

# Sygdomsmestring

- KOL, HJERTE-KARSYGDOM



## Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
Formål.....	3
Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder.....	3
Målgruppe .....	3
Problemstilling.....	4
Indsatsen .....	4
Formål.....	4
Målgruppe .....	4
Indholdselementer .....	4
Omfang, frekvens og varighed .....	7
Udslusning .....	7
Afslutning af indsatsen og slutnotat.....	7
Genhenvisioning.....	8
Registrering, monitorering og kvalitet .....	8
Kompetencer .....	8
Litteraturliste .....	8
Bilag .....	10
Bilag 1: Baggrundsviden .....	10
Bilag 2: Sundhedspædagogisk tilgang .....	10

## Indledning

### Formål

I denne faglige vejledning finder du retningslinjer for, hvordan sygdomsmestring til borgere med KOL eller hjerte-karsygdom skal foregå i sundhedshusene. Formålet med vejledningen er at sikre, at tilbuddet om sygdomsmestring tilrettelægges ud fra nyeste viden og bedste praksiserfaringer samt at sikre ensartede tilbud på tværs af byen.

Vejledning 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 med patientundervisning og repræsenterer derfor 'good practice'.

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

- **Samtaler i rehabiliteringsforløb** (inkl. indledende vurdering af behov for tilbud): gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Ernæring**: gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, borgere i stressforløb og genoptræningsborgere
- **Rygestop**: gælder for borgere med KOL, hjerte-karsygdom eller diabetes, borgere i stressforløb og genoptræningsborgere
- **Fysisk træning og motionsvejledning**: gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom
- **Alkohol**: gælder for borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, borgere i stressforløb og genoptræningsborgere
- **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 tilbuddet om sygdomsmestring, er ansvarlige for at tilbuddet udføres efter denne gældende vejledning.

### Målgruppe

Vejledningen henvender sig til ledelsen i hvert sundhedshus samt de medarbejdere i husene, som arbejder med tilbuddet om sygdomsmetring til 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

Sygdomsmestring er et af de forebyggende tilbud, som Københavns Kommune kan tilbyde borgere med KOL eller hjerte-karsygdom, der er henvist til sundhedshusene. Tilbuddet kan enten tildeles i den afklarende samtale eller undervejs i borgerens forløb. Det vil være borgerens ønsker og behov i kombination med en sundhedsfaglig og sundhedspædagogisk vurdering samt oplysningerne i henvisningen, der styrer, hvilke indsatser (omhandlende hhv. sygdomsmestring, rygestop, ernæring, alkohol eller fysisk træning/motionsvejledning) der skal indgå i borgerens rehabiliteringsforløb.

## Indsatsen

### Formål

Formålet med tilbuddet om sygdomsmestring er at bidrage til at give borgerne indsigt, redskaber, handlekompetencer og øget egenomsorg, som over tid kan føre til sundhedsfremmende livsstilsændringer og bedre håndtering af livet med kronisk sygdom. Det overordnede og mere langsigtede mål er, at borgerne får en bedre sundhedstilstand og livskvalitet.

Mere specifikt er formålet med tilbuddet:

- At styrke borgerens tiltro til at kunne håndtere livet med kronisk sygdom bedst muligt i et aktivt samspil med pårørende og sundhedsprofessionelle
- At styrke borgerens kompetence til at kunne håndtere livet med en kronisk sygdom og indgå i dialog med de sundhedsprofessionelle herom
- At medvirke til at skabe rammer for forandring, som understøtter borgeren i at leve bedst muligt med kronisk sygdom i samspil med pårørende

### Målgruppe

Målgruppen for sygdomsmestring er borgere med KOL eller hjerte-karsygdom. Tilbuddet om sygdomsmestring kan enten være et enkeltstående tilbud i borgerens rehabiliteringsforløb eller gives i kombination med andre indsatser omhandlende ernæring, alkohol, rygning eller fysisk træning/motionsvejledning.

### Indholdselementer

Sygdomsmestring består af to typer undervisningsforløb:

- Holdundervisning: tilbydes som standard til alle borgere med hjerte-karsygdom eller KOL.
- Individuel undervisning: tilbydes undtagelsesvist som alternativ til holdundervisning, hvis:
  - borgeren ikke forstår dansk, eller der ikke kan udbydes et hold på det sprog, som borgeren taler
  - borgeren ikke selvstændigt kan følge holdundervisning
  - borgeren ikke har brug for et helt holdundervisningsforløb og kan nøjes med få individuelle samtaler
  - det vurderes, at borgeren er sårbar og derved har svært ved at indgå på et hold

De to typer undervisning kan kombineres, hvis borgeren har behov og ønsker det. Fordelen er, at forløbet tilpasses borgerens individuelle behov ift. sygdomsspecifik viden og samtidig kombineres 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](#)



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

fællesskabets idéudveksling og samvær. Derudover kan tilbuddet om sygdomsmestring med fordel kombineres med ernæringsindsatsen, herunder praktisk madlavning. Dette kunne fx være i form af, at en diætist deltager i en af undervisningsgangene og underviser i ernæring.

### **Fokus i undervisningen**

Det overordnede fokus i undervisningen skal være at styrke borgernes handlekompetence, self-efficacy og deres evne til at mestre sygdommen (1). Mere konkret skal undervisningen bidrage til, at borgeren:

- tilegner sig viden om effekt, årsag og forandringsmuligheder i forhold til den specifikke sygdom
- tilegner sig praktiske færdigheder i at håndtere symptomer, behandling og forebyggelse
- lærer at genkende kroppens signaler på symptomer og forværring af sygdom
- kan omsætte det lærte til hverdagen med kronisk sygdom
- bliver bekendt med mål og effekt af behandling/forebyggende indsats (fx ift. blodtryk, kolesteroltal, vægt m.m.)
- får vejledning i, hvordan han/hun kan indgå i en dialog med sundhedsprofessionelle
- får kendskab til, at kronisk sygdom kan medføre følelses- og identitetsmæssige forandringer.

### **Undervisningsemner**

Med henblik på at opfylde formålet med sygdomsmestring bør følgende emner indgå i undervisningen med det udgangspunkt, at den viden borgerne får, kan bruges handlingsorienteret:

#### ***Sygdommen***

- Undervisning i sygdommen inkl. dens risikofaktorer, sygdomsudvikling samt sygdommens indflydelse på funktionsevnen.
- Dialog omkring mulige psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom, særligt for nydiagnosticerede.

#### ***Sygdomsforværringer***

- Herunder indikationer på forværring eller ændring i sygdomsintensitet inkl. forebyggelse og tidlig behandling heraf.
- Dialog om, hvordan borgeren, eventuelt sammen med pårørende, monitorerer sin tilstand ved hjælp af symptomer, iagttagelser eller relevante målinger. Herunder hvordan borgeren, på baggrund heraf og efter aftale med lægen, kan justere sin behandling.

#### ***Risikofaktorer***

- Undervisning i betydningen af risikofaktorerers skadelige indvirkninger på kroppen og dermed udviklingen (forværring) af sygdommen, samt fordelene ved at ændre vaner.

#### ***Psyko-sociale forhold***

- Hvordan man mest hensigtsmæssigt håndterer daglige fysiske og sociale aktiviteter og udfordringer.
- Gennemgang af mulige psyko-sociale støttemuligheder samt hjælpemuligheder, der er relevante, herunder også information om kontakt til lokale netværkstilbud, fx patientforeninger mv., som kan bidrage til borgerens fastholdelse af opnåede livsstilsændringer og færdigheder.

#### ***Medicin***

- Indeholder brug og forståelse af virkning og bivirkninger af medicin inklusiv forskellen på forebyggende og symptombehandlende medicin.
- Konkret forståelse af medicinens anvendelse f.eks. inhalationsteknik.

**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](#)

### ***Betydningen af indsatser omhandlende fysisk aktivitet og træning***

- Herunder forståelse for, hvad fysisk aktivitet og træning, betyder ved kronisk sygdom.

### ***Betydningen af indsatser omhandlende ernæring***

- Indeholder en forståelse for, hvad sund mad og stabil vægt, herunder forebyggelse af utilsigtet vægttab/vægtstigning, betyder, når man har en kronisk sygdom.

### ***Sygdommen i hverdagen***

- Gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsindskrænkninger (f.eks. energibesparende arbejdsmetoder og muligheder for hjælpemidler), samt borgerens egne erfaringer og forestillinger for fremtiden.
- Håndtering af eventuelle smerter og psykiske konsekvenser ved kronisk sygdom herunder samliv, psykiske reaktioner og seksuelle funktioner.
- Fokus på udvikling af færdigheder til at læse, forstå og anvende sundhedsinformation, kommunikere med sundhedspersonalet, tage beslutninger og aktivt involvere sig.
- Information om tilbud i patientforeninger, sociale netværk samt fra hjemmepleje og plejecenter og kendskab til kommunens tilbud om madudbringning eller hjælp til madlavning i eget hjem mv. (1)

### **Tilrettelæggelse af holdundervisning**

I tilrettelæggelsen af holdundervisningen skal der være opmærksomhed på, at tilbuddet skal tilpasses de specifikke behov og den viden, som den pågældende gruppe borgere har. Undervisningen på hold kan lokalt tilpasses særlige målgrupper f.eks. borgere med anden etnisk baggrund end dansk<sup>2</sup>. Det anbefales, hvis muligt, at hold sammensættes f.eks. ud fra alder eller andre faktorer, som vurderes fagligt relevante, samt at tilbuddet også dækker ydertidspunkterne, så borgere på arbejdsmarkedet har mulighed for at deltage.

Det anbefales endvidere, at undervisningen benytter en differentieret læringsstrategi, stimulerer gruppedynamikken på holdet samt har fokus på deltagerinvolvering, dialog, refleksion og netværksdannelse mellem deltagerne, hvilket uddybes herunder.

### ***Differentieret læringsstrategi***

Differentieret læringsstrategi kan opnås gennem variation i indhold i lektionerne, didaktik og metode, f.eks. deduktiv/induktiv metode, underviser-styret/individ-styret, gruppeopgaver/paropgaver m.v., samt et fokus på læringsmiljø, f.eks. ved at bruge genkendelige/nye aktiviteter.

### ***Stimulering af gruppedynamik***

Stimulering af gruppedynamik sker, når de sundhedsprofessionelle skaber et trygt rum og et formaliseret forum, hvor alle lytter til hinanden. Der skal være plads til mange holdninger og eventuelle forskelligheder skal udnyttes konstruktivt. Alle personer opfattes som ressourcer, og alle har ansvar for egen læring. Gruppedynamikken kan eksempelvis faciliteres gennem åbne og lukkede opgaver, underviser- og individstyrede opgaver, gruppe-, par- og individ-opgaver, samt åbne spørgsmål, som skaber refleksion.

### ***Deltagerinvolvering og dialog***

Deltagerinvolvering sker bl.a. ved præsentation af lektionsformål, forventningsafstemning samt ved, at borgerne har medindflydelse på og i forløbet. Der skal desuden gives plads til borgernes egne fortællinger og erfaringsudveksling med henblik på, at der opleves ejerskab til aktiviteten. Deltagerinvolvering er ikke

<sup>2</sup> Der kan afholdes hold på tværs af byen, dvs. med borgere fra forskellige sundhedshuse, hvis der er behov for dette i forhold til at samle et tilstrækkeligt antal deltagere til et hold.

borgerstyring i den forstand, at den sundhedsprofessionelle står på sidelinjen og udelukkende tillægges rollen som proceskonsulent. Ved deltagerinvolvering vægtes sammenspillet højest, dvs. dialogen mellem borgerne og de sundhedsprofessionelle.

### **Refleksion**

Refleksion faciliteres ved at tage udgangspunkt i borgernes erfaringer, udfordringer, ambivalens og spørgsmål.

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

Den allokerede tid for henholdsvis hold- og individuel undervisning udgør en fleksibel standarddrømme for det samlede tidsforbrug for de to typer undervisning. For hhv. hold- og individuel undervisning er det muligt at planlægge undervisningsgange/samtaler af kortere eller længere varighed, så længe det samlede tidsforbrug overholdes. For begge forløb gælder det, at borgere med tolk har en udvidet tidsramme (som vist i oversigtsskemaet nedenfor).

### **Holdundervisning**

Sygdomsmestring på hold består, som standard, af et undervisningsforløb på 7 gange a halvanden time. Holdet kan inkludere op til 8 borgere.

### **Individuel undervisning**

Et individuelt forløb består, som standard, af en indledende samtale på 75 minutter med tre efterfølgende undervisningsgange på en halv time per gang.

### **Oversigt over tilbuddets maksimale omfang og varighed**

Sygdomsmestring	Holdundervisning	Individuel undervisning
Standard tidsforbrug	7x90 min.	1x75 min. opstart 3x30 min. opfølgning
Standard tidsforbrug med tolk	14 timer i alt 3 timer x 2 i to uger + 2 timer opfølgning	1x90 min. opstart 3x60 min. opfølgning

### **Udslusning**

Hvis ønske og behov findes, kan borgeren opfordres til at deltage i lokale netværksgrupper. Lungeforeningen har en oversigt over lokale KOL-netværksgrupper på deres hjemmeside (7). Hjerteforeningen tilbyder også rådgivning og aktiviteter for borgere med hjerte-karsygdom, bl.a. om emner som søvn, angst og mindfulness. Oversigten over aktiviteterne kan ses på Hjerteforeningens hjemmeside (8).

### **Afslutning af indsatsen og slutnotat**

Når sygdomsmestring afsluttes, har den, som primært har undervist på forløbet, ansvar for at skrive et slutnotat. Slutnotatet indgår i den samlede epikrise, som den forløbsansvarlige sender i forbindelse med afslutningen af borgerens samlede forløb i sundhedshuset. Slutnotatet skal skrives hurtigst muligt efter afslutningen af undervisningsforløbet.

Slutnotatet skal indeholde:

- Kort status for fremmøde

**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](#)

- Vurdering af borgerens udbytte af indsatsen, f.eks. de emner, som borgeren har fået viden om
- Input til handleplan for udslusning og fastholdelse af livsstilsændringer, herunder videreformidling af de opstillede mål, samt hvilke overvejelser borgeren har gjort sig om opfølgning.

## 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 kvalitet

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.

Tilbuddene i sygdomsmestring skal registreres i Suiten/CURA.

## Kompetencer

Der er følgende kompetencebeskrivelse for medarbejdere, der varetager sygdomsmestring:

- Tovholderen for de sygdomsspecifikke holdundervisningsforløb og de medarbejdere, der afholder individuelle undervisningsforløb, skal være sygeplejersker.
- Sundhedspædagogiske kompetencer med særligt fokus på gruppedynamik.
- Viden om den specifikke kroniske sygdom og helhedsbilledet ved at leve med denne sygdom.
- Undervisnings- og vejledningskompetence indenfor kronisk sygdom.

Derudover kan der i forbindelse med tilbuddet om sygdomsmestring inddrages andre kompetencer, som er til stede i sundhedshuset. Det kan fx være kompetencer hos en diætist i forbindelse med undervisning om ernæring eller ergoterapeutiske kompetencer ift. gennemgang af teknikker til at klare sig i hverdagen trods funktionsindskrænkninger (f.eks. energibesparende arbejdsmetoder og muligheder for hjælpemidler).

Alle medarbejdere bør desuden have grundlæggende kompetencer indenfor Den Motiverende Samtale samt en anerkendende sundhedspædagogisk tilgang. Det er grundlaget for, at medarbejderne kan skabe et læringsmiljø, hvor borgeren er i centrum, og hvor borgerens empowerment og self-efficacy styrkes. Det er en meget væsentlig sundhedspædagogisk opgave at udvikle metoder, der både fokuserer på forandringer hos deltagerne i forløbene og på, hvordan man får en gruppe til at fungere optimalt, dvs. skabe rammer for god gruppedynamik.

## Litteraturliste

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

**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](#)



<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx>.

Accessed 9/6, 2016.

(2) Sundhedsstyrelsen. Vidensgrundlag for anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016; Available at:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~media/B46E46AA4A7045368FDC187C1287402E.ashx>.

Accessed 9/6, 2016.

(3) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. 2015; Available at:

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.ashx>.

Accessed 9/8, 2016.

(4) Sundhedsstyrelsen. Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning - en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter. 2005; Available at:

<http://www.sst.dk/~media/2092DEA2E1E84A8B8D6F033C49716D9F.ashx>. Accessed 12/9, 2016.

(5) Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden. Forløbsprogram for KOL. 2015;

Available at: [https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-](https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-download/Documents/RH_Program_KOL_rev_2015.pdf)

[download/Documents/RH\\_Program\\_KOL\\_rev\\_2015.pdf](https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/bilag-og-download/Documents/RH_Program_KOL_rev_2015.pdf). Accessed 12/9, 2016.

(6) Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden. Forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme. 2011; Available at: [https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloepsprogram-for-hjerte-kar/Forloepsprogram_hjertekar_m_grafik.pdf)

[samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloepsprogram-for-hjerte-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloepsprogram-for-hjerte-kar/Forloepsprogram_hjertekar_m_grafik.pdf)

[kar/Forloepsprogram\\_hjertekar\\_m\\_grafik.pdf](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/PublishingImages/Sider/Forloepsprogram-for-hjerte-kar/Forloepsprogram_hjertekar_m_grafik.pdf). Accessed 12/9, 2016.

(7) Lungeforeningen. Lokalfdelinger og netværk. 2016; Available at: [https://www.lunge.dk/region-](https://www.lunge.dk/region-hovedstaden/region-hovedstaden/477)

[hovedstaden/region-hovedstaden/477](https://www.lunge.dk/region-hovedstaden/region-hovedstaden/477). Accessed 9/19, 2016.

(8) Hjerteforeningen. Aktiviteter og tilbud. 2016; Available at:

<https://www.hjerteforeningen.dk/kalender/?region%5B%5D=Hovedstaden>. Accessed 9/19, 2016.

(9) Region Hovedstaden. Patientuddannelse - Teoretisk grundlag og pædagogisk praksis. 2011; Available at:

[https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Teoretiskogpaedagogiskgrundlagokt2011.pdf)

[undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Teoretiskogpaedagogiskgrundlagokt2011.pdf)

[patientundervisere/Documents/Teoretiskogpaedagogiskgrundlagokt2011.pdf](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Teoretiskogpaedagogiskgrundlagokt2011.pdf). Accessed 9/6, 2016.

(10) Region Hovedstaden. Sygdomsspecifik patientuddannelse for KOL. 2011; Available at:

[https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/tvaersektoriel-kompetenceudvikling/Kompetencer-p%C3%A5-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/tvaersektoriel-kompetenceudvikling/Kompetencer-p%C3%A5-tvaers-Patientuddannelse/Documents/Model%20sygdomsspecifik%20patientuddannelse%20KOL2016.pdf)

[tvaers-Patientuddannelse/Documents/Model%20sygdomsspecifik%20patientuddannelse%20KOL2016.pdf](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/tvaersektoriel-kompetenceudvikling/Kompetencer-p%C3%A5-tvaers-Patientuddannelse/Documents/Model%20sygdomsspecifik%20patientuddannelse%20KOL2016.pdf).

Accessed 9/6, 2016.

(11) Region Hovedstaden. Sygdomsspecifik patientuddannelse for hjerte-kar sygdomme. 2012; Available at:

[https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Hjertekarpatientuddannelse.pdf)

[undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Hjertekarpatientuddannelse.pdf)

[patientundervisere/Documents/Hjertekarpatientuddannelse.pdf](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/uddannelse/vidensbank-for-uddannelse/find-inspirations-og-undervisningsmateriale/Sundhedspaedagogik-for-patientundervisere/Documents/Hjertekarpatientuddannelse.pdf). Accessed 9/6, 2016.

(12) 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.

**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

- (13) Sundhedsstyrelsen. Terminologi - Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005; Available at: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/CA0B2ED9165F4C908DB3117BA4764058.ashx>. Accessed 9/6, 2016.
- (14) 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.
- (15) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977 Mar;84(2):191-215.
- (16) Rosdahl G. Effekten af den motiverende samtale. 2009; Available at: [http://www.denmotiverendesamtale.dk/Effekten\\_og\\_Evidensen\\_af\\_Den\\_Motiverende\\_Samtale.pdf](http://www.denmotiverendesamtale.dk/Effekten_og_Evidensen_af_Den_Motiverende_Samtale.pdf). Accessed 9/6, 2016.

## Bilag

### Bilag 1: Baggrundsviden

På baggrund af en øget forekomst af borgere med kronisk sygdom er der de senere år kommet mere fokus på egenomsorg og handlekompetence samt på borgerens egen rolle i behandlingen ift. at forebygge komplikationer (2). Undervisning i borgerens sygdom er derfor en oplagt del af borgerens behandlingsforløb. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man tilbyder borgere med kroniske sygdomme patientuddannelse (sygdomsmestring), da forskning har vist, at interventioner med fokus på ændring af risikofaktorer for f.eks. iskæmisk hjertesygdom kan forsinke eller endog vende progressionen af sygdommen (3).

Sundhedsstyrelsen definerer sygdomsmestring således: "En struktureret sundhedspædagogisk indsats, der støtter borgeren i sin forståelse af livet med en given kronisk sygdom, herunder af den konkrete sygdoms nærmere karakter, behandlings- og forebyggelsesmuligheder samt sygdommens betydning for samspillet med omgivelserne" (1).

Forskning har vist, at undervisning af patienter med hjertekarsygdom kan øge viden hos patienterne samt i de fleste tilfælde sænke blodtryk og blodets kolesterolniveau og øge det fysiske aktivitetsniveau. For patienter med KOL har gruppebaseret undervisning vist sig at øge viden om sygdommen og behandling, samt forbedre praktiske færdigheder, fx i relation til inhalationsteknik og medicinforbrug (4).

I forløbsprogrammet for KOL i Region Hovedstaden beskrives det, at patienter med KOL bør tilbydes sygdomsspecifik patientuddannelse med henblik på at styrke handlekompetence, autonomi og livskvalitet. Borgere med KOL skal have kendskab til sygdommens karakter samt effekten af forebyggelse, behandling og rehabilitering (5). Borgere med hjerte-karsygdom bør ligeledes, ifølge forløbsprogrammet for hjerte-karsygdomme, tilbydes patientinformation, vejledning og undervisning med det formål at øge handlekompetence, fremme patienternes evne til at leve med kronisk sygdom, forbedre livskvaliteten samt øge patienternes viden om og forståelse af følelsesmæssige reaktioner i forbindelse med indlæggelser og sygdom (6).

### 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

**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](https://www.kk.dk/2016-0267494-11)



bl.a. deltagerinvolvering, handlekompetence og viden er centrale elementer (1). Herudover følger de sundhedspædagogiske anbefalinger i denne vejledning Region Hovedstadens rapport vedrørende teoretisk grundlag og pædagogisk praksis i patientuddannelse (9), og Region Hovedstadens anbefalinger for sygdomsspecifik patientuddannelse for hhv. KOL (10) og hjerte-karsygdomme (11).

I indsatsen er det særligt borgerens hverdagsliv, livsstil og krop, der er målet for forandring, og det sundhedspædagogiske fokus er at udvikle borgerens handlekompetencer. Formidling om sygdom og behandling foregår ofte i en medicinsk kontekst, men det lærte skal omsættes i hverdagslivet, hvor meget andet end sundhed og kronisk sygdom betyder noget. Det betyder, at de forskellige biologiske og medicinske parametre (undervisningstemaer) som borgerne i mødet med sundhedsprofessionelle konfronteres med, relateres til den enkelte borgers egne erfaringer. Dette gøres for at give uddannelsesforløbet mening og øge mulighederne for at blive brugt i den enkelte borgers håndtering af symptomer og sygdom.

Viden om læringsprocesser er centralt for uddannelsesforløbenes tilrettelæggelse. Det anbefales, at indtænke forskellige læringsformer i undervisningsforløbet, så indholdet kan omsættes til borgernes dagligdag. Som en del af projekt "Egenomsorg som led i patientundervisning" har DSI udgivet rapporten 'Sociale forandringsfællesskaber. En guide til arbejdet med egenomsorg i patientuddannelser' (12), der kan understøtte den konkrete sundhedspædagogiske tilrettelæggelse af undervisningen.

Formålet med sygdomsmestring 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 egenomsorg, 'Self-efficacy' og 'Empowerment', hvor 'Den Motiverende Samtale' udgør grundstenen, hvilket uddybes herunder.

### **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) (13).

Egenomsorg kan styrkes gennem tre overordnede virkemidler (12):

- 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.

Viden om symptomer, faktorer der påvirker sygdomsudviklingen, behandling og forebyggelse er forudsætninger for en hensigtsmæssig egenomsorg ved kronisk sygdom og for den enkelte persons muligheder for at fastholde nødvendige behandlinger og livsstilsændringer. I sygdomsmestring er det primære fokus at øge borgernes egenomsorg ved involvering inden for følgende områder:

- Behandling af sygdom
- Forebyggelse af sygdomsudvikling
- Leve med sygdom

---

**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](#)

### **Handlekompetence**

Udfoldelse af handlekompetence indebærer, at individet opstiller og realiserer personlige mål eller delmål i delvist uforudsigelige situationer (14).

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 (15).

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 borgeren 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	Borgerens 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 borgerens 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 (13).

### **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 (16).

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 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 handlekompentence, er det en forudsætning for udfoldelse af handlekompentence, 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](#)

