

# Samtaler i rehabiliteringsforløb

- KOL, HJERTE-KARSYGDOM



## Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Formål.....	3
Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder.....	3
Målgruppe .....	3
Problemstilling.....	4
Samtaler i KOL og hjerterehabiliteringsforløb.....	4
Den afklarende samtale.....	4
Forløbssamtale .....	6
Afsluttende samtale .....	6
Forløbsansvarlig.....	7
Afslutning af forløb og epikrise til egen læge.....	7
Genhenvi sning.....	8
Registrering, monitorering og kvalitetssikring .....	8
Kompetencer .....	8
Litteraturliste.....	8
Bilag .....	9
Bilag 1: Baggrundsviden .....	9
Bilag 2: Sundhedspædagogisk tilgang .....	10

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

## Indledning

### Formål

I denne faglige vejledning finder du retningslinjer for, hvordan den afklarende samtale, forløbssamtalen og den afsluttende samtale for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom skal foregå i sundhedshusene.

Formålet med vejledningen er at sikre, at samtalerne tilrettelægges ud fra nyeste viden og bedste praksiserfaringer samt at sikre ensartede tilbud på tværs af byen.

Vejledningen lægger sig op af nyeste forskning samt nyeste gældende anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen (1). Derudover er anbefalingerne udviklet på baggrund af Københavns Kommunes sundhedsprofessionelles konkrete erfaringer og repræsenterer derfor 'good practice'.

Udover denne vejledning findes der seks andre faglige vejledninger omhandlende de forebyggende tilbud i sundhedshusene. Du skal orientere dig i disse vejledninger, hvis du skal udføre 'Dialog om sundhed' eller tilbyde forebyggelsestilbud til borgere. De seks vejledninger er:

- **Ernæring:** gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom og borgere i stressforløb eller genoptræningsforløb
- **Rygestop:** gælder for borgere med KOL, hjerte-karsygdom eller diabetes og borgere i stressforløb eller genoptræningsforløb
- **Alkohol:** gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom og borgere i stressforløb eller genoptræningsforløb
- **Fysisk træning og motionsvejledning:** gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Sygdomsmestring:** gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Dialog om sundhed** (indledende vurdering af behov for forebyggende tilbud): gælder for borgere i stressforløb og genoptræningsborgere<sup>1</sup>

### Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder

Ledelsen i hvert sundhedshus er ansvarlig for, at medarbejderne er bekendte med gældende vejledning. De medarbejdere i sundhedshusene, som varetager samtalerne, er ansvarlige for at disse udføres efter denne gældende vejledning.

### Målgruppe

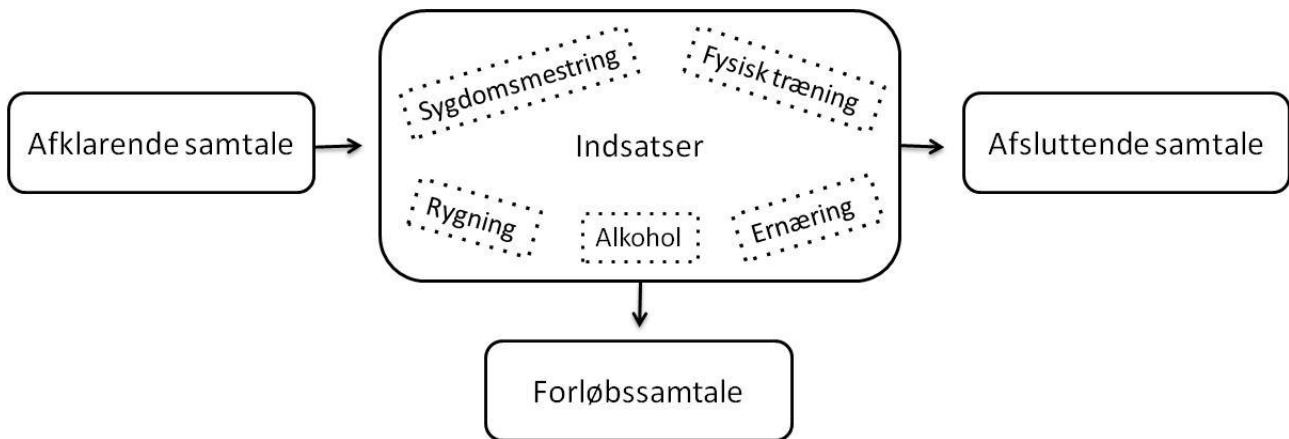
Vejledningen henvender sig til ledelsen i hvert sundhedshus samt de medarbejdere i husene, som varetager samtalerne med borgere med KOL eller hjerte-karsygdom.

---

<sup>1</sup> Borgere i genoptræningsforløb inkluderer borger, som er: 1) henvist med en genoptræningsplan efter sundhedsloven §140, 2) visiteret til genoptræning efter serviceloven §86,1, 3) lægehenviste med ryg- og nakkeproblemer og 4) GLAD borgere (Godt Liv med Artrose).

## Problemstilling

Rehabiliteringsforløb til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom inkluderer individuelle samtaler med en sundhedsfaglig medarbejder. Forløbet starter med en afklarende samtale, rundes af med en afsluttende samtale og undervejs i forløbet kan der afholdes en forløbssamtale (samtaleforløbet er illustreret i nedenstående figur).



## Samtaler i KOL og hjerterehabiliteringsforløb

Samtalerne skal overordnet sikre en grundig afdækning af borgerens sundhedstilstand og behov for livsstilsændring samt understøtte udviklingen af borgerens egenomsorgsmuligheder og handlekompetence. Samtalerne tilpasses og kombineres individuelt med forskellige forebyggelsesindsatser afhængigt af, hvilke behov den enkelte borger har. Endelig skal samtalerne sikre tildeling af indsatser, koordinering af det samlede forløb samt udslusning. I de efterfølgende afsnit uddybes retningslinjerne for hhv. den afklarende samtale, forløbssamtalen og den afsluttende samtale.

### Den afklarende samtale

#### Formål

Formålet med den afklarende samtale er overordnet at foretage en afdækning af borgerens situation, herunder borgerens motivation for og ressourcer til at gennemføre livsstilsændringer. Dette skal bl.a. være med til at danne grundlag for tildeling af en eller flere indsatser omhandlende hhv. sygdomsmestring, fysisk træning/motionsvejledning, ernæring, alkohol eller rygestop.

Formålet med samtalen er endvidere at understøtte udviklingen af borgernes egenomsorg og helbredsrelaterede handlekompetence, så de bliver bedre rustede til at opstille personlige mål og realisere disse. Den afklarende samtale skal bære præg af en sundhedspædagogisk tilgang<sup>2</sup>, inklusiv brug af 'Den Motiverende Samtale', herunder forståelse af motivation, hvor det er underforstået, at borgeren kan ændre behov og motivation undervejs i forløbet.

Målene med den afklarende samtale er:

- at afdække borgerens situation, herunder generel trivsel og livsstil, behov for livsstilsændringer

<sup>2</sup> Se bilag for mere information om en sundhedspædagogisk tilgang.

samt udfordringer og ressourcer (fx ved hjælp af samtalekort, billedkort, pjecer mv.).

- at sætte mål og udarbejde en handleplan i samarbejde med borgeren.
- at tilrettelægge det videre forløb i samarbejde med borgeren, herunder at tildele indsatser ud fra en sundhedsfaglig vurdering samt borgerens behov og ønsker.
- at forberede borgeren på et evt. videre forløb i sundhedshuset og på fastholdelse af livsstilsændringer efter endt forløb.

Den videre plan for borgerens forløb, herunder de tildelte indsatser, skal ikke ses som et statisk redskab, men kan derimod tilrettes undervejs i forløbet, så den passer til borgerens ønsker og behov.

### **Indholdselementer**

Den afklarende samtale skal indeholde følgende elementer:

- Afdækning af borgerens situation
- Tildeling af indsatser (hvis relevant)
- Udarbejdelse af handleplan
- Indsamling og dokumentation af relevante data
- Test og målinger: BMI, taljemål, blodtryk, rejse-sætte-sig-test. Undtagelsesvis kan nogle af målingerne udelades, hvis der er en faglig begrundelse for dette.
- Indhentning af samtykke

### ***Afdækning af borgerens situation***

Overordnet bør afdækningen af borgerens situation have fokus på følgende emner (1):

- Hverdagsliv: viden om borgerens hverdagsliv, inklusiv relationer/socialt netværk, vaner, værdier og prioriteringer, som er relevante i forhold til borgerens sygdom og rehabiliteringsforløb.
- Risikofaktorer: afdækning af risikofaktorer i borgerens liv som rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usund kost mv. Det anbefales, at der er et særligt fokus på de risikofaktorer, der direkte forværrer borgers sygdom og/eller forringer en behandlingseffekt. Desuden bør viden om samspil mellem risikofaktorer inddrages i dialogen om, hvilke indsatser der skal prioriteres.
- Sygdomssituation: afdækningen af den enkelte sygdoms specifikke karakter, den forventede sygdomsudvikling samt det fremtidige behandlingsforløb. Herunder en vurdering af borgerens egen viden og sygdomsforståelse samt håndtering af sygdommen og behandlingselementer.

### ***Tildeling af indsatser***

Det er borgerens ønsker og behov i kombination med en sundhedsfaglig og sundhedspædagogisk vurdering samt oplysningerne i henvisningen, der styrer, hvad der tages op i samtalen, og hvilke indsatser der tildeles. Det er den sundhedsprofessionelles opgave at støtte borgeren i at finde netop de tilbud, som borgeren har behov og motivation for. Tilrettelæggelsen af forløbet og tildelingen af indsatser skal altid følge de faglige vejledninger for de pågældende indsatser.

### ***Udarbejdelse af handleplan***

Et af elementerne i den afklarende samtale er udarbejdelse af en handleplan for borgerens videre forløb. Der er overordnet to muligheder for retningen i handleplanen: 1) borgeren tildeles et eller flere forebyggelsestilbud i sundhedshuset, 2) borgeren arbejder videre på egen hånd (eventuelt med en opfølgende samtale) eller hjælpes til at etablere kontakt til en anden aktør (lokal forening, patientforening mm.). I forbindelse med handleplanen udpeger borgeren endvidere en række problemer/indsatsområder,

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

fastsætter konkrete mål, samt beskriver de tiltag/handlinger, borgeren selv skal gøre for at nå målene. Handleplanen fungerer som et redskab til at binde forløbet sammen og sikre løbende opfølgning og evaluering i forhold til borgerens mål.

### ***Den afklarende samtale som en selvstændig indsats***

Den afklarende samtale kan udgøre en selvstændig indsats, hvor borgeren afsluttes eller henvises til et eksternt tilbud uden yderligere indsatser, hvis det vurderes:

- at borgeren ikke er motiveret til at ændre sin livsstil.
- at borgeren har andre problemstillinger såsom psykiske problemer<sup>3</sup> eller alkoholafhængighed, som det er nødvendigt at tage hånd om først.

Hvis den afklarende samtale udgør en selvstændig intervention, er der mulighed for at tilbyde en opfølgende samtale, som i form og varighed ligner den afsluttende samtale om sundhed.

### **Omfang, frekvens og varighed**

Det maksimale tidsforbrug til den afklarende samtale er 75 minutter (med tolk: 90 minutter)<sup>4</sup>.

## **Forløbssamtale**

### **Formål**

Formålet med forløbssamtalen er overordnet at have en dialog med borgeren om motivation, ønsker og behov, som kan have ændret sig undervejs i forløbet. Samtalen kan således bruges til at adressere problemstillinger, udfordringer og ønsker, som er opstået undervejs i borgerens forløb f.eks. tildeling af yderligere/andre indsatser, manglende fremgang, faldende motivation, udeblivelser, utilfredshed med forløbet, m.v..

### **Omfang, frekvens og varighed**

Det maksimale tidsforbrug til forløbssamtalen er 30 minutter (med tolk: 45 minutter). Der kan, som udgangspunkt, tilbydes én forløbssamtale i borgerens forløb.

## **Afsluttende samtale**

### **Formål**

Alle borgere afslutter deres forløb med en afsluttende samtale, uanset om de har deltaget i et enkeltstående tilbud eller et forløb bestående af flere tilbud. Det primære formål er at tilrettelægge borgerens videre forløb, herunder udslusning med henblik på at understøtte fastholdelse af livsstilsændringer. Samtalen bør tage udgangspunkt i opfølgning af eventuelle mål, ønsker og resultater, som borgeren havde ved starten af forløbet.

Målene med den afsluttende samtale er:

- at følge op på borgerens generelle trivsel og livsstil.
- at lave status på borgerens handleplan herunder at afdække borgerens motivation, handlemuligheder og barrierer for fastholdelse af nye livsstilsvaner.

<sup>3</sup> Her menes psykiske problemer, som har betydning for, at borgeren ikke kognitivt kan modtage råd og vejledning og stort set ikke er bevidst om egne behov.

<sup>4</sup> De angivne tidsrammer i denne vejledning er den maksimale ansigt-til-ansigt-tid, dvs. kun den tid der bruges sammen med borgeren ved selve samtalen. Tidsforbruget til forberedelse, administration mv. er ikke talt med.

- at uddrage læring af borgerens oplevelser i forbindelse med forløbet.
- at snakke med borgeren om oplevet effekt.
- at planlægge den videre udslusning, herunder fastholdelse af livsstilsændringer og behov for opfølgning.

### **Indholdselementer**

Der er følgende indholdselementer i den afsluttende samtale:

- Opfølgning på borgerens trivsel, helbred og motivation
- Opfølgning på borgerens handleplan med fokus på fastholdelse
- Udarbejdelse af slutnotat for fastholdelse af livsstilsændringer
- Planlægning af udslusning
- Indsamling og dokumentation af relevante data
- Test og målinger: der udføres som udgangspunkt altid de samme test og målinger som ved den første samtale. (Hvis borgeren opnåede ceiling effect i rejse-sætte-sig-test ved den første samtale, udføres testen ikke ved afslutningen af forløbet).

### **Omfang, frekvens og varighed**

Det maksimale tidsforbrug til den afsluttende samtale er 45 minutter (med tolk: 60 minutter).

### **Forløbsansvarlig**

Borgere med KOL eller hjerte-karsygdom skal have tildelt en forløbsansvarlig. Den medarbejder, der afholder den afklarende samtale, kan ikke altid udpeges som borgerens forløbsansvarlige, men det er altid den forløbsansvarlige, der skal afholde den afsluttende samtale og eventuelle forløbssamtaler. Det anbefales, at den forløbsansvarlige er involveret i det/et af de konkrete tilbud, borgeren deltager i.

Den forløbsansvarlige skal kunne give faglig feedback på borgerens forløb og identificere potentielle udfordringer knyttet til borgerens gennemførelse af forløbet, herunder støtte borgeren i at finde ressourcer til at fortsætte forløbet og efterfølgende at fastholde en livsstilsændring.

### **Afslutning af forløb og epikrise til egen læge**

Ved forløbets afslutning skal der sendes en epikrise til borgerens læge. Epikrisen skal sendes senest fem hverdage efter den afsluttende samtale.

Epikrisen skal indeholde en vurdering af rehabiliteringsforløbet, dets effekt samt forslag til fremtidig rehabiliteringsindsats, idet nedenstående punkter skal besvares:

- Hvad er planen for opfølgning? Herunder hvordan kan den praktiserende læge støtte op, når rehabiliteringsforløbet er afsluttet?
- Hvilke aktiviteter har borgeren deltaget i?
- Hvordan har fremmøde og motivation været?
- Hvad har borgeren opnået, vurderet ud fra den afsluttende samtale?
- Hvordan vil borgeren fastholde livsstilsændringer?

Epikrisen skrives af borgerens forløbsansvarlige på baggrund af de slutnotater, der er skrevet ved afslutningen af de enkelte indsatser i forløbet.

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

## Genhenvising

Hvis en borger med KOL eller hjerte-karsygdom har afbrudt et rehabiliteringsforløb, pga. indlæggelse og/eller store ændringer i sygdom eller livssituation, kan borgeren af egen læge eller hospital henvises til et nyt forløb. I alle andre tilfælde skal der minimum gå et år efter borgeren har afsluttet sit KOL eller hjerterehabiliteringsforløb, før borgeren kan genhenvises. Hvis egen læge eller hospital har vurderet, at borgeren har behov for et nyt forløb efter et år, tildeles borgeren et nyt forløb. Hvis en borger tildeles et nyt forløb, vurderer det sundhedsfaglige personale sammen med borgeren, hvordan forløbet skal sammensættes, så det bedst muligt bygger videre på det tidligere forløb.

## Registrering, monitorering og kvalitetssikring

Den afklarende samtale, forløbssamtalen samt den afsluttende samtale registreres i CSC Suiten/CURA.

Måling af kvalitet sker pt. primært via ledelsesinformation, f.eks. fremmødeprocenter til de enkelte indsatser, og ud fra data fra brugerundersøgelserne. Der pågår derudover et arbejde, hvor det forsøges at opstille principper for monitorering og kvalitet i forbindelse med de forebyggende indsatser i sundhedshusene. Vejledningen opdateres senere ud fra dette arbejde.

## Kompetencer

De medarbejdere, som arbejder med samtaler i rehabiliteringsforløb, bør have følgende:

- grundlæggende kompetencer inden for den motiverende samtale og en anerkendende sundhedspædagogisk tilgang. Herunder viden om motivation og kompetencer til at understøtte borgerens motivation samt facilitere borgerens prioritering og beslutning om deltagelse i tilbud.
- generel viden om sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedsfaglige kompetencer samt specifik viden om og vejledningskompetence inden for kost, rygning, motion og alkohol.
- Kompetencer og viden i forhold til KOL og hjerte-karsygdom.

## Litteraturliste

(1) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016; Available at:

[https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/\\_media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/_media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx).

Accessed 9/6, 2016.

(2) Murray J, Craigs CL, Hill KM, Honey S, House A. A systematic review of patient reported factors associated with uptake and completion of cardiovascular lifestyle behaviour change. BMC Cardiovasc Disord 2012 Dec 8;12:120-2261-12-120.

(3) Astin F, Horrocks J, Closs SJ. Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. BMC Cardiovasc Disord 2014 Aug 5;14:96-2261-14-96.

(4) Murray J, Fenton G, Honey S, Bara AC, Hill KM, House A. A qualitative synthesis of factors influencing maintenance of lifestyle behaviour change in individuals with high cardiovascular risk. BMC Cardiovasc Disord 2013 Jul 6;13:48-2261-13-48.

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)



- (5) Ahlmark N, Norrhäll O, Jensen P, Dindler C. Peer til peer i arbejdet med udsatte mennesker. En sammenfatning af udvalgt litteratur. 2016; Available at: [http://www.sifolkesundhed.dk/upload/peer\\_til\\_peer\\_i\\_arbejdet\\_med\\_udsatte\\_mennesker.pdf](http://www.sifolkesundhed.dk/upload/peer_til_peer_i_arbejdet_med_udsatte_mennesker.pdf). Accessed 9/22, 2016.
- (6) Region Hovedstaden. Patientuddannelse - Teoretisk grundlag og pædagogisk praksis. 2011; Available at: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Teoretiskogpaedagogiskgrundlagokt2011.pdf>. Accessed 9/6, 2016.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>. Accessed 9/6, 2016.
- (8) Grøn L, Hansen J. Sociale forandringsfællesskaber. En guide til arbejdet med egenomsorg ipatientuddannelser. 2012; Available at: [file:///C:/Users/Kathrine/Downloads/Sociale\\_forandringsfaellesskaber\\_low.pdf](file:///C:/Users/Kathrine/Downloads/Sociale_forandringsfaellesskaber_low.pdf). Accessed 9/6, 2016.
- (9) Albertsen K, Andersen H. Handlekompetence som begreb i sundhedspædagogik og forskning. 2001; Available at: <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/psyke/article/view/8554/7110>. Accessed 9/6, 2016.
- (10) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977 Mar;84(2):191-215.

## Bilag

### Bilag 1: Baggrundsviden

Begrebet 'motivation' kan bruges til at beskrive borgerens ønsker og prioriteringer. Særligt i forhold til deltagelse i aktiviteter og ændringer af sundhedsadfærd bruges begrebet implicit om borgerens parathed og vilje til forandring. Derfor bliver ændringer og påvirkning af motivation ofte omtalt som genstanden for professionelle samtaler om deltagelse i et tilbud, forandring af sundhedsadfærd eller træning i forandring af adfærd. Motivation kan variere, alt efter hvilken situation man er i. F.eks. kan afhængighed og indlærte handlemønstre medføre særligt dårlige vilkår for en persons motivation. Omvendt er motivation også dynamisk, og kan ændres f.eks. ved ændringer i tanker om værdier og identitet. Den sundhedsprofessionelles opgave i forhold til motivation overfor sundhedsadfærd bør være løbende, gennem dialog og gruppefacillitering, at vurdere og understøtte både tanker, følelser, planlægning, relationer, tilegnelse af kompetencer samt handlinger, der øger sandsynligheden for en forandringsproces i retning af indlæring af nye adfærdsmønstre (1).

Man ved fra studier af hjerte-karpatienter, at faktorer som f.eks. støtte fra familie og venner, omkostninger, hvilken tro man har på sygdommens opståen, samt tiltro til potentielle adfærdsændringer, har stor betydning i forbindelse med anlæggelse og gennemførelse af nye sundere livsstilsændringer (2). Studier af KOL- og hjerte-karpatienter peger også på, at det er væsentligt, hvorvidt personen har tiltro til, at adfærdsændringen vil gavne dem, samt psykologiske faktorer som selvopfattelse, handlekompetence og evne til at løse problemer (4).

Et litteraturstudie med hjerte-karpatienter har derudover vist, at personer med hjerte-karsygdom ofte er motiverede til at gennemføre livsstilsændringer, og at ændring af sundhedsadfærd for dem kan betragtes som en måde at genvinde kontrollen over sygdom og liv på. Studier viser endvidere, at personer med

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** <2016-0267494-11>



hjerter-karsygdom, som er motiverede til at ændre sundhedsadfærd, oftest har én primær sundhedsadfærd, som de er klar til at ændre. Det er oftest den adfærd, som vurderes vigtigst af personen, som personen prioriterer at ændre. Omvendt kan flere ændringer på en gang opleves urealistisk og uoverskueligt (3).

Forskning har identificeret adskillige barrierer i forbindelse med livsstilsændringer. Særligt vanskeligt har det vist sig for hjerte-karpatienter at etablere sundere spisevaner, og mangel på tid har vist sig at være en barriere i forhold til regelmæssig fysisk aktivitet (3). Adfærdsændringerne og processen imod ny adfærd kan være en barriere i sig selv, fordi beslutningsprocessen omkring fordele og ulemper ved ændringerne er kompleks. Personen vil i processen hele tiden overveje fordele og ulemper ved adfærdsændringerne, samt tænke over, hvordan de ville påvirke deres liv, og ultimativt om ændringerne er realistiske at gennemføre.

Personer med hjerte-karsygdom, som har svært ved at ændre sundhedsadfærd, kan have en oplevelse af, at deres sygdom er noget, de ikke selv kan påvirke og motivation til at ændre sundhedsadfærd for dem kan derfor være meget lille (3).

## **Bilag 2: Sundhedspædagogisk tilgang**

Sundhedspædagogik handler om forandring, og om at give plads til, at borgeren får mulighed for at reflektere over egen situation og handle. Sundhedspædagogikken i denne faglige vejledning bygger på Sundhedsstyrelsens sundhedspædagogiske anbefalinger, som er baseret på en demokratisk tilgang, hvor bl.a. deltagerinvolvering, handlekompetence og viden er centrale elementer (1). Herudover følger de sundhedspædagogiske anbefalinger Region Hovedstadens rapport vedrørende teoretisk grundlag og pædagogisk praksis i patientuddannelse (6).

Tilbuddet har til formål at styrke borgernes egenomsorg og helbredsrelaterede handlekompetence med henblik på at forbedre deres muligheder for at lave sundhedsfremmende livsstilsændringer. Dette søges opnået gennem et bredt og positivt sundhedsbegreb med udgangspunkt i det hverdagsliv borgeren lever, og en forståelse og hensyn til de omgivelser borgeren er en del af. Særligt fokus er på koncepterne 'Self-efficacy' og 'Empowerment', hvor 'Den Motiverende Samtale' udgør grundstenen.

### **Egenomsorg**

Egenomsorg er sundhedsaktiviteter, som borgere udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed. Det er et bredt begreb, som kan dække over mange ting, f.eks. fysisk aktivitet, rygestop, monitorering af tal og værdier, vedligeholdelse af sociale netværk, fritidsaktiviteter og compliance til den foreskrevne behandling (hvis man har en kronisk sygdom) (7).

Egenomsorg kan styrkes gennem tre overordnede virkemidler (8):

- Teoretisk viden: videnskabelig og teoretisk sundhedsfaglig viden
- Praksisviden: træning i konkrete færdigheder
- Erfaringsbaseret viden: situationsspecifik viden med udgangspunkt i kompetencer og erfaring, der gør en i stand til at træffe valg, der bidrager til et sundere liv.

### **Handlekompetence**

Udfoldelse af handlekompetence indebærer, at individet opstiller og realiserer personlige mål eller delmål i delvist uforudsigelige situationer (9).

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

Forudsætningerne for, at man kan udfolde handlekompetence, er:

- at man har de nødvendige færdigheder og kundskaber
- at der er tilstrækkelige muligheder og ressourcer tilstede i omgivelserne (både de nære og bredere omgivelser)
- at man er motiveret.

Det er individuelt, hvad en person har behov for ift. at kunne udfolde handlekompetence

### **Self-efficacy**

Self-efficacy er en persons tiltro til egen evne til at handle på en given måde. Forventningen til hvilken effekt, den pågældende handling vil have, udgør motivationen for handlingen. Både self-efficacy og motivation er således afgørende for, om en person gennemfører en given adfærd eller handling (10).

En persons self-efficacy kan styrkes på flere måder, men de forskellige kilder til self-efficacy er ikke lige virkningsfulde. Eksempelvis har egne erfaringer en stærk indvirkning på en persons self-efficacy, mens observerede erfaringer og sproglig overtalelse har en svagere indvirkning. De forskellige kilder til self-efficacy er illustreret i Tabel 1.

Tabel 1: Forskellige kilder til self-efficacy

Egne erfaringer	Når en borger oplever, at en opgave løses succesfuldt, vil det styrke oplevelsen af, at det kan lykkes igen.
Observerede erfaringer	Andre personer kan fungere som rollemodeller. Derfor er erfaringsudveksling mellem borgere i samme situation vigtig.
Sproglig overtalelse/overbevisning	Opmuntring, feedback og lignende kan anvendes til at motivere borgeren til at nå et mål.
Oplevede følelser	En borgeres self-efficacy påvirkes af, hvordan han/hun oplever sin egen reaktion under gennemførelse af en opgave.
Omgivelserne	Omgivelsernes forventninger har erfaringsmæssigt vist sig at have en betydning for en borgers self-efficacy.

### **Empowerment**

Empowerment betyder styrkelse, og tilgangen indbefatter, at tilbuddene til borgerne tager afsæt i borgernes potentiale frem for deres mangler og svagheder. Sigtet er, at udvikle borgernes iboende kræfter og handlemuligheder gennem støttende og opmuntrende dialog (7).

### **Den motiverende samtale**

Den Motiverende Samtale defineres som en borgercentreret og styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens. Der er fokus på hvilke forandringer borgeren selv er motiveret til, og der tages udgangspunkt i borgerens håb og drømme med henblik på at finde de ressourcer og strategier, der kan bringe vedkommende i den ønskede retning (5).

Den Motiverende Samtale er en evidensbaseret metode, der har til formål: at fremme livsstilsændringer ved at hjælpe borgeren til at analysere ambivalensen mellem faktisk livsstil og helbredsmæssige ønsker og mål at stimulere borgeren til at træffe en beslutning og gennemføre en forandring.

I Den Motiverende Samtale bruges en anerkendende tilgang, som understøtter, at det er borgeren, der er ekspert i sit eget liv, mens den sundhedsprofessionelles opgave er at hjælpe borgeren til at sætte ord på, hvad vedkommende gerne vil ændre. Den sundhedsprofessionelles opgave er at medvirke til at sikre, at der bygges bro mellem den sundhedsfaglige ekspertviden og borgerens unikke situation, ønsker og behov. Dette gøres ved at skabe en atmosfære af forståelse, accept, tolerance og bekræftelse, hvor den sundhedsprofessionelle lytter til borgeren og accepterer borgerens væremåde og opfattelse.

Ånden og principperne i Den Motiverende Samtale forhindrer ikke, at den sundhedsprofessionelle kan bringe sin ekspertviden om forebyggelse og sundhedsfremme i spil i samtalen. Jf. afsnittet om handlekompetence, er det en forudsætning for udfoldelse af handlekompetence, at borgeren har de nødvendige kundskaber, og derfor er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle løbende vurderer, hvornår det er nødvendigt at byde ind med faktuel viden om f.eks. livsstilens betydning for det fysiske helbred.

---

**Fagligt ansvarlig:** Sofie Juul  
**E-mail:** er3k@suf.kk.dk  
**Telefon:** 5162 5992  
**Afdeling:** Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen  
**Center:** Center for Sundhed

**Oprettet:** Maj 2014  
**Opdateret:** Marts 2017  
**Gældende til:** Marts 2018  
**Version:** 3.0  
**E-doc:** [2016-0267494-11](#)

