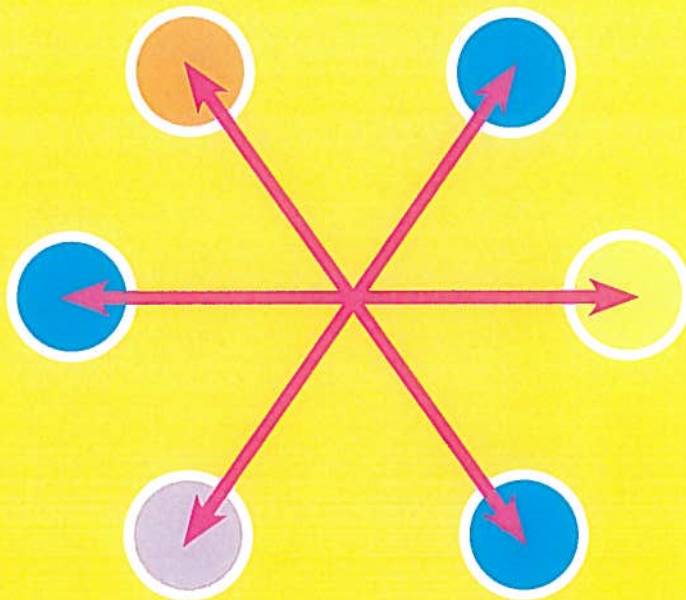


KIM JØRGENSEN (red.)



KOMMUNIKATION
– FOR SUNDHEDSPROFESSIONELLE
3. UDG.

Gads Forlag

Kommunikation – for sundhedsprofessionelle
© 2014 Vibe Hjelholt Baker, Charlotte Bredahl, Regner
Birkelund, Bent Falk, Trine Ungermann Fredskild, Birgitte
Hansson, Anita Holm Riis, Ulla Houborg, Iben Jensen,
Kim Jørgensen, Lone Jørgensen, Dea Kehler Sadeghnia og
Gads Forlag


Projektledelse: Birthe Kamp Nielsen
Forlagsredaktion: Janne Lyngaa
Omslag: Grazyna Schindler
Prepress og tryk: Narayana Press

ISBN: 978-87-12-05019-3

3. udgave, 1. oplag

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner,
der har indgået aftale med COPY-DAN, og kun inden for
de i aftalen nævnte rammer. Det er tilladt at citere med kil-
deangivelse i anmeldelser.



 Nye bøger fra Gads Forlag

Tilmeld dig vores nyhedsbrev på www.gad.dk
og få information om nye bøger.

Indhold

Forord	9
Redaktør og forfattere	11
1 Kommunikation i sundhedsvæsenet	15
<i>Af Kim Jørgensen</i>	
Begrebet kommunikation	15
Kommunikation er middel til at leve op til kravene om kvalitet	15
Sundhedspersonalets kommunikation i praksis skal udvikles	16
Sundhedspersonalets forpligtelser	19
Hvad vil det sige at forstå?	28
At blive patient	29
Referencer	32
2 Kommunikation i et dialogisk perspektiv	35
<i>Af Anita Holm Riis og Regner Birkelund</i>	
Indledning	35
Dialog som en særlig form for samtale	37
Dialog og den fælles sag	48
Et dialogisk perspektiv på metode	49
Afslutning – et samfundskritisk perspektiv	56
Referencer	57
Noter	58
3 Kommunikation i sundhedssektoren – en udfordring i korte kontakter?	61
<i>Af Lone Jørgensen</i>	
Indledning	61
Sammenhængende patientforløb set ud fra forskellige perspektiver	62

Information i korte og standardiserede forløb	70
Empatisk og dialogbaseret kommunikation	76
Afslutning	81
Referencer	82
4 Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar	87
<i>Af Kim Jørgensen</i>	
Aktiv lytning	87
Det nonverbale sprog	88
Det verbale sprog	91
Gensvarsmodeller	95
Referencer	100
5 Velfærdsteknologiske løsninger i den sundhedsprofessionelle kommunikation	101
<i>Af Trine Ungermann Fredskild</i>	
Indledning	101
Et velfærdsdanmark under pres	102
Definition af velfærdsteknologi og beslægtede begreber	103
Teknologi som middel til at opretholde de nuværende velfærdstilbud	105
Telemedicinske løsninger til kommunikation med borgerne	106
Hvad synes brugere og personale?	106
Teknologi og omsorg	107
Velfærdsteknologiske løsninger – hvor langt er vi?	108
Kommunikation og velfærdsteknologi	109
Kommunikation ved hjælp af velfærdsteknologi – det psykiatriske område	110
Memoplanner – digital struktur på hverdagen	112
Mobilize Me – et hjælpemiddel til børn unge og voksne med kognitive forstyrrelser	112
Kommunikation ved hjælp af velfærdsteknologi – det somatiske område	113
Den telemedicinske KOL-kuffert	114
Sår-I-Syd – kommunikation fra hjemmepleje til speciallæge	114
Apps – det nye velfærdsteknologiske indsatsområde?	115

Sundhedsprofessionel kommunikation og velfærdsteknologi – fordele og ulemper	116
Afslutning	117
Referencer	118
6 Den professionelle relation	123
<i>Af Birgitte Hansson</i>	
Professionel kommunikation	123
Tre typer af relationer mellem professionel og patient	124
Områder, der hindrer, og områder, der fremmer relationen	130
Når patientens værdier og præferencer skal integreres i beslutninger	135
Referencer	141
7 Fælles beslutningstagning	145
<i>Af Charlotte Bredahl og Vibe Hjelholt Baker</i>	
Introduktion	145
Modellen fælles beslutningstagning	145
Begrundelsen for fælles beslutningstagning	146
Fælles beslutningstagning – en enkelt metode i en større bølge af patientinddragelse	148
I dybden med modellen for fælles beslutningstagning	151
Modellen i praksis	153
MAGIC	157
Fælles beslutningstagning: dialoger i praksis	159
Begrænsninger for fælles beslutningstagning	161
Referencer	163
8 Den sundhedspædagogiske samtale med forældre og børn	167
<i>Af Ulla Houborg</i>	
Indledning	167
Sundhedspædagogisk arbejde	168
Seks temaer i den sundhedspædagogiske dialog	177
Referencer	186

9 Forebyggende samtaler	189
<i>Af Dea Kehler Sadeghnia</i>	
Introduktion til forebyggende samtaler	189
Forebyggende samtaler i teoretisk perspektiv	193
Den motiverende samtale	201
Motivationsbegrebet	202
Motivationsteori	204
Ethiske aspekter i den forebyggende samtale	211
Referencer	213
10 Den svære samtale med patienten	215
<i>Af Bent Falk</i>	
Indledning	215
Den fænomenologisk-eksistentielle samtale	217
Afsluttende bemærkninger	236
Referencer	236
11 Den postkulturelle samtale	239
<i>Af Iben Jensen</i>	
Sundhedsprofessionelles udfordringer med kultur	240
Forfatterens grundlæggende antagelser	241
Refleksionsredskaber til bedre kommunikation	245
Sprog og tolkning	248
Et postkulturelt perspektiv	249
Referencer	259
Indeks	263

Kapitel 8

Den sundhedspædagogiske samtale med forældre og børn

AF ULLA HOUBORG

Indledning

Kommunikation er samtale. Dét at tale indebærer altid at tale om *noget*, i dette tilfælde sundhed. Samtalen om sundhed foregår i sundhedspædagogisk sammenhæng mellem én, der ved mere om sundhed, og én eller flere, der ved mindre om sundhed, men til gengæld mere om sig selv. Udfordringen er, at den, der ved mere om sundhed, skal formidle sin merviden til den anden for den andens skyld. Intentionen med samtalen bliver hermed pædagogisk; midlet er samtalen, mens formålet altid vil være, at den anden udvikler handlingskompetence til at handle sundhedsfremmende og forebyggende i forhold til egen sundhed og sygdom. Sundhedspædagogisk kommunikation adskiller sig fra anden kommunikation ved, at der er et *klart formål* forstået på den måde, at den anden skal blive i stand til at vælge og handle i relation til egen sundhed og sygdom.

Forebyggelse og sundhedsfremme og dermed den sundhedspædagogiske samtale skal ifølge folkesundhedsprogrammet „Sund hele livet“ og „Sundere liv for alle“ være en del af tilbuddene såvel i kommuner som på hospitalet (Regeringen 2002; Regeringen 2013/14; Kamper-Jørgensen 2009). Eksempler på dette er: styrkelse af egenomsorg hos mennesker med diabetes og rehabilitering af patienter med KOL på sundhedscentre (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL 2010), „rygestopbasen“ på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler (Tønnesen 2012), og forebyggende besøg til ældre over 75 i hjemmet (Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold 2010).

I dette kapitel præsenteres en sundhedspædagogisk humanistisk tilgang til samtalen med fokus på forældre og børn. Med sundhedspædagogisk tilgang menes, at kontakten baserer sig på at inddrage forældres og børns perspektiv i dialogen, således at deres opfattelser og ressourcer får indflydelse på resultatet af samtalen. Målet er derfor ikke at få den anden til at gøre, som man siger,

men derimod at hjælpe den anden til at udvikle egen handlekompetence i forhold til sundhed og evt. sundhedssvigt (Jensen 2009). I den humanistiske tilgang forstås individer som personer, og mennesket tillægges en værdi i sig selv (Schnack 2006). Den sundhedsprofessionelle må derfor både være opmærksom på sit førstehåndsindtryk og på forforståelsens betydning, ikke blot for den relation, der skal etableres, men også for den måde, mennesket bliver mødt på. For uddybning af hermenutik henvises til kapitel 2.

Sundhedspædagogik tager udgangspunkt i børns og forældres aktuelle livssituation og har deltagelse som et vigtigt omdrejningspunkt. Deltagelse og medinddragelse er en ret ifølge FN's børnekonvention art. 13, som omtaler, at børn har ret til oplysning og ytringsfrihed (FN 1989).

Sundhedsplejersker arbejder ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger „Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge“, som også lægger op til, at medinddragelse er vigtig i den sundhedspædagogiske dialog. Forældre og børn skal ydes en sundhedsfremmende og forebyggende indsats både i eget hjem, i grupper og på folkeskoler. Derudover skal sundhedsplejersken bistå personalet i dagtilbud med rådgivning og vejledning om almen sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse (Sundhedsstyrelsen 2011).

Sygeplejersker på børneafsnit arbejder ligeledes med den medinddragende dialog, fordi forældre og børn derved får ejerskab til såvel behandlingen som rehabiliteringen (Houborg 2005c).

Sundhedspædagogisk arbejde

Sundhedsstyrelsen skriver i bogen „Terminologi“, at sundhedspædagogik er baseret på dialog; at borgere skal støttes i at træffe sunde, informerede valg; at sundhedspædagogik skal tage udgangspunkt i borgernes aktuelle livssituation; at det fordrer deltagerindflydelse, og at formålet er at fremme sundhed gennem udvikling af handleevne. Sundhedsstyrelsens definition af sundhedspædagogik lyder:

„Pædagogik, der formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme mellem professionelle og patienter eller andre borgere og dermed fremmer sundhedsrelaterede aktiviteter.“

(Sundhedsstyrelsen 2005a, s. 52).

Denne definition sætter viden i fokus, men viden skal gøres handlingsorienteret (Jensen 2009). Det kan ske gennem en kommunikationsform, som rummer *aktiv lytning, feedback, systemisk-refleksive spørgsmål* og *metakommunikation*. Disse begreber uddybes s. 176-177. Gennem denne dialog øges

viden og indsigt i sundhedsproblemets effekt og årsager samt i de individuelle forandringsstrategier og visioner (ibid.). Sundhedspædagogik kendetegnes derfor ved en ligeværdig tovejskommunikation i modsætning til sundhedsoplysning, der benytter envejskommunikation (Sundhedsstyrelsen 2005a).

Fordelen ved at arbejde sundhedspædagogisk som supplement til andre arbejdsmåder ligger i høj grad i at undgå at give gode råd uden at lytte til menneskers egen oplevelse af det aktuelle problem. Det kan virke handlingsslammende at få disse råd, når ens egne idéer og aktuelle livssituation ikke medinddrages gennem deltagelse. Derved kan der opstå en følelse af ikke at blive set, hørt og forstået. Denne følelse kan svække selvtillid og selvværd. Det er uheldigt, fordi begge dele er vigtige for udvikling af handlekompetence (Jensen 2009; s. 224).

I samtalen er det vigtigt først at afdække den andens forståelse af problemet, fordi kimen til løsningen ofte ligger her. Den professionelle stiller cirkulærer og refleksive samt lineære spørgsmål og lytter intenst, søger at opnå fælles forståelse og formidler derefter den tilpassede efterspurgte viden til barn og forældre (Jensen og Johnsen 2009).

I praksis betyder det, at man i samtalen skal være mere nysgerrig på den andens perspektiv end på sit eget.

Udfordringen i den sundhedspædagogiske samtale kan illustreres meget enkelt:

„En mor giver sit barn skemad, lang tid før barnet er klar til det, på trods af at sundhedsplejersken gentagne gange har forklaret hende, hvor uhensigtsmæssigt det er for barnet. Sundhedsplejersken spørger irriteret sig selv: „Hvorfor gør hun dog ikke, som jeg siger?“

Måske skyldes situationer som denne, at sundhedsprofessionelle ofte ubevidst indtager en ekspertholdning og dermed kommer til at envejskommunikere ud fra deres egne relevanskriterier og ikke ud fra dét, den anden har brug for. Den danske filosof Steen Wackerhausen mener, sundhedsprofessionelle gør det, fordi de i deres professionsidentitet er socialiseret til en særlig „spørgekultur“ i kommunikationen, som ikke helt kan rumme andre værdiopfattelser og grundantagelser (Wackerhausen 2002).

Målet i den sundhedspædagogiske samtale er ikke at få forældrene til at gøre, som man siger. Målet er derimod at få fx denne mor, som giver skemad for tidligt, til at reflektere over, hvad der får hende til at gøre det. Efter denne refleksion handler hun måske anderledes. Gør hun ikke, har man givet hende en chance for at reflektere og blive mere handlekompetent, fordi hun er blevet mere bevidst i forhold til sine valg og handlinger. For at sikre denne bevidst-

gørelse kan sundhedsplejersken inddrage de seks temaer, som præsenteres på side 177, i dialogen. Moderens personlige mål og valg, viden, erfaringer samt muligheder skal i spil. For at kunne det må den sundhedsprofessionelle have en viden om begreberne motivation, medinddragelse, handlekompetence, sundhed og kommunikation. Disse foldes derfor ud og relateres til casen i de følgende afsnit.

Motivation

Motivation kan forklares ud fra et biologisk, psykologisk og filosofisk perspektiv (Albertsen 1999). I dette kapitel vælges *motivational systems theory* skrevet af psykologen M. Ford som teorigrundlag (Ford 1992), fordi han opfatter motivation som en interaktion mellem menneskets målsætninger, forventninger og emotioner. Målsætningerne er sammenhængende med forventninger om egne ressourcer og ressourcer i omverdenen. Derfor påvirkes de af den personlige livshistorie, den konkrete situation, man er i, og den større sammenhæng, man befinder sig i. Målene er også hierarkiske: Mennesket har langsigtede mål, som leder handlingerne mere overordnet (livsmål) og delmål, som ligger i forlængelse af disse (Albertsen 1999; Ford 1992.). At finde frem til de aktuelle personlige mål er derfor en udfordring, fordi de hele tiden kan ændre sig. Menneskets livsmål er rimeligt stabile, men delmålene, som hænger sammen med situationen, forandrer sig konstant.

Moderen i casen skal derfor gives mulighed for at fortælle sundhedsplejersken, hvordan hendes valg hænger sammen med hendes personlige interesser og mål, den konkrete situation samt den større sammenhæng, hun aktuelt er i. Måske kan en sådan øget bevidsthed gøre, at moderen bliver motiveret til at tage en ny beslutning.

Denne bevidstgørelse er imidlertid ikke nok, fordi moderens følelsesmæssige vurdering af situationen „overskygger“ hendes motivation og dermed hendes handlinger. Ifølge Ford er emotioner og motivation næsten sammenfaldende. Det skyldes, at alt, hvad man opfatter, „farves“ af det limbiske system i hjernen. Dermed hænger alt, hvad man planlægger og gør, sammen med, hvordan vi følelsesmæssigt evaluerer situationen. Emotioner er ikke kun et vedhæng til de højere mentale funktioner, men en integreret del af tænkning og handling (ibid.). Følelser skal derfor også frem i dialogen. Oplevelse af sårbarhed og usikkerhed kan være følelser, som hindrer moderen i casen i at håndtere situationen trods egne klare mål. Måske synes omgivelserne, at det er en god idé med skemad, og da hun har brug for deres anerkendelse, gør hun, som de siger.

Sundhedsplejersken kan i denne situation via en anerkendende tilgang tale med moderen om hendes styrker i moderrollen, fordi bearbejdede forestillinger og dermed følelser i forhold til egne ressourcer og ressourcer i omverdenen ifølge Ford effektivt kan ændre følelser og dermed forventninger til egen formåen (Albertsen 1999; Houborg 2012).

„Den anerkendende tilgang i kommunikationen er motiverende. Med anerkendelse menes, at man primært italesætter dét, der fungerer for personen; hvis noget kunne være anderledes, formuleres det som et alternativ.“ (Sørensen 2008).

Ifølge Ford er der et tæt samspil mellem mål, emotioner og forestillinger om egne ressourcer og ressourcer i omverdenen. Hvert element kan blokere for motivationen. Blokeringen kan fx opstå, hvis moderens mål, emotion og forestillinger ikke peger i samme retning (Ford 1992; Albertsen 1999).

Sundhedsplejersken må derfor i samtalen med moderen huske, at motivation ikke er statisk, men en dynamisk proces, som er under konstant forandring. Moderens målsætning, følelser og forventninger skal i spil, hvilket betyder, at de skal italesættes og anerkendes i dialogen. Disse faktorer påvirker nemlig gensidigt hinanden og er tilsammen afgørende for, om motivationen bliver omsat til handling (Christensen og Albertsen 2002; Houborg 2012).

Deltagelse

Ifølge Simovska er deltagelse kernebegrebet i den sundhedspædagogiske samtale, fordi sundhedspædagogik tilhører den kritiske pædagogik, hvor dannelse er målet (Simovska 2012). Med dannelse menes, at den lærende bliver kritisk tænkende og handlende. Derudover ligger der i dannelse, at den lærende ikke kun skal tilegne sig viden, men også udvikle kriterier for, hvordan og hvornår denne viden skal bruges. Tilpasning derimod er kendetegnet ved, at den lærende tilegner sig viden fra bøger, nettet og undervisning uden at udvikle evnen til at forholde sig kritisk og til at bedømme, hvordan og hvornår denne viden skal bruges (Schnack 2006).

Ud over den dannende, demokratiske eller opdragende begrundelse, som bunder i ønsket om aktive borgere, der skal være i stand til at påvirke deres egen sundhed, er der også en etisk begrundelse. Den etiske begrundelse for medinddragelse bygger på det faktum, at den sundhedspædagogiske samtale handler om forældrenes og barnets sundhed og trivsel. Derfor er det oplagt, at de skal involveres gennem deltagelse.

Endnu en begrundelse for deltagelse er relateret til WHO, som definerer sundhed som en tilstand af „[...] fuldstændig fysisk, mental og social velvære – og

ikke kun fravær af sygdom og svaghed" (Jensen 2009, s. 222). I denne definition lægges op til værdien af subjektets velvære. Velvære kan ikke måles, og derfor må forældre og børn involveres, da kun de ved, hvad sundhed og velvære er for dem. Dette understøttes af WHO's nyeste betænkning „Health 2020“, som formulerer den globale strategi for udvikling af sundhedsområdet. I strategien fremhæves deltagelse som en overordnet værdi, der understøtter visionen for sundhed i år 2020. „At styrke deltagelse“ udgør én af strategierne i de seks hovedmål (World Health Organization 2011). Man kan således argumentere for, at medinddragelse altid er central. Uanset om målgruppen for en sundhedsfremmende praksis består af børn, unge, voksne eller ældre, og uanset om der fokuseres på de underprivilegerede, de marginaliserede, børn og forældre med særlige behov, kronisk syge eller mennesker med forskellig etnisk, kulturel eller religiøs baggrund, så vil forudsætningen altid være den samme.

Den sidste begrundelse for deltagelse er pædagogisk. Der eksisterer generel evidens for, at målgruppens egen involvering øger sandsynligheden for, at der udvikles ejerskab til dét, der arbejdes med, uanset om det er et traditionelt sundhedstema som overvægt, eller det drejer sig om mere generelle aspekter af „det gode liv“ (Simovska 2012; Simovska og Carlsson 2012; Green og Tones 2010; Jensen 2005; Tones og Tilford 2001 Rosendahl G 2013).

Forældres og børns deltagelse kan ske ved dialog og i konkrete handlinger. Dette uddybes under de seks sundhedspædagogiske temaer, s. 178. Formålet med medinddragelse gennem deltagelse er at øge forældres og børns handlekompetence i forhold til deres sundhed, hvorfor dette begreb uddybes i næste afsnit.

Handlekompetence

Handlekompetence har mange definitioner. Mogensen har defineret handlekompetence som en personlig kapacitet bestående af evne til, i den konkrete situation, at forstå problemerne i det miljø, de er opstået i, at se handlemulighederne samt vælge og handle reflekteret og ansvarligt derudfra (Mogensen 1993).

Jensen definerer handlekompetence ved at dele begrebet op i flere delkompetencer:

- ♦ Viden/indsigt: Bred, positiv og handlingsrettet forståelse af sundhed, herunder indsigt i forandringsstrategier.
- ♦ Engagement: lyst til at involvere sig i forandringsprocesser i et dynamisk samfund.

- ♦ Visioner: Evnen til at kunne gå „bag om“ og tænke kreativt og visionært.
 - ♦ Handleerfaringer: Konkrete erfaringer med at indgå individuelt og kollektivt forandrende i demokratiske processer og overveje, hvorledes barrierer overvindes.
 - ♦ Kritisk sans: Drage egne konklusioner og tage beslutninger.
 - ♦ Selvtillid, selvværd og samarbejds- og formuleringsevne.“
- (Jensen 2005, s. 80-83; 2009, s. 223-224)

Med delkompetencerne *viden* og *indsigt* menes, at den aktuelle sundhedsviden udvikles gennem dialogisk refleksion over effekten af sundhedsproblemet, årsagerne hertil, egne mulige forandringsstrategier og alternativer, således at viden bliver handlingsrettet (side 182).

Delkompetencerne *engagement* og *visioner* er meget personlige kompetencer, der både er afhængige af arv og miljø. Med miljø forstås den støtte, opvæksten har for udvikling af kompetencerne. Den kan støttes igennem en medinddragende dialog, fordi dét at blive set og hørt virker følelsesmæssigt stimulerende og dermed motiverende for såvel engagement som visioner.

Delkompetencen *handleerfaringer* er afhængig af alder, miljø, personens evne til refleksion og til at ville involvere sig og få erfaringer. Denne kompetence kan også støttes i en medinddragende dialog, hvor der reflekteres over, hvordan der tidligere er handlet, hvorfor, og hvad der kan læres af det.

Delkompetencen *kritisk sans* er evnen til at analysere situationer, så alle vinkler og mulige løsninger vurderes. Det er en intellektuel kompetence, som kan stimuleres gennem dialog, fordi den støtter refleksion.

Delkompetencerne *selvværd* og *selvtillid* er individuelle kompetencer, der grundlægges i barndommen gennem mødet med anerkendende forældre. Barnets selvværd udvikles gennem anerkendelse af dets umiddelbare væren, helt uafhængigt af, hvad barnet kan, og hvordan det ser ud. Selvtillid udvikles, når barnet oplever, at det gentagne gange kan gøre noget, som omgivelserne værdsætter (Stokkebæk 2007). De to begreber hænger selvfølgelig sammen, da det er svært at turde gøre noget, hvis man ikke føler, man er noget værd i sig selv. Selvværd og selvtillid er vigtig for udvikling af handlekompetence, fordi begge dele er grundlag for udvikling af de andre delkompetencer.

Hvis moderen ikke tror på sig selv og ikke synes, hun er noget værd, engagerer hun sig måske ikke i at få afprøvet sine handlemuligheder, og dermed får hun ikke så mange handleerfaringer. Hun forfølger måske ikke sine visioner, og hun indgår måske heller ikke i diskussioner, som udvikler hendes kritiske sans. Hun betvivler nemt sin egen viden og indsigt, hvilket kan medføre, at hun søger eksperterens viden, som hun måske ikke kan bruge,

fordi hun ikke stiller nok uddybende spørgsmål. Dermed bliver viden ikke bearbejdet i relation til netop hendes situation.

Delkompetencen *samarbejds- og formuleringsevne* er tæt forbundet med selvværd og selvtillid, fordi det er nødvendigt at tro på sig selv og føle, at man er noget værd, for at turde udtrykke sig og indgå i fællesskaber med andre.

Handlekompetence er en kompleks kompetence, som ovenstående redegørelse viser. Den udvikles og forandrer sig i samspillet mellem personen og omgivelserne livet igennem. Derfor er den også kontekstafhængig. Det komplekse og det kontekstafhængige illustreres i nedenstående case:

En nybagt mor har læst meget om amning, men hun har endnu ikke indsigt i, hvad der skal til, for at det lykkes for hende. Når der opstår problemer, ved hun noget om de årsags-sammenhænge, der står i bøgerne. Men hun har ikke indsigt i, hvorfor det netop bliver et problem for hende. Det må hun reflektere over, så hun kan ændre sine handlinger. Men hvordan skal hun forandre sine handlinger? I bøgerne står kun, hvordan man kan gøre generelt. Derfor må hun reflektere over, hvilke strategier hun med fordel kan benytte sig af. Her kommer hun til at bruge sine tidligere erfaringer med at forandre i andre sammenhænge. Men måske slår det ikke til? Det kan skyldes, at handlekompetencen er afhængig af situationen, hvilket betyder, at denne mor, en glimrende forretningskvinde, som forstår at udnytte skiftende økonomiske konjunkturer, ikke er i stand til at klare at amme sit nyfødte barn.

Moderen i casen ønsker at amme sit barn, for at det kan forblive sundt. Sundhedsplejersken ønsker at støtte amningen af samme årsag. Men er det sundt at amme? Det er det ifølge anbefalingerne på området. Men hvad er sundhed egentlig? Det er vigtigt at afklare i den sundhedspædagogiske samtale, fordi sundhed skal ses i sammenhæng med, hvilke værdier moderen handler ud fra. Hvad er sundhed og det gode liv for hende? Sundhedsbegrebet bredes ud i det efterfølgende afsnit.

Sundhedsbegrebet og den sundhedspædagogiske samtale

Der er flere bud på sundhedsbegrebet. I sundhedsvæsnet tilstræber man at arbejde ud fra WHO's brede og positive sundhedsbegreb, som er beskrevet på side 172. Fundamentet i begrebet er således de to dimensioner: livskvalitet og fravær af sygdom. At det er bredt, betyder, at sundhed opfattes som noget, der har med både levevilkår og livsstil at gøre.

„Dette skal ses i modsætning til et snævert sundhedsbegreb, der udelukkende fokuserer på sundhed som noget, der forbindes med livsstil, adfærd og individuelle handlinger. At begrebet er positivt betyder, at sundhed opfattes

som tilstedeværelse af noget af dét, der gør livet værd at leve. Dette skal ses i modsætning til et negativt sundhedsbegreb, hvor det handler om at undgå at sige 'nej tak' og vælge fra."

(Wistoft 2009, s. 53).

I den sundhedspædagogiske samtale med den ammende mor betyder det, at de levevilkår, som er rammer for hendes liv, altid skal medinddrages i dialogen, ellers er der kun en minimal chance for, at der sker ændringer i måden at amme på.

Det står klart, at børn er helt afhængige af deres forældre og dermed af, hvordan forældrene forvalter forælderrollen. Det vil sige, i hvilken grad forældrene hører, ser og forstår deres barn, men også af hvilken mad de køber, hvilken bolig de har osv. Et barns levevilkår er grundlæggende bestemt af forældrenes levevilkår og forvaltning af forælderrollen; derfor skal forældre altid medinddrages i en sundhedspædagogisk intervention.

Det åbne sundhedsbegreb

Et sundhedsbegreb, som er brugbart i den sundhedspædagogiske samtale, lægger stor vægt på, at mor og barn reflekterer sig frem til deres ægte mål. Wackerhausen kalder det for „det åbne sundhedsbegreb“. Wackerhausen definerer det åbne sundhedsbegreb

„som subjektets kontekstuelle handlekapacitet, forstået som relationsforholdet mellem subjektets mål (værdier), livsbetingelser og „kropsbundne“ (psykiske og fysiske) handlefærdigheder.“

(Wackerhausen 2005, s. 43).

Begrebet er hverken sundhedsfundamentalistisk eller sundhedsrelativt, fordi det gøres personligt gennem dialogen. Med fundamentalistisk menes, at sundhed er fastsat af systemet; det kunne fx være WHO's sundhedsbegreb. Med relativt menes, at alt er sundt, bare man har det godt. Pointen i relation til sundhedsfremme er, at den sundhedsprofessionelle i dialogen må blotlægge den enkelte mors ægte, selvvalgte, personlige mål for at kunne støtte hende i hendes sunde valg – dog med det forbehold, at valgene ikke skader barnet og hende selv.

Hvis det er moderens kontekstuelle handlekapacitet, som afgør graden af hendes sundhed, bliver det vigtigt, at hun kan få viden og erfaring til at blive til kunnen. Endvidere er det vigtigt, at moderen kan sætte sig mål, som hænger sammen med hendes livsbetingelser, og at hendes mål er ægte, dvs. selvvalgte mål. Det er derfor igennem dialogen, at det fastsættes, hvad

sundhedsbegrebet indeholder for hende. Hvis det ikke sker, bliver det åbne sundhedsbegreb hult og ubrugeligt (Wackerhausen 2005, s. 66). Den sundhedspædagogiske samtale kan derfor med fordel tage afsæt i Wackerhausens sundhedsbegreb, da han giver et bud på, hvordan den sundhedsprofessionelle i dialogen må anstrenge sig for at forstå den andens perspektiv. Det åbne sundhedsbegreb er, i modsætning til sundhedsfundamentalismen eller WHO's sundhedsbegreb, karakteriseret ved åbenhed og loyalitet over for den enkeltes mål og livsbetingelser. Det betyder i henhold til Wackerhausen, at de sundhedsprofessionelle skal forstå moderens perspektiv og dermed sætte hendes forforståelser i spil, før de overhovedet tænker på at formidle deres viden (Wackerhausen 1997). At kunne dette, kræver, ud over sundhedspædagogisk indsigt, nogle kommunikative redskaber, som jeg kort vil præsentere i det følgende.

Kommunikative redskaber

I den sundhedspædagogiske samtale er aktiv lytning helt grundlæggende for at opnå forståelse for den andens perspektiv. *Aktiv lytning* er kendetegnet ved at forholde sig nysgerrigt undersøgende til moderen gennem åbne spørgsmål, som ikke kan besvares med et ja eller nej (kapitel 4). Et andet kendetegn er, at man holder pauser, nikker og har øjenkontakt, så moderen føler sig set, hørt, forstået og ikke mindst får mulighed for at reflektere (Eide og Eide 2007).

Når man ønsker refleksion, er spørgsmål, der begynder med *hvordan* og *hvad*, mere hensigtsmæssige end *hvorfor*, fordi de er langt mere procesorienterede og samtidig handlings- og erfaringsorienterede. *Hvorfor* lægger mere op til forklaringer (bortforklaringer), historier eller formodninger (ibid.).

Der er forskel på at spørge den ammende mor: „Hvorfor får du ikke hvilet dig?“ og spørge: „Hvad skal der til, for at du får hvilet dig?“ I første spørgsmål vil moderen forsvarer sig med, at hun har travlt, eller beklage sig over manglende hjælp. I det andet spørgsmål vil hun blive tvunget til at reflektere mere, og hun vil svare, at hun måske ikke prioriterer sin tid så godt og heller ikke beder om hjælp. En refleksion er i gang.

Refleksionerne kan yderligere støttes gennem bevidst vekslen mellem lineære, cirkulære, og refleksive spørgsmål i et fortids-, nutids- og fremtidsperspektiv. Den ammende mor, der sidder med barn nummer to, og ikke rigtig kan få det til at fungere, kan spørges cirkulært: „Hvordan gik amningen med dit første barn?“ eller førstegangsmoderen kan spørges: „De aftner, hvor amningen fungerer, hvad kendetegnede dem?“. Pointen er at sætte refleksioner i gang, så moderen kan se, at situationerne ikke er ens, og hun måske ved at se på fortiden kan blive klogere på, hvad der skal til nu og i fremtiden for at

få det til at fungere bedre. At spørge til mange perspektiver tager afsæt i systemteori, der er kendetegnet ved, at alt påvirker hinanden. Målet er at støtte moderens indsigt i egen situation, hvilket kan øget hendes handlekompetence i situationen. Kommunikation består dog ikke kun af cirkulære spørgsmål. Der er også brug for lineære eller faktaspørgsmål for at danne et helt billede af situationen. Moderen kan spørges: „Hvor mange gange lægger du barnet til?“ efterfulgt af et refleksivt spørgsmål: „Kunne det være en idé at lægge til lidt oftere om aftenen?“ (Hornstrup 2005; Houborg 2012).

Et andet vigtigt redskab er *feedback*. Pointen er, at man fortæller, hvad man ser, hører, føler, tænker, tolker og råder til. Sundhedsplejersken kunne fx sige: „Jeg tænker på, hvem der vil hjælpe dig.“ Moderen overvejer og fortæller en masse om hvem, der kunne osv. Næste feedback kan så være: „Jeg hører, du er mest tryk ved din mor?“ Samtalen fortsætter, og pointen er, at moderen får tænkt meget over, hvad hun vil og ikke vil, uden at hun får gode råd.

I den dialogiske feedbacksamtale sender sundhedsplejersken primært *jeg-budskaber* i stedet for *du-budskaber*. Derved bliver hun mere *anerkendende*. Anerkendelsen ligger i, at sundhedsplejersken fortæller moderen, hvad hun tænker, ser eller føler, og ikke, hvad moderen skal gøre (Alrø og Kristiansen 2007; Houborg 2012).

For uddybning af kommunikationsbegreber henvises til kapitel 1. For afklaring af magt og positionerings betydning for kontakten henvises til kapitel 6 og 7.

Efter denne korte introduktion til de vigtige begreber i den sundhedspædagogiske samtale bliver overskrifterne for de følgende afsnit de seks temaer, som den sundhedsprofessionelle kan bruge for at støtte udviklingen af familiens handlekompetence.

Seks temaer i den sundhedspædagogiske dialog

De seks sundhedspædagogiske temaer er udviklet til et etårigt udviklingsprojekt på børneafsnittet ved Glostrup Hospital i 2003-2004 (Houborg 2005a). I projektet var læring gennem undervisning, kollegial skygning og supervision på arbejdspladsen i fokus. Evalueringen af projektet dokumenterer, at især sygeplejerskerne, men også lægerne, er blevet mere opmærksomme på at lytte til forældrenes perspektiv, forhandle fælles forståelse og kun formidle det, der er behov for (Houborg 2005b; 2012). Denne sundhedspædagogiske metode undervises der i på specialuddannelsen til sundhedsplejerske, fordi de studerende derved øves i at inddrage forældrene og børnene.

Seks sundhedspædagogiske temaer

1. Inddragelse af forældrenes og barnets perspektiv
2. Opnåelse af fælles forståelse af problemet
3. Formidling af efterspurgt viden
4. Efterprøvning af forældrenes og barnets forståelse af vejledningen
5. Perspektivskift fra sundhedssvigt til trivsel og sundhed
6. Inddragelse af forældre og barn i handlingerne.

Under første tema præsenteres en case omhandlende et overvægtigt barn og dets mor. Under de efterfølgende fem temaer udvikler casen sig. Hvert tema vil starte med denne udvikling, således at læseren både kan se sammenhængen, og at et tema ikke kan stå alene.

Valget af et overvægtigt barn skal opfattes som eksemplarisk. Der kunne lige så godt være valgt et barn med fx diabetes, da det er samme temaer, der skal i spil i dialogen med barn og forældre, når handlekompetencen skal støttes.

Tema 1 Inddragelse af forældrenes og barnets perspektiv

Sundhedsplejersken skal tale med Sofie og hendes mor. Sofie er overvægtig, det er hendes mor også. Sundhedsplejersken kender ikke familien, men hun har indkaldt dem, fordi skolelæreren synes, det er et problem, at Sofie har nutellamadder, pizzaslices og kakaomælk med i madpakken.

Udfordringen i denne samtale er i første omgang at få afdækket opfattelsen af problemet. Er Sofies og hendes mors perspektiv på overvægten et andet end sundhedsplejerskens? Det kunne tænkes, fordi de har forskellige mål, viden, indsigt, erfaringer og værdier i deres levede liv. Denne antagelse bygger på en hermeneutisk-fænomenologisk tankegang, som betyder, at alle har deres egen fortolkning af dét, de oplever og ser i verden (Lindelof 2004; 2011; Nicolaisen 2011).

Sundhedsplejersken kan dog ikke „fjerne“ sit perspektiv, men hun må være meget opmærksom på, at hun har det, og udforske Sofies og moderens perspektiv gennem åbne cirkulære og reflektive *hvordan*-spørgsmål i et fortids- og fremtidsperspektiv samt være meget lyttende. At spørge har to funktioner. For det første får sundhedsplejersken et bredere perspektiv på det problem, hun skal hjælpe familien med. For det andet får Sofie og hendes mor gennem refleksion en større viden og indsigt i deres problem, hvilket er væsentligt for udvikling af handlekompetence (Jensen 2009; Houborg 2012).

Det er ikke kun dét, sundhedsplejersken spørger om, der er væsentligt for dialogen. Hendes *kropssprog* afspejler hendes holdning, fordi kropssproget er stærkere end det verbale sprog (Eide og Eide 2007).

Det er uheldigt, hvis sundhedsplejersken tænker: „Barnet er overvægtigt, det er, fordi moderen ikke køber ordentlig mad.“ Denne tankegang udspringer af det smalle sundhedsbegreb, som er kendetegnet ved, at det kun er livsstilen eller hvordan Sofie spiser og motionerer, der fokuseres på. Levevilkårene, hvor mange penge de har til indkøb af mad, og hvor megen tid de har sammen, medtænkes ikke. I det brede, åbne sundhedsbegreb kan Sofies livsstil og levevilkår ikke adskilles, derfor skal muligheder og begrænsninger i Sofies og moderens levevilkår undersøges i dialogen.

Sofie og moderen vil nok undre sig over de mange spørgsmål omkring deres hverdagsliv. Derfor er det vigtigt, at sundhedsplejersken fortæller, hvorfor hun spørger. Det kaldes at *metakommunikere*, eller at man kommunikerer om kommunikationen (Lauvås og Handal 2006). Dialogen kan ødelægges, hvis Sofies og hendes mors forventninger om hjælp nu og her ikke opfyldes. En god dialog kræver „gennemsigtighed“ eller metakommunikation undervejs – ikke kun under dette tema, men gennem alle seks temaer. Udbyttet øges, fordi det giver overblik for begge parter. Det er også tillidsvækkende og professionelt.

Sundhedsplejersken kan fx indlede med at sige: „Jeg spørger meget, fordi jeg gerne vil høre mere om jeres problem, før vi snakker løsninger.“ Derefter sætter sundhedsplejersken fokus på moderens og Sofies oplevelser af deres problem gennem åbne spørgsmål, pauser og nonverbale tilkendegivelser af, at hun lytter. Når problemerne foldes ud, ændres de måske lidt. Noget bliver vigtigere end andet.

Spørgsmål som: „*Hvordan* oplever du det?“ giver Sofie mulighed for at fortælle om alt, der berører problemet. Måske fortæller Sofie, at hun føler sig mindre værd i kammeratskabsgruppen. Følelsen af lavt selvværd og ringe selvtillid er et problem, som ofte rammer overvægtige børn (Ørntoft og Madsen 2005). Sofies mor får også via *hvordan-* og *hvad-*spørgsmål mulighed for at uddybe, hvordan hun ser problemet. For eksempel hvordan hendes travle hverdag styrer hendes indkøb. Hvordan hun er tynget af bekymring over, at Sofie ikke har så mange kammerater osv. Først når hele problemet i sin kompleksitet er undersøgt, kan sundhedsplejersken gå videre til at forhandle en fælles forståelse med Sofie og hendes mor.

Tema 2 Opnåelse af fælles forståelse af problemet

Sundhedsplejersken mener nu, hun har fået afdækket familiens opfattelse af problemet. Sofies overvægt hænger sammen med deres opfattelse af sundhed, fordi familien ser dét at have det godt med at spise pizza og drikke kakao som en væsentlig del af at „have det godt“. Men Sofies mor udtrykker også, at overvægten ødelægger et andet element i hendes opfattelse af sundhed, nemlig venskaber. Derfor tror sundhedsplejersken, at Sofie og hendes mor kan blive motiveret til ændringer. Netop fordi deres værdier og mål i relation til flere venskaber er så vigtige. Der er nogle udfordringer, fordi moderen kommer sent hjem, ikke tjener så meget og ikke er så målrettet, når hun køber ind. Sundhedsplejersken vil afklare, om Sofie og hendes mor har samme opfattelser.

Dette tema er det vigtigste i den sundhedspædagogiske samtale, fordi grundlaget for et konstruktivt samarbejde er en fælles forståelse af, hvor skoen trykker, og hvad der er årsagerne til dette.

En fælles forståelse er vigtig, fordi man handler ud fra sin forståelse eller dét, der giver mening (Wackerhausen 1997). Det er svært at opnå fuldstændig fælles forståelse, fordi alle har forskellige perspektiver afhængigt af den individuelle socialisering. Wackerhausen reflekterer over dette problem og skriver: „Det vigtigste er, at vi i første omgang stiller os selv det spørgsmål: Hvem er det, som skal forstå, og hvad er det, som skal forstås?“ (Wackerhausen 1997, s. 15). Hans pointe er, at hvis sundhedsplejersken ikke forstår forældrenes og barnets perspektiv, er det lige meget med hendes eget perspektiv, for det kan de nemlig ikke bruge til noget.

Forældrenes perspektiv hænger sammen med deres socialisering, deres viden og værdier og derfor med de mål, de sætter sig i forbindelse med ændring af adfærd. Det er altafgørende, at dialogen afklarer, hvad forældrenes og barnets ægte mål er (side 184).

En vigtig pointe i de to første temaer er, at det grundlæggende menneskelige behov for at blive set, hørt og forstået opfyldes, når forældrenes og barnets forståelse, mål og værdier hele tiden er i centrum. Dermed øges motivation og drivkraft, som er tæt forbundet med de følelsesmæssige oplevelser (Albertsen 1999; 2001).

Kommunikation omkring den fælles forståelse kræver nogle redskaber. *Feedback* er et bud, der giver sundhedsplejersken mulighed for yderligere at spørge om dét, hun mener, hun har hørt, set, følt og tænkt. Derved aktiveres Sofies og hendes mors refleksioner: Er det sådan, jeg mente? Nej, jeg mener ...? Eller: „Ja, det er sådan mit problem er.“

Eksempel på feedback til Sofies mor:

„Jeg hører, du mener, der er en klar sammenhæng mellem Sofies mistrivsel og de få kammerater?“

„Jeg tænker, der er sammenhæng mellem din datters ringe tro på sig selv og hendes overvægt?“

Eksempel på feedback til Sofie:

„Jeg føler, at du vil gøre meget for at få en god kammerat?“

Eksempel på feedback til begge:

„Jeg tænker, jeres madvalg hænger sammen med mange ting? (Pause). Travlhed? (Pause). Hygge? (Pause). Konflikter?“

Feedback som redskab er et bud på at forhandle fælles forståelse frem. De andre redskaber i kommunikationen kan også bruges. Pointen er at få evt. forskellige opfattelser frem, før der formidles efterspurgt viden.

For fortsat at skabe gennemsigtighed og struktur i samtalen metakommunikerer sundhedsplejersken igen, før hun går til næste tema. Hun kan fx sige: „Jeg vil nu spørge ind til, hvad I ved, og hvordan I ser det i en sammenhæng“.

Tema 3 Formidling af efterspurgt viden

Sofie, hendes mor og sundhedsplejersken har nu samme opfattelse af problematikken: Sofie trøstespiser, især når hun er alene, og det er hun ofte, da hendes mor kommer sent hjem. Sofie er ked af, at hun har så få kammerater. Hun mener, det skyldes, at hun er tyk og ikke kan løbe så hurtigt. Moderen kan se, at Sofie ikke er glad, og hun vil gøre meget for, at hun bliver det. Derfor har hun indtil nu købt dét, Sofie bedst kan lide at spise. Hun har ikke tænkt så meget på, om det var sundt.

Dette tema drejer sig ikke blot om formidling af den viden, der er behov for, men også om at gøre den handlingsrettet.

Umiddelbart ser det ud til, at moderen kunne bruge viden om, hvilke fødevarer der er sunde og hvorfor. Det ser også ud til, at Sofie mangler viden om, hvorfor hun skal spise gulerødder frem for nutellamadder. Denne tilgang til vidensformidling er ifølge Jensen (2009) meget almindelig. Sundhedsprofessionelle formidler megen naturvidenskabelig, passiv viden, hvor der med „passiv“ menes formidling af viden om, hvilken effekt livsstilen har. For eksempel hvorfor kroppen bliver fed ved manglende motion, eller hvorfor maden feder, når den indeholder for meget sukker. Denne viden er vigtig, men kan if. Jensen ikke stå alene, fordi den ikke er handlingsrettet. For at viden kan blive handlingsrettet, skal de fire dimensioner af sundhedsviden i spil i dialogen:

- * Viden om effekter: Hvor meget kan jeg spise, når jeg sidder stille?
 - * Viden om årsager: Hvorfor og under hvilke omstændigheder tager jeg på?
 - * Viden om forandringsstrategier: Hvilke positive handleerfaringer har jeg?
 - * Viden om alternativer: Hvilke mål drømmer jeg om?"
- (Jensen 2009).

I forhold til Sofie og hendes mor kunne hver dimension rumme følgende:

Viden om effekter: I dialogen indebærer denne dimension, at sundhedsplejersken undersøger, hvilken naturvidenskabelig viden Sofie og hendes mor har om effekten af fed, sukkerholdig mad og manglende bevægelse. Når det er afklaret, formidler sundhedsplejersken kun den viden, som Sofie og hendes mor ikke har, men gerne vil have. Det er ifølge Jensen og Johnsen (2009) vigtigt at gøre viden efterspurgt, ellers bliver den ikke hørt. Formidling af efterspurgt viden støtter handlekompetencen, fordi selvtilliden stiger, når man inddrages. Hvis det ikke lykkes at gøre viden efterspurgt, kan det have en demotiverende effekt, fordi det medfører negative følelser at blive opfattet som ikke kompetent (Albertsen 1999).

Viden om årsager: I dialogen indebærer denne dimension, at sundhedsplejersken undersøger, hvilke vilkår i Sofies hverdagsliv, der gør hende overvægtig. Får hun fx dækket sit behov for nærhed med sin primære omsorgsperson eller med de jævnaldrende? Eller er den fede mad for let tilgængelig?

Viden om forandringsstrategier: I dialogen afklarer denne dimension, hvordan Sofie mestrer, når der opstår problemer. Hendes positive erfaringer skal frem, fordi der er en følelsesmæssig gevinst ved at blive opmærksom på det, man kan. Sofies muligheder for støtte hos moderen og andre skal også frem. Sofie kan derved blive mere klar over, hvordan hun i hverdagen kan sætte sig realistiske mål.

Viden om alternativer: Denne dimension indebærer, at Sofies livsmål og drømme kommer frem. Sofie drømmer måske primært om at blive en populær pige i klassen? At tale om sine visioner kan øge motivationen, fordi de bygger på ens følelser om det ultimative gode liv. Visioner eller drømme er overordnet de andre dimensioner. Her ligger motivationen til Sofies og hendes mors svære livsstilsændring.

Tema 4 Efterprøvning af forældrenes og barnets forståelse af vejledningen

Sundhedsplejersken har nu formidlet den viden, der var behov for omkring mad og bevægelse. Hun har også lagt en plan sammen med Sofie og hendes mor, som fokuserer på, hvordan de konkret kan ændre deres hverdag, så Sofie får færre kalorier og mere bevægelse ind i sin hverdag, hvordan moderen kan støtte hende, hvordan Sofie selv kan tackle fristelserne, og hvordan hun kan få mere kontakt med sine klassekammerater. Det har nemlig vist sig igennem samtalen, at der er sammenhæng mellem Sofies overvægt og de manglende kammerater. Nu vil sundhedsplejersken efterprøve, hvad Sofie og hendes mor har haft glæde af at reflektere over, og hvilke pointer samtalen har rummet for dem.

I efterprøvningen af den konkrete vejledning kan sundhedsplejersken bruge to strategier. *Den ene strategi* er at få Sofie og hendes mor til at fortælle, hvad de har fået ud af samtalen, og hvordan de konkret vil gå hjem og håndtere det. Fordelen ved denne måde er, at sundhedsplejersken får en usminket evaluering af samtalen. Derved kan hun vurdere behov for opfølgning. Der er også den fordel, at Sofie og hendes mor nemmere får ejerskab til idéerne og bliver motiveret ved selv at italesætte deres udbytte. Ideologien bag denne tilgang er, at kun de, der har problemet, ved, hvad de har fået med sig fra samtalen (Rosendahl 2013, s. 13).

Den anden strategi er, at sundhedsplejersken opsummerer, hvad de er kommet frem til i samtalen. Fordelen er at give Sofie og hendes mor en mulighed for at høre, hvad der er talt om, hvad der er vejledt i, og hvordan de skal komme videre herfra. Helt konkret kunne sundhedsplejerskens spørgsmål udforme sig som følgende.

„Vi har nu afklaret problemet, som I ser det. I ser Vi har også talt om problemet, som jeg ser det. Jeg ser (pause med mulighed for gensvar). Vi har talt om årsagssammenhænge, som er (pause med mulighed for gensvar). Vi har talt om, at I nu er mere opmærksomme på (pause med mulighed for gensvar), og jeg har vejledt jer i at (pause med mulighed for gensvar). Vi har talt om jeres mål og handlemuligheder i hverdagen, som er (pause med mulighed for gensvar). Planen er derfor (pause med mulighed for gensvar). Hvad siger I til det?“

Pointen ved begge tilgange er, at de viser, hvad Sofie og hendes mor kan bruge af vejledningen. Hvis sundhedsplejersken erfarer, at Sofie og hendes mor ikke har fået ret meget med sig fra samtalen, må hun indgå i en forhandling om, hvornår der følges op på samtalen. Sundhedsplejersken skal også være opmærksom på, at Sofie og hendes mor måske har fået mere med sig, end

der lige formuleres, fordi de efterfølgende reflekterer over det, der er talt om. Dette kan underbygges af den norske psykolog Tom Andersens teori om „pausernes“ betydning for den reflekterende samtale (Andersen 2006).

Nu er den strukturerede sundhedspædagogiske samtale afsluttet, men undervejs skal endnu to temaer medtænkes. De bredes ud i de to følgende afsnit.

Tema 5 Perspektivskift fra sundhedssvigt til trivsel og sundhed

Sofie og hendes mor har nu en plan over, hvad de vil gå hjem og ændre, og de har en ny aftale med sundhedsplejersken, fordi der skal følges op på de mål, de har sat sig. Begrundelsen er, at der ofte sker mange tilbagefald, før en reel livsstilsændring lykkes (Due og Holstein 2009). Den sundhedspædagogiske samtale kan rumme dette, fordi den bygger på refleksion over: „Hvor er du nu med dit problem og liv? Hvad har du erfaret? Hvilke nye delmål vil du arbejde hen imod“? Derfor er det vigtigt med en samtalepartner, som kan støtte, motivere og hjælpe med at tilrettelægge ændringerne, så der sker en langsom positiv udvikling. Igennem samtalen med Sofie og hendes mor har sundhedsplejersken også fokus på et perspektivskift fra sygdom (overvægt) til sundhed, hvor sundhed forstås som følelsen af at kunne noget selv og sammen med andre (Houborg 2005c).

Wackerhausens åbne sundhedsbegreb er hensigtsmæssigt at tage afsæt i, når der ønskes et perspektivskift fra sygdom til sundhed, fordi sundhed og dermed også sygdom i denne definition ikke er konstant, men afhængig af det enkelte menneskes opfattelse. Det er en subjektiv opfattelse, som er mulig at afklare i dialogen, da den er så tæt knyttet til det enkelte menneskes mål, handlekapacitet og dermed autonomi. I dialogen kan sundhedsplejersken undersøge, hvad Sofies og hendes mors ægte mål er. Med *undersøge* menes en refleksion, som understøtter en rationel og kritisk stillingtagen. Et *ægte mål* udspringer, i modsætning til et uægte mål, fra Sofies og hendes mors egne værdier og valg. Ægte mål er også kendetegnede ved at være gennemtænkte, realistiske og etisk acceptable, forstået som at de ikke påvirker andres sundhed og velvære. Måske er Sofies ægte mål ikke at tabe sig, men at blive mere aktiv sammen med skolekammeraterne. Handlinger til dette mål er ikke en ændring af kosten, men en ændring af vaner omkring aktivitet og samvær med kammeraterne. De ressourcer, der ligger i, at Sofie og hendes mor gennem dialogen formulerer deres egne ægte mål, er en grundidé i den sundhedspædagogiske samtale. Målet er netop at støtte Sofies og hendes mors handlekapacitet. I handlekapacitet er levevilkår og handlefærdigheder implicite, da en sund person besidder handlefærdigheder i forhold til givne mål under givne livsbetingelser (Wackerhausen 2005).

Konkret kan sundhedsplejersken fx sige: „Jeg spørger selvfølgelig ind til det problematiske i at være overvægtig og det svære i at ændre det, men jeg spørger også til, hvad der er positivt, og hvilke mål og muligheder I har.“

Derved viser sundhedsplejersken, at hun vil inddrage det sunde perspektiv, og ikke kun sygdom (overvægt). Denne inddragelse er imidlertid også relevant i forhold til konkrete handlinger.

Tema 6 Inddragelse af forældre og barn i handlingerne

Medinddragelse i dialogen har gjort, at Sofie og hendes mor har følt sig lyttet til, forstået og hjulpet til at sætte realistiske, ægte mål. Et af målene er, at Sofie og hendes mor en gang om ugen køber ind og laver mad sammen. Hvorfor er det en god idé?

Det er en god idé, fordi Sofie og hendes mor derved kan handle sig til handlekompetence. Erfaringerne udvikles gennem såvel handlingerne som deres indbyrdes dialog omkring dét, de gør. Herved opnår de en „tavs“ kundskab, som er knyttet til dét at kunne noget i situationen. Det betyder, at deres erfaringer bliver til kundskaber, som de kan anvende, og færdigheder, som de er i stand til at udføre. Dette udvikler handlekompetencen (Saugstad 2009).

Målet for en sundhedspædagogisk samtale

I den sundhedspædagogiske samtale er målet, at forældre og børn gennem inddragelse af deres ressourcer og livsomstændigheder udvikler personlige kompetencer til at vælge og handle i relation til deres sundhed.

Sundhedspædagogik tilhører den kritiske pædagogik, fordi medinddragelse, forstået som inddragelse i dialog, beslutninger og handlinger, er bærende i denne tilgang. Målet i kritisk pædagogik er, at „eleverne“ bliver dannede, forstået som kritisk tænkende og handlende. Derudover ligger der i dannelsen, at „eleverne“ ikke kun tilegner sig viden, men også udvikler kriterier for, hvordan og hvornår denne viden skal anvendes (Schnack 2006).

I relation til Sofie og hendes mor kan det siges meget enkelt. Målet er ikke at overtale dem til at gøre, som sundhedsplejersken umiddelbart skønner, ville være hensigtsmæssigt i forhold til den viden, der er omkring negative konsekvenser af overvægt. Målet er at få Sofie og hendes mor til at gøre dét, de beslutter sig for. Denne beslutning bliver kvalificeret i dialogen med sundhedsplejersken ud fra de seks sundhedspædagogiske temaer.

Referencer

- Albertsen K 1999. Motivation for forandring af sundhedsvaner – Et sundhedspædagogisk perspektiv med fokus på unge og rygning. Ph.d.-afhandling. Psykologisk Laboratorium. Det humanistiske Fakultet, Københavns Universitet, s. 12-67.
- Albertsen K 2001. Handlekompetence som begreb i sundhedspædagogik og forskning. *Psyke og Logos*; 22(2), s. 751-770.
- Alrø H, Kristiansen M 2007. Et dialogisk perspektiv. I: Nielsen MS, Rom G (red.). *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. København: Munksgaard, s. 199-254.
- Andersen T 2006. Reflekterende samtaler; min version. I: Eliassen H, Seikkul J. *Reflekterende processer i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen U, Albertsen 2002. Teorier om dannelse og forandring af livsstil. I: Iversen L, Lund R, Christensen V (red.). *Medicinsk sociologi: Samfund, sundhed og sygdom*. København: Munksgaard, s. 210-223.
- Due P, Holstein B 2009. Sundhedsadfærd. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB (red.). *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. udg. København: Munksgaard Danmark, s. 209-218.
- Eide T, Eide E (red.) 2007. Spørgsmål og aktiv lytting. I: *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. udg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 266-284.
- FN's Konvention om Barnets Rettigheder 1989. Konventionens ordlyd kan bl.a. findes på www.menneskerettighed.dk og på www.unicef.dk
- Ford M 1992. *Motivating Humans – Goals, Emotions, and Personal Agency Beliefs*; Sage Publications Inc.
- Green J, Tones K 2010. *Health Promotion: Planning and Strategies*. Thousand Oaks, Canada: Sage.
- Hornstrup C 2005. Spørgsmålstyper der skaber gode dialoger og sproglige forbindelser. I: Winther Jensen A et al. *Systemisk ledelse – den reflekseive praktiker*. København: Dansk Psykologisk Forlag, s. 58-78.
- Houborg U 2005a. Nye roller og opgaver i forældrekontakten. *Sygeplejersken*; 23, s. 34-35.
- Houborg U 2005b. Projekt rapport. Nye roller og opgaver i forældrekontakten – udvikling af kommunikative og sundhedspædagogiske kompetencer i børneafdelingen, s. 1-25. Lokaliseret på www.ucviden.dk/portal-metropol/files/8563028/Projekt rapport.pdf
- Houborg U 2005c. Kommunikation. I: Bondesen A, Jørgensen G. *Børn og unge sundheds- og sygepleje*. København: Munksgaard Danmark, s. 199-217.
- Houborg U 2012. *Sundhedspædagogik i møder med småbørnsforældre*. I: Rasmussen J, Samberg V. *Sundhedspleje. Et fag i forandring*. København: Munksgaard, s. 143-162.
- Indenrigs og Sundhedsministeriet, Danske regioner, KL 2010. *Beskrivelse af rehabiliteringsindsatsen – organisering og indsatsen i kommunerne og regionerne*.
- Jensen BB 2005. Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskellige paradigmer? *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*; 3, s. 67-87.

- Jensen BB 2006. Handlekompetence, sundhedsbegreb og sundhedsviden. I: Hounsgaard L, Eriksen Juul J. Læring i sundhedsvæsenet. København: Gyldendal, s. 191-212.
- Jensen BB 2009. Sundhedspædagogiske kernebegreber I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB (red.). Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udg. København: Munksgaard Danmark, s. 220-235.
- Jensen TK, Johnsen TJ 2009. Sundhedsfremme i teori og praksis: en lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser. 2. udg. Århus: Philosophia, s. 15-50, 124-150.
- Kamper-Jørgensen F 2009. Det forebyggende sundhedsarbejde-internationale og nationale udviklinger. I: Kamper-Jørgensen F, Almind, G, Jensen BB (red.). Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udg. København: Munksgaard Danmark, s. 43-66.
- Lauvås P, Handal G 2006. Samtale om samtalen I: Vejledning og praksisteori. Århus: Forlaget Klim, s. 269-276.
- Lindelof A 2004. Holdninger til overvægt går i arv. Sygeplejersken; 40, s. 38-43.
- Lindelof A 2011. Unge taler helst ikke om væggtab. Ph.d.-afhandling, Aarhus Universitet. Lokaliseret 31.03.2014 på www.dr.dk/sundhed/dinsundhed/Vaegttab/Artikler/2011/1101115753.htm
- Ministeriet for Børn, Ligestilling og Integration og Sociale Forhold 2010. Forebyggende hjemmebesøg. Lokaliseret 31.03.2014 på www.sm.dk/Temaer/socialt-omraader/%C3%86ldre/forebyggende-arbejde/forebyggende-hjemmebesog/Sider/Start.aspx
- Mogensen F 1993. „Vi må oprette noget“, skrev pigen. I: Jensen BB, Schnack K (red.). Handlekompetence som didaktisk begreb. København: Danmarks Lærerhøjskole, s. 31-51.
- Nicolaisen P 2011. Fedme er også et socialt problem. Univers, Aarhus Universitet. Lokaliseret 31. 03.2014 på www.au.dk/univers/nyhed/artikel/fedme-er-ogsaa-et-socialt-problem/
- Regeringen 2002. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundhed 2002-10. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Regeringen 2013/14. Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. Lokaliseret på www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Nationale-maal-jan-2014.aspx
- Rosendahl G 2013. Den motiverende samtale i teori og praksis. 1. udg. 1. oplag. København: Munksgaard Danmark s. 15-35, s. 153-161.
- Saugstad T 2009. Erfaring, erfaringspædagogik og situeret læring I: Saugstad T, Mach-Zagal R (red.). Sundhedspædagogik for praktikere. 3. udg. København: Munksgaard Danmark, s. 169-183.
- Schnack K 2006. Handlekompetence. I: Bisgaard JN (red.). Pædagogiske Teorier. 4. udg. København: Forlaget Billesø og Baltzer, s. 15-30.
- Simovska V 2012. Deltagelse: Et nøglebegreb, princip og strategi inden for sundhedspædagogik og sundhedsfremme. I: Simovska V, Magne Jensen J (red.). Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. København: Gads Forlag, s. 85-105.

- Simovska V, Carlsson M 2012. Evidensbaseret praksis: Dilemmaer og udfordringer. I: Simovska V, Magne Jensen J (red.). Sundhedspædagogik i sundhedsfremme. København: Gads Forlag, s. 281-295.
- Stokkebæk A 2007. Psykologi – Udviklingspsykologi. 2. udg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 341-349.
- Sundhedsstyrelsen 2011. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2005) Terminologi Forebyggelse, Sundhedsfremme Folkesundhed. 1. udg. 1. oplag København: Sundhedsstyrelsen.
- Sørensen JB 2008. Støt mestring – bryd mønstre. 2. udg. Frederikshavn: Dafolo, s. 165-232.
- Tones K, Tilford S 2001. Evaluation research. I: Health Promotion, effectiveness, efficiency and equity. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd, s. 149-188.
- Tønnesen H 2012. Rygestopbasen, World Health Organization – Collaborating Centre (WHO-CC) på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler. Region Hovedstaden. Lokaliseret 24.3.14 på www.bispebjerghospital.dk/topmenu/Nyt+og+Presse/Nyhedsarkiv/Arkiv+2012/Rygestopbasen-modtagerbevilling.htm
- Wackerhausen S 1997. Kommunikation, forståelse og handling. Et filosofisk perspektiv. I: Elsass P, Olesen F, Henriksen S (red.). Kommunikation og forståelse. Århus: Philosophia, s. 15-36.
- Wackerhausen S 2002. Humanisme, professionsidentitet og uddannelse – i sundhedsområdet. København: Hans Reitzels Forlag, s. 51-75.
- Wackerhausen S 2005. Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme. I: Juul Jensen U, Fuur Andersen P (red.). Sundhedsbegreber: filosofi og praksis. 2. udg. Århus: Philosophia, s. 43-73.
- World Health Organisation 2011. The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Lokaliseret 24. 3.14 på www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/147724/wd09E_Health2020_111332.pdf
- Wistoft K 2009. Sundhedspædagogik, viden og værdier. København: Hans Reitzels Forlag, s. 25-69.
- Ørntoft Kiær J, Madsen B 2005. Overvægt. 21 børn og unge skriver om overvægt. Kroghs Forlag.