theoretically grounded and an exploration of the educational foundation and practice of the LMCs is needed.

Theoretical approach

The thesis theoretical approach deals with the concept of health and public health, as health educational interventions are influenced on how the concept of health is defined and understood. Furthermore, health promotion is highlighted as a key approach when several concepts used in the description of the LMS and Standard Method can be related to health promotion. Salutogenesis is associated with health promotion, as both health promotion and salutogenesis focuses on resources. Then the different approaches to learning and their implications to health education are in focus. The health literacy concept is also highlighted as health education has the potential to improve people's health literacy. Finally, the guiding principles for health promotion which have relevance for learning in health are elaborated.

Aim of the thesis

The overall aim of the thesis is, emanating from the study of a Learning and Mastery Centre, to contribute to the development of the educational foundation in health education. To achieve the aim the following three research questions are posted:

- What implies the principles LMCs Standard Method is based on with reference to participation and health educational? (Study I and II)
- Before attending a health education programme at an LMC, what intentions and strategies for how to learn, and perceptions and experiences regarding learning needs do the participants have? (Study III and IV)
- With reference to the LMC, what is the potential for salutogenesis to represent as a framework for health education? (Study IV)

Methods

The thesis consists of four studies conducted at a local Learning and Mastery Centre. All four studies have used a qualitative approach and were analyzed using content analysis. Two studies (I and II) emanated from a case study that included two cases. The two cases, A and B, each consisting of one course were chosen; one course for people suffering from cancer and their next of kin (course A), and one course for people suffering from respiratory disease and their next of kin (course B). The two courses were typical in the sense that they were representative for courses offered at the LMC. Case study was the chosen approach as Yin (2003) recommends case study if the objective is to ‘investigate a contemporary phenomenon within its real-life context’. Data were collected by means of observations, interviews and analysis of documents (study I) and by means of observations and analysis of documents in study II. Data were analysed by content analysis in order to elucidate different aspects of the cases as defined by the subunits of analysis. Study I described how user participation was practised in two courses at a local LMC (the main unit). The three subunits of analysis were user participation in the process of planning, implementation and evaluation. Study II aimed to analyse and discuss the theoretical principles according to which a standardised health education programme originating from a LMC was performed, and how these principles influenced practice. The main unit in the study was how health education was practiced at a local LMC in Norway, with reference to the Standard Method. The three subunits of analysis were defined as: the influence of the health promotion; the active learning approach; the equality between professional and user knowledge.

Study III and IV emanated from five group interviews. Data were collected by group interviews with participants from five courses before they attended the courses. Group interviews were chosen to generate a wider range of responses and varying experiences and perceptions than individual interviews are able to do. The participants were selected from the

courses found at most LMCs and were thus not unique to the chosen LMC. The courses were selected in co-operation with the leader of the LMC and were related to the diagnoses of asthma, Type 2 diabetes, heart disease, kidney diseases and Crohn's disease. From a total of 38 people invited to the group interviews, 20 persons attended. The group interviews lasted on average 90 minutes and were conducted at the LMC two hours prior to the commencement of the first day of courses. The group interviews were semi-structured and informal in style. The aim of Study III was to explore participants' approaches to learning, before attending a health education programme at an LMC. The group interviews were tape-recorded, transcribed verbatim and analyzed by qualitative content analyses (Graneheim & Lundman, 2004). Quotations were extracted and brought together with reference to the domains of the interview, and the "how" aspect of learning. Further, the data were condensed into meaning units and then abstracted into sub-categories and categories. In Study IV the participants' experiences of how to live with a chronic disease and their perceptions of learning needs were examined and then related to Antonovskys' dimensions of Sense of Coherence (SOC). The group interviews were analysed by directed content analysis (Hsieh & Shannon, 2005) and the analysis was based on a theoretical framework inspired by the dimensions of SOC. With reference to the predetermined codes relevant passages were identified, then divided into condensed meaning units that were then abstracted into sub-categories and categories. Further, with reference to the categories emerged in the study and the main aspects of learning, the potential of the salutogenic theory (SOC) as a framework for health education was illuminated. The studies were approved by The Regional Medical Research Ethics Committee of Western Norway (ref. number 197.05).

Results

The results of study I showed that the Standard Method was not followed and that the two courses were conducted in different ways. Participation was practised as 'taking part' and not as 'having an influence'. The evaluation of both courses was carried out according to the Standard Method, and the recommended questionnaire was used. However, the questionnaire was shown to have limited value and the dialogue in the evaluation meeting between the manager and one of the peer persons seemed, to the observer, to be more valuable. Financial and practical circumstances influenced the organizing of both cases.

The results of study II showed that theoretically, the standardized health education recommended by the National Resource Centre has elements consistent with an active learning approach and a theoretical foundation based on health promotion. However, it seems as these ideas are insufficiently integrated into the professionals' practice at the local level. The perceptions of professional knowledge and user knowledge did not appear to be given equal value because user knowledge, according to the Standard Method, is limited to dealing with experiences and, in practice; their knowledge beyond their experiences was not a matter for reflection.

The results of study III showed that participants' learning approaches were influenced by their daily life experiences and interactions with the health care system. An overall theme 'Participants' learning approaches – searching for a way to cope with life' emerged from the exploration of participants' approaches to learning before attending a health education programme at an LMC. The participants' individual challenges in daily life emerged as a frame of reference related to their learning approaches. Results are described in three categories: (1) Sharing experiences (2) Second opinion and (3) Capturing the news. The recruitment of participants to the courses seemed to be inadequate and did not reach all potential participants.

The results of study IV showed that the participants expressed their experiences and learning needs emanating from their daily life. Their need for knowledge was related to their individual symptoms and the characteristics of their particular disease. They expected that the course contents would be linked to the troubles and challenges they faced in daily life. The results are described in three categories i.e. 'The ability to cope with daily life', 'Assets for a better life in the present and for the future', and 'The need for knowledge'. The study showed that the dimensions of SOC manage to capture the participants' experiences and perceptions about learning needs in an adequate manner and has the potential to move health education initiatives like LMC in an action oriented direction.

Discussion

User participation is a very complex concept which can be understood in many different ways (Cornish, 2006). Participation should always be viewed in relation to the context (Jensen & Simovska, 2005). The users' differing capacity to participate, their different needs and their different locations in the learning process require different ways of facilitating participation

(Jensen et al., 2003). If guidelines like the Standard Method are written in a too detailed and standardized way, there could be a risk that the complexity of user participation and the unique context that each single course represents will be neglected. The evaluation of both courses (study I and II) was carried out according to the Standard Method, and the recommended questionnaire was used. However, the questionnaire was shown to have limited value when it came to planning the forthcoming course. The results confirm what Tones and Tilford (2001) have stressed, that evaluations of health promotion initiatives have a tendency to be based on an overly simple design. This indicates that both a qualitative and a quantitative approach would be preferable.

The Standard Method contains conceptual traits consistent with the modern approach to health education and the new trends in educational discourse in general. These are related to what Biesta (2004) calls the 'new language of learning' and stress an active learning approach that facilitates learning. The shift from the traditional approach, when the expert reverts from giving advice to become a facilitator, can create confusion regarding the role of the professional (Adolfsson et al., 2004; Cooper et al., 2003). Adolfsson et al. (2004) states that the professionals feel secure as experts but need support to be facilitators. Reflection is a challenging process that does not occur automatically (2006). The perceptions of professional knowledge and user knowledge did not appear to be given equal value because user knowledge, according to the SM, is limited to dealing with experiences and, in practice; their knowledge beyond their experiences was not a matter for reflection. If this reflection by the users is not facilitated, it might hinder them from being empowered, which is a basic premise for health education and health promotion.

Study III showed that participants' learning approaches have to be understood situationally and as a response to their experiences in daily life. People's approaches to learning depend on their understanding and experiences. It is also situational and related to the interplay between personal and contextual influences (Diehm & Lupton, 2012). Individuals might not have the same capacity to navigate the health care system. According to Squires et al., (2012) people's individual navigation skills and perceived barriers affect their access and utilization of the health care system. The Norwegian government attempts to reduce social inequalities in health by policy decisions and new legislation. The establishment of the LMCs is one such initiative. To support the government strategy, the LMCs must raise awareness regarding participant recruitment procedure. Study IV showed that the aspects of learning (Illeris, 2008)

and learning understood as “meaning making construction process” (Mezirow, 2008), include central elements of SOC. However, SOC has to be understood as a basic existential orientation to life with a broader meaning than the three aspects of learning described by Illeris (2008). Antonovsky (1987) claimed that the individual’s real life experiences, mindset and social position have to be changed if a move in the direction of a higher SOC could take place. A health education programme organized according to meaningful learning and salutogenesis would probably have the potential to enhance peoples’ ability to learn and put knowledge into practice and in this way improve their health literacy. With reference to the study we claim that a salutogenic approach to learning is associated with a constructivist perspective of knowledge, learning as a meaning creating process and reflection as a tool for a deep approach to learning.

Conclusions

The overall aim of the thesis was, emanating from an LMC, to contribute to the development of the educational foundation and practice of health education. The thesis elucidates key aspects as participation, health promotion, learning perspectives, salutogenesis and health literacy related to LMS in particular and health educational in general. The seven guiding principles of health promotion, the concept of health literacy and salutogenesis may together represent an important contribution to further development of the educational foundation and practice of health education in general and the LMC in particular.

Takk

Dette har vært en lang reise og det er mange som skal takkes for at avhandlingen er blitt en realitet.

Stor takk til professor Karin Ringsberg som har vært en klok og dyktig veileder og som har hatt tro på meg, fulgt meg tett opp med veiledning og som har oppmuntret meg i tunge motbakker. Biveilederne dosent Charlotte Silén og dosent Monica Eriksson fortjener også stor takk for at de raust har delt sin kunnskap, kommet med verdifulle innspill og vært støttende i prosessen. Alle disse tre veilederne er gode eksempler på salutogen tilnærming i veiledning.

Jeg vil også takke alle som har deltatt i forskningsprosjektet og på denne måten gjort prosjektet mulig. Takk til Diakonhjemmet Høgskole, Høgskolen Stord/Haugesund, og Nordic School of Public Health (NHV) som har stilt ressurser til rådighet. Takk også til bibliotekjentesten ved Høgskolen Stord/Haugesund og Diakonhjemmet Høgskole for verdifull hjelp. Takk til kolleger og eks kolleger som har vært støttende, hjelpsomme og viktige diskusjonspartnere. Jeg vil også takke Karolinska Institutet som tok meg opp som doktorgradsstudent og gjorde min disputas mulig.

Tilslutt men ikke minst vil jeg takke Kirsten for uvurderlig støtte, tålmodighet og raushet. Sammen med Maren og Øyvind samt familie og venner for øvrig, har hun underveis minnet meg på hva som er viktig i livet. Barnebarnet Trygve som er kommet til i denne perioden har også vært et viktig bidrag i så henseende.

Referanseliste

- Aarkrog, V. 2006. Practical training as a means of reflecting on practice: an evaluation of a vocational and education and training programme for rescue officers. *Learning in Health and Social Care*, 5(3): 155–65.
- Abel, T. 2007. Cultural Capital in Health Promotion. I: DV. McQueen, I. Kickbush og L. Potvin et al. (Red). *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer-Verlag, 43–73.
- Abma, TA; Stake, RE. 2014. Science of the Particular: An Advocacy of Naturalistic Case Study in Health Research. *Qualitative Health Research*, 24 (8): 1150-1161.
- Adolfsson, ET; Smide, B; Gregeby, E; Fernström, L; Wikblad, K. 2004. Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Education and Counseling*, 53: 319–24.
- Alvesson, M; Sköldbberg, K. 2000. *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research*. London: Thousand Oaks, New Dehli: Sage Publications.
- Antonovsky, A. 1987. *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Askheim, OP. 2007. Empowerment – ulike tilnærminger. I: OP. Askheim, og B. Starrin (Red.). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aujoulat, I; d’Hoore, W; Deccache, A. 2007. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66:13–20.
- Barbour, R. 2007. *Doing Focus Groups*. London: Sage.

- Bauer, G; Davies, JK; Pelikan, J. 2006. The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21:153–9.
- Baum, F. 2002. *The new public health*. (2.utg). New York: Oxford University Press.
- Baum, F. 2008. *The new public health*. (3.utg). New York: Oxford University Press.
- Bergstrand, M. 2004. Hälso­rådgivande samtal. I: S. Lejsgaard Christensen & B. Huus Jensen. *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.
- Biesta, G. 2005. Against learning: reclaiming a language for education in an age of learning. *Nordisk Pedagogik*, 25 (1): 54–66.
- Biesta, G; Allan, J; Edwards, R. 2011. The theory Question in Research Capacity Building in Education: Towards an Agenda for Research and Practice. *British Journal of Educational Studies*, 59 (3): 225-239.
- Bjørndal, B; Lieberg, S. 1978. *Nye veier i didaktikken?: en innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: Aschehoug.
- Brown, LM; Tappan, MB; Gilligan, C; Miller, BA; Argyris, DE. 1989. Reading for self and moral voice: a method of interpreting narratives of real-life moral conflict and choice. In: MJ. Packer og RB. Addison (Red.). *Entering the Circle. Hermeneutic Investigation in Psychology*. Albany, NY: State University of New York Press, 141.
- Boorse, C. 1977. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44: 542-573.
- Bowling, A. 2005. *Research methods in health*. (2. utg). United Kingdom: Open University Press.

- Braveman, P; Gruskin, S. 2003. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 254-258.
- Brülde, B; Tengland, P-A. 2003. *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Buchanan, DR. 2006. Perspective: A New Ethic for Health Promotion: Reflections on a Philosophy of Health Education for the 21st Century. *Health Education Behaviour*, 33: 290-304.
- Cohen, L; Manion, L; Morrison, K. 2011. *Research Methods in Education*. (7. utg). London og New York: Routledge
- Cooper, HC; Booth, K; Gill, G. 2003. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*, 18: 191–206.
- Cornish, F. 2006. Empowerment to participate: a case study of participation by Indian sex workers in HIV prevention. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16: 301–315.
- Dall'Alba, G; Hasselgren, B.1996. *Reflections on phenomenography. Toward a Methodology?* Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Deccache, A; van Ballekom, K. 2010. From patient compliance to empowerment and consumer's choice: Evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. *Patient Education & Counseling*, 78: 282-287.
- Diehm, R-A; Lupton, M. 2012. Approaches to Learning Information Literacy: A Phenomenographic Study. *The Journal of Academic Librarianship*, 38 (4):217-225.

- Denzin, NK; Lincoln, YS. 2005. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (3.utg). London: SAGE Publications.
- Dysthe, O. 2001. Om sammenhengen mellom dialog, samspill og læring. I: O. Dysthe (Red.). *Dialog, samspel og læring*. Abstrakt forlag.
- Dysthe, O. 1996. *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Egidius, H. 2002. *Pedagogik för 2000-talet*. (3.utg). Stockholm: Natur och kultur.
- Ejlertsson, G. 2009. Folkhälsovetenskap i ett hundraårigt perspektiv. I I. Andersson, & G. Ejlertsson (Red.). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eriksson, M. 2007. *Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale*. Doctoral thesis. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme, Research Report 2007:1. Turku: Folkhälsan.
- Eriksson, M; Lindström, B. 2008. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23 (2):190-199.
- Fitzpatrick, K; Tinning, R. 2014. Considering the politics and practice of health education. In: K. Fitzpatrick and R. Tinning (Red.). *Health Education. Critical Perspectives*, London and New York: Routledge
- Flyvbjerg, B. 2006. Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2): 219-245.
- Frankish, C; Moulton, G; Rootman, G; Cole, C; Gray, D. 2006. Setting for foundation: underlying values and structures of health promotion in primary health care settings. *Primary Health Care Research and Development*, 7: 172-182.

- Freedman, DA; Bess, KD; Trucker, HA; Boyd, DL; Tuchman, AM; Wallston, KA. 2009. Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36:446-451.
- Friberg, F; Häggström, E; Gedda, B; Bergh, M; Andersson, EP. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Freire, P. 1972. *Pedagogy of the Oppressed*. London: Sheed and Ward.
- Glanz, K; Rimer, BK; Lewis, FM. 2002. *Health behaviour and health education: theory, research, and practice*. (3 Utg.). San Francisco: Calif Jossey-Bass.
- Grabowski, D; Jensen, BB; Willaing, I. V. Zoffman, & ML. Schøitz. 2010. *Sundhedspædagogik i patientuddannelse*. Danmark: Steno.
- Graneheim, UH; Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24:105-112.
- Green, J. 2008. Health education – the case of rehabilitation. *Critical Public Health*, 18 (4): 447-456.
- Grønmo, S. 2004. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gulati, S. 2008. Compulsory participation in online discussions: is this constructivism or normalisation of learning? *Innovations in Education and Teaching International*, 45 (2): 183–92.
- Göransson, A. 1999. *Vision in sight: the relationships between knowledge, health beliefs and treatment outcomes: the case of amblyopia*. Department of Education and Psychology, Linköping University, 65: 134.

- Hauge, HA; Mittelmark, MB. 2003. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugstvedt, A; Schøyen, EJ. 2000. *Fra lydighet til selvstendighet: veileder for læring og mestring av diabetes*, Oslo: Norges diabetesforbund.
- Hsieh, H-F, Shannon, SE. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15: 1277-1288.
- Hvinden, K. 2011. Etablering av Lærings- og mestringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I: A. Lerdal & MS. Fagermoen (Red.). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. 2010. *Folkehelsearbeidet – veien til god helse*. Utviklingstrekkrapport.
- Illeris, K. 2008. Læringsteoriens elementer – hvordan henger det hele sammen? I: K. Illeris (Red.). *Læringsteorier 6 aktuelle forståelser* (2.utg). Roskilde Universitetsforlag.
- Jensen, BB; Chawla, L; Hart, P, et al. 2003. Research in participatory environmental education: a critical review and the way forward. In: CR. Adkins (Red.). *Thinking globally while acting culturally*. Anchorage, Alaska: NAAEE 32nd Annual Conference, s. 416–424.
- Jensen, BB. 2005. Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskjellige paradigmer? *Tidsskrift for sygdom og samfund*, 3: 67-87.
- Jensen, BB; Simovska, V. 2005. Involving students in learning and health promotion processes: clarifying why? what? and how? *Promotion and Education*, 12: 150–156.

- Jensen, BB. 2009. Sundhedspædagogiske kernebegreber. I: F. Kamper Jørgensen, G. Almind & BB. Jensen (Red.). *Forebyggende sundhedsarbejde* (5. utg). Danmark: Munksgaard, s. 220-239.
- Johannessen, A; Kristoffersen, L; Tufte, P.A. 2004. *Forskningsmetode for økonomisk – administrative fag*. (2. utg). Abstrakt Forlag AS.
- Jones, L. 2010. Introduction: Challenge and Controversy in Promoting Public Health. I J. Douglas, S. Earle, S. Handsley, L. Jones, CE. Lloyd, S. Spurr (Red.). *A Reader in Promoting Public Health. Challenge and Controversy*. (2. utg). London: Sage Publications.
- Kickbusch, I; Wait, S; Maag, D. 2006. *Navigating Health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. London: International Longevity Centre-UK.
- Knoop, HH. 2008. Om menneskevennlige lærings- og arbeidsmiljøer. I J. Lyhne & HH. Knoop (Red.). *Positiv Psykologi Positiv pædagogik*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Knowles, MS; Holton, EF; Swanson R.A. (2011). *The Adult Learner*. (7. Utg). Routledge.
- Koelen, MA; Lindström, B. 2005. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59.
- Kolb, AY; Kolb, DA. 2005. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Academy of management learning & education*, 4: 193– 212.
- Kunnskapsenteret. 2011. *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. Kunnskapsenteret nr 09.

- Kvale, S. 1999. *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg). Ad Notam Gyldendal AS.
- Kvale, S. 2004. Frigørende pædagogik som frigørende til forbrug. I: J. Krejsler (Red.). *Pædagogikken og kampen om individet. Kritisk pædagogik, ny virkelighed og selvets teknikker*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S; Brinkmann, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Labonte, R. 1998. Health promotion and the common good: towards a politics of practice. *Critical Public Health*, 8:107–29.
- Lalonde, M. 1974. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada.
- Lindström, B; Eriksson, M. 2011. From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (6): 85-92.
- Lincoln, YS; Guba, EG. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications Inc.
- Lorig, K. 2001. *Patient education: a practical approach*. (3. utg). CA: Sage, Thousand Oaks.
- Lov 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2000. Oslo: Cappelen akademisk forlag; Lovdata.
- Malterud, K. 2012. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Mancuso, JM. 2008. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing Health Science*; 10:248–255.

- Marton, F; Booth, S. 2000. *Om lärande*, Studentlitteratur: Lund.
- Mezirow, J. 2008. Transformativ læring –overblik, svar på kritik, nye perspektiver. I: K. Illeris (Red.). *Læringsteorier 6 aktuelle forståelser*. (2. utg.). Roskilde Universitetsforlag.
- Millard, L; Luker, K. 2006. Nurse-patient interaction and decision-making I care: patient involvement in community nursing. *Journal of advanced nursing*, 55 (2): 142-150.
- Mæland, J.G. 2009. *Hva er helse*. Universitetsforlaget.
- Mårtensen, L; Hensing, G. 2011. Hälso litteracitet grunbult i patientmötet. *Läkartidningen*, 108: 51-52.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. 2010. *Helsetilstanden i Norge*. Folkehelse rapport 2010: 2. Folkehelseinstituttet Norge.
- Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og mestring. *Mestring.no*. http://www.mestring.no/om_nk_lms?full, 2009.
- Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og mestring. 2011. Arbeidsmåten i lærings- og mestringssentrene: *Standard metode 2011-versjon*.
- Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og mestring. 2009. *Nasjonalt Kompetansesenter LMS strategisk plan 2009-2013*.
- Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og mestring. 2014. *Nasjonalt Kompetansesenter LMS strategisk plan 2014-2016*.
- Nordenfelt, L. 1995. *On the nature of health. An Action-Theoretic Approach*. (Second Revised and Enlarged Edition). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*, Norges offentlige utredninger.
- Nutbeam, D. 1998. Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13: 349-364.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 3:259–267.
- Nutbeam, D. 2010. What would the Ottawa Charter Look Like if it Were Written Today? I J. Douglas, S. Earle, S. Handsley, L. Jones, CE. Lloyd & S. Spurr. *A Reader in Promoting Public Health. Challenge and Controversy*. (2. utg.). London: Sage Publications.
- Olsson, U. 2009. Pedagogik: folkhälsoarbetare som reflekterande praktiker. I I. Andersson & G. Ejlertsson (Red.). *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Paasche-Orlow, MK; Wolf, MS. 2007. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behaviour*, 31 (Suppl 1): 19-26.
- Patton, M.Q. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3. utg). CA: Thousand Oaks, Sage Publications.
- Peerson, A; Saunders, M. 2009. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24 (3).
- Pettersen, S. 2003. Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: D. Jorde & B. Bungum. (Red). *Naturfagdidaktikk, perspektiver, Forskning og Utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Poland, B.D; Green, L.W; Rootman, I. 2000. *Settings for health promotion: linking theory and practice*. CA: Thousand Oaks, Sage Publications.
- Potvin, L. 2007. Managing Uncertainty Through Participation. I DV. McQueen, I. Kickbush, L. Potvin, JM. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Red.). *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer-Verlag, 103-128.
- Potvin L; McQueen DV. 2007. Modernity, Public Health, and Health Promotion. I DV. McQueen, I. Kickbush, L. Potvin, JM. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Red.). *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer-Verlag, 12-20.
- Rappaport, J. 1985. The Power of empowerment language. *Social Policy*,16 (2): 15-21.
- Ratna, J; Riflin, B. 2007. Equity, Empowerment and Choice: From Theory to Practice in Public Health. *Journal of Health Psychology*,12 (3): 517-530.
- Reid, A; Nikel, J. 2008. I A. Reid, BB. Jensen, J. Nikel & V. Simovska (Red.). *Participation and learning: perspectives on education and the environment, health and sustainability*. New York: Springer.
- Reyter, K.W; Førde, R; Solbakk, J.H. 2000. *Medisinsk etikk: en problembasert tilnærming*, Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ringdal, K. 2013. *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (3. utg). Fagbokforlaget.
- Rosenqvist, U. 2001. "Patient education--new trends in Sweden", *Patient education and counseling*, 44 (1): 55-58.

- Rootman, I. 2001. Introduction to the book. I I. Rootman I, M. Goodstadt, B. Hyndman, DW. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Red.) 2001. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. WHO Regional Publications European Series No 92. Copenhagen: WHO, 2001.
- Schnack, K. 2008. Participation, education and democracy: implications for environmental education, health education, and education for sustainable development. I A. Reid, BB. Jensen, J. Nickel & V. Simovska (Red.). *Participation and learning: perspectives on education and the environment, health and sustainability*. New York: Springer, 181–196.
- Simovska, V. 2007. Learning *in* and *as* Participation: A Case Study from Health Promoting Schools. I DV. McQueen, I. Kickbush, L. Potvin, JM. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Red.). *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer-Verlag, 43-73.
- Sjöström, B. & Dahlgren, L.O. 2002. "Applying phenomenography in nursing research", *Journal of advanced nursing*, 40 (3): 339-345.
- Smith, B.J; Tang, K.C; Nutbeam, D. 2006. *WHO Health Promotion Glossary: new terms Health Promotion*. International Advance Access, published September 7.
- Steihaug, S; Hatling, T. 2006. *Evaluering av nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Stene-Larsen, G. 2006. 1880-2005-fra fattigdomssykdommer til overfoldslidelser. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 126(1) 38-43.
- Stensmo, C. 1998. *Pedagogisk filosofi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld. nr.5. 2003-2004. *Inntektssystem for spesialhelsetjenesten*.
- St.meld. nr.20. 2006-2007. *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller*.

- St.meld.nr.47. 2008-2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – på rett tid.*
- St.meld.nr.16. 2010-2011. *Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015*, Helse og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr.10. 2012-2013. *God kvalitet – trygge tjenester.*
- St.meld.nr. 34. 2012-2013. *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar.*
- Strøm, A. 2010. *Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt.* Doktorgradsavhandling. Det medisinske fakultetet. Universitetet i Oslo.
- Säljö R. 2001. *Læring i praksis. Et sosiokulturelt perspektiv.* Cappelen Akademisk Forlag.
- Säljö, R. 2009. Learning Theories of Learning, and Units of Analysis Research. *Educational Psychologist*, 44(3): 202-208.
- Söderkvist, B.K; Kneck, Å. 2013. Patientens lärande. I C. Silén & KB. Laksov (Red.). *Att skapa pedagogiska möten i medicin och vård.* Lund: Studentlitteratur AB.
- Sørensen, K; Van den Broucke, S; Fullam, J; Doyle, G; Pelikan, J; Slonska, Z; Brand, H. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*,12: 80.
- Sundhedsstyrelsen. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering. 2009. *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering.* København, 11:43-48.
- Squires, L; Peinado, S; Berkman, N; Boudewyns, V; McCormack, L. 2012. The Health Literacy Skills Framework. *Journal of Health Communication*, 17: 30-54.

- Tillgren, P; Ringsberg, KC; Olander, E. 2014. Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar. I KC. Ringsberg, E. Olander, P. Tillgren (Red.). *Health literacy. Teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Thagaard, T. 2013. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget (4. utg).
- Tjora, A. 2010. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tomes N. 2007. Patient empowerment and the dilemmas of late-modern medicalisation. *Lancet*, 369: 698– 700.
- Tones, K; Green, J. 2004. *Health promotion : planning and strategies*, Sage Publications, London.
- Tones, K; Tilford, S. 2001. *Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity*. (3. utg.). Cheltenham: Nelson Thornes.
- Tritter, JQ; McCallum, A. 2006. The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76: 156–168.
- Undeland, M. & Malterud, K. 2007. The fibromyalgia diagnosis - hardly helpful for the patients? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25: 250-255.
- Vifladt, EH; Hopen, L. & Nasjonalt kompetansesenter for Læring og mestring ved kronisk sykdom. 2004. *Helsepedagogikk: Samhandling om Læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wallerstein, N. 2006. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Health Evidence Network Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).

- Weare, K. 2004. The contribution of education to health promotion. In: R. Bunton and G. Macdonald (Red). *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments*. (2. utg). London and New York: Routledge.
- Wenger, E. 2004: *Praksisfællesskaber. Læring, mening, identitet*. (1. utg. 5. opplag). Hans Reitzels Forlag.
- Whitehead, D. 2004. Health promotion and health education: advancing the concept. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3): 311-320.
- Wills, J. 2010. Health Promotion: Not Drowning but Waving? I: J. Douglas, S. Earle, S. Handsley, L. Jones, CE. & S. Spurr. *A Reader in Promoting Public Health. Challenge and Controversy*. (2.utg). London, Sage Publications.
- Willumsen, E. 2009. Tverrprofesjonelt samarbeid I praksis og utdanning I helse- og sosialsektoren. I: E. Willumsen (Red). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Norge: Universitetsforlaget.
- World Health Organization. 1998. *Health Promotion Glossary*, Geneve.
- World Health Organization. 2009. *Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. A working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, Kenya, 26–30 October.
- World Health Organization. 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*. An International Conference on Health Promotion, November 17–21. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organization. 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Geneve.
- World Health Organization. 2002. *The Johannesburg Declaration on Sustainable Development*. World Summit on Sustainable Development (WSSD).

World Health Organization. 2006. Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. WHO Regional Office for Europe.

Yin, RK. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. (3. utg). CA: Thousand Oaks, Sage.

Appendiks

Intervjuguide studie III og IV

Overordnet tema: Deltakernes erfaringer og oppfatninger om helse, sykdom, læring og mestring og hvordan bruke LMS i så henseende.

Hvor fikk dere høre om kurset?

Utfordringer

-Hva "strir" dere med i hverdagen?

Forventninger til kurset

-Hvorfor er dere her i dag?

-Hva forventer dere skal komme ut av et slikt kurs?

-Hva er tegn på et vellykket kurs?

-Hva mener dere er viktig å lære?

-Hva ønsker dere å lære noe om?

Læringsaktiviteter

-Hvordan lærer dere best?

-Hvordan ville dere lagt opp et kurs?

-Hva er deres rolle som kursdeltakere?

-Hva tenker dere om bruk av såkalte likemenn i læringssituasjonen?

-Hva tenker dere om rollen til de som holder kurset?

Hva forbinder dere med å ha god helse?

Studier I - IV