

# Kandidatspeciale

Mona Holkmann Jacobsen

## Kommunikationsanalyse af patientundervisning



Vejleder: Hanne Ruus

Institut: INSS, DANSK

Afleveret: Juli 2008

## Forord

Specialet er udarbejdet på Københavns Universitet inden for studieretningen Dansk. Specialet analyserer og undersøger kommunikationen i patientundervisning på et enkelt patientuddannelsesforløb. Analysen fokuserer specielt på, hvordan de sundhedsprofessionelle undervisere søger at motivere patienterne via kommunikationen.

Specialets case er fra en Hjerterehabileringsafdeling på et hospital i hovedstadsområdet. Såvel patienter som personale er anonymiseret i specialet, og alle har skriftligt indvilliget i deltagelse. Uden personalets og patienternes velvillighed havde dette speciale ikke været muligt, og jeg ønsker derfor at rette en tak til afdelingens personale og patienter for at lukke mig inden for og give mig et spændende indblik i patientundervisningen samt for at være åbne, engagerede og behjælpelige i hele processen.

Jeg vil også rette en tak til min bror, Johan Holkmann Jacobsen, for illustrationen til forsiden.

Til sidst skal det nævnes, at det ikke er muligt for offentligheden at få del i specialets bilagsmateriale på grund af dets følsomme karakter.

# Indholdsfortegnelse

<b>1.0 INDLEDNING</b>	<b>5</b>
1.1 SAMARBEJDSPARTNERE – NYE ROLLER OG NYE OPGAVER	6
1.2 PATIENTUNDERVISNING PÅ PATIENTUDDANNELSER	6
1.3 PROBLEMFOMULERING	8
<b>2.0 TEORI</b>	<b>10</b>
2.1 KORT OM PATIENTUNDERVISNING PÅ PATIENTUDDANNELSE	10
2.1.1 DEFINITION AF PATIENTUNDERVISNING PÅ PATIENTUDDANNELSE	10
2.1.2 PATIENTUDDANNELSE – KORT HISTORISK OVERSIGT	11
2.1.3 FORMÅL, OPBYGNING OG INDHOLD	12
2.2 EN AKTIV SAMARBEJDSPARTNER MED EGENOMSORG	14
2.2.1 HVAD ER EGENOMSORG?	14
2.2.2 MENNESKESYNET BAG EGENOMSORG	15
2.2.3 INVOLVERING AF PATIENTEN – EN AKTIV SAMARBEJDSPARTNER	16
2.3 TEORI OM MOTIVATION OG FORANDRINGSKOMMUNIKATION	16
2.3.1 HVAD ER MOTIVATION?	17
2.3.2 GRUNDLÆGGENDE MOTIVATIONSTEORI	17
2.3.3 MOTIVATIONSSAMTALEN	19
2.3.4 SELF-EFFICACY	27
2.3.5 BAG OM MOTIVATIONSARBEJDE OG FORANDRING	27
2.3.5.1 Antagelser bag motivationsarbejde	27
2.3.5.2 Health-belief modellen	28
2.3.5.3 Diffusion of Innovation	29
2.3.5.4 Stages of Change	30
2.3.6 FORANDRINGSKOMMUNIKATION	32
2.4 TEORI OM UNDERVISNING DER SKAL MOTIVERE	33
2.4.1 UNDERVISNING AF VOKSNE - GENEREL LÆRINGSTEORI	33
2.4.2 UNDERVISNING AF PATIENTER - SUNDHEDSPÆDAGOGIK OG DIDAKTIK	34
2.4.2.1 Patientcentreret kommunikation	35
2.4.2.2 Roller i patientundervisning	36
2.5 OPSAMLING OG SAMMENFØJNING	37
<b>3.0 METODE</b>	<b>38</b>
3.1 DISKURSANALYSE	38
3.1.1 KRITISK DISKURSANALYSE	40
3.1.2 DISKURSPSYKOLOGI	42
3.1.3 KONVERSATIONSANALYSE	44
3.1.4 TRANSSKRPTIONSKONVENTION	45
3.1.5 MIN SAMMENSÆTNING OG BRUG AF METODE	45
3.2 OPERATIONALISERING	47
3.3 CASEN	48
3.3.1 VALG AF CASEN	48
3.3.2 AFGRÆNSNING AF CASE OG INDSAMLINGSMETODE	48
3.3.3 EMPIRIENS BESTANDDELE	49

<b>3.3.4 MIN EGEN ROLLE</b>	<b>50</b>
<b>4.0 ANALYSE</b>	<b>52</b>
<b>4.1 BESKRIVELSE OG ANALYSE AF CASENS KONTEKST</b>	<b>52</b>
4.1.1 PATIENTENS KONTAKT MED AFDELINGEN	52
4.1.2 UNDERVISNINGSKONTEKSTEN	53
4.1.3 CASENS FORMÅL OG SUCCESKRITERIER	54
<b>4.2 ANALYSE AF EKSEMPLER</b>	<b>55</b>
4.2.1 EKSEMPEL 1	55
4.2.2 EKSEMPEL 2	59
4.2.3 EKSEMPEL 3	60
4.2.4 EKSEMPEL 4	61
4.2.5 EKSEMPEL 5	64
4.2.6 EKSEMPEL 6	66
4.2.7 EKSEMPEL 7	67
4.2.8 EKSEMPEL 8	69
4.2.9 EKSEMPEL 9	71
<b>4.3 DELKONKLUSION</b>	<b>73</b>
<b>4.4 GRUPPEDYNAMIK</b>	<b>77</b>
4.4.1 AKTIVERING AF GRUPPEN	78
4.4.2 BRUG AF GRUPPEDYNAMIK	81
<b>4.5 DELKONKLUSION</b>	<b>82</b>
<b>4.6 UNDERVISERENS ROLLE</b>	<b>85</b>
4.6.1 EKSPERTEN	85
4.6.2 RÅDGIVEREN	87
4.6.3 COACHEN	88
<b>4.7 DELKONKLUSION</b>	<b>89</b>
<b>5.0 DISKUSSION</b>	<b>91</b>
<b>5.1 DISKUSSION OG REFLEKSION OVER TEORI OG METODE</b>	<b>91</b>
<b>5.2 DISKUSSION OG REFLEKSION OVER ANALYSENS RESULTATER</b>	<b>92</b>
<b>5.3 LISTE MED HANDLEANVISNINGER OG FORSLAG TIL FORBEDRINGER</b>	<b>93</b>
<b>6.0 KONKLUSION</b>	<b>95</b>
<b>7.0 PERSPEKTIVERING</b>	<b>99</b>
<b>8.0 ABSTRACT - COMMUNICATION IN PATIENT EDUCATION</b>	<b>101</b>
<b>9.0 LITTERATUR</b>	<b>102</b>

## 1.0 Indledning

Vi lever længere og længere – udviklingen inden for det medicinske felt har ført til bedre behandling af flere sygdomme. Det betyder til gengæld, at flere skal leve med deres sygdom(me).

Alene i Danmark anslås det, at omkring 1-1.5 millioner mennesker har en eller flere kroniske sygdomme (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: 6). Samfundet har derfor både en interesse i og et ansvar for at tage hånd om mennesker med en kronisk sygdom, således at de kronisk syge kan indgå i samfundet på bedst mulige måde til gavn for dem selv og samfundet.

Det ses bl.a. i regeringens sundhedsprogram, *Sund hele livet*, hvor der er sat fokus på en række af de kroniske sygdomme – type 2 diabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser samt KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) (2002: 34).

Kronisk sygdom betyder for mange, at de skal lære at leve på en anden måde, og det påvirker deres liv fysisk, psykisk og socialt. I *Sund hele livet* (2002: 35) karakteriseres et af de vigtigste elementer i indsatsen som patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v.

Der skal altså ikke blot fokuseres på primær og sekundær forebyggelse, men også tertiær forebyggelse<sup>1</sup>, dvs. forebyggelse når patienten er blevet syg, så en forværring af eksisterende sygdom undgås og funktionsevne opretholdes. Dette kan fx være gennem rehabilitering eller patientundervisning.

Ved langvarige og kroniske sygdomme er det derfor vigtigt at sikre patientens egenomsorg og ansvar for eget helbred, således at patienten kan bevare helbredet bedst muligt længst muligt. Det betyder, at der kommer mere fokus på patientens rolle i sundhedssektoren, og at patienten gerne skulle indgå i samspillet med sundhedssektoren som en aktiv samarbejdspartner.

---

<sup>1</sup> Primær, sekundær og tertiær forebyggelse defineres på følgende måde:

- Primær forebyggelse: Indsatser, der har til formål at forhindre, at sygdom overhovedet opstår.
- Sekundær forebyggelse: Indsatser/tidlig opsporing, der har til formål at finde borgere med de første tegn på udvikling af sygdom for efterfølgende at intervenere med henblik på at stoppe udvikling af sygdommen.
- Tertiær forebyggelse: Indsatser, der har til formål at forebygge forværringer af sygdom og fastholde funktionsevnen hos patienter.

*Gruppebaserede patientuddannelser i regioner og kommuner*, Danske Regioner, 2006: 3-4.

## 1.1 Samarbejdspartnere – nye roller og nye opgaver

Gennem de sidste 20 år har rollerne mellem patient og sundhedsprofessionelle gradvist ændret sig, og ændringen er endnu ikke fuldført. Der er ved at ske et paradigmeskift i sundhedssektoren<sup>2</sup>.

Patienterne har selvfølgelig også selv et ansvar for at blive aktive samarbejdspartnere, men det er de sundhedsprofessionelles opgave at motivere patienterne til at blive aktive samarbejdspartnere samt tilbyde og udstyre patienterne med de nødvendige redskaber til, at de kan udøve egenomsorg. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle får en underviserrolle. Om dette skriver Granum:

*Den undervisende funksjonen er ett viktig område av sykepleierens selvstendige funksjonsområder. ... Sykepleierens undervisningsfunksjon innebærer å utføre arbeid som sørger for at pasienten tilegner seg kunnskap for å kunne forstå sin situasjon bedre og derved lettere mestre dagliglivets situasjoner. (2003:19-20)*

Sundhedssektorens etiske ansvar for at hjælpe patienten vil også have andre positive effekter.

Patienter, der er aktive samarbejdspartnere, mestrer deres sygdom bedre og tager tiltag mod egenomsorg. Desuden vil cost-benefit balancen bedres, dvs. sammenhængen mellem sundhedssektorens og samfundets udgifter og effekter i forhold til patienterne.

Begrebet aktiv samarbejdspartner dækker over, at patienten skal være medbestemmende og tage ansvar for sig selv og sin behandling og have gode handlekompetencer. Det kaldes også for egenomsorg (Dørfler & Hansen, 2005) (jf. afsnit 2.2<sup>3</sup>). For at patienten kan blive en aktiv samarbejdspartner, må patienten have en grundig viden om sin sygdom og behandlingsmuligheder, men også om hvad sygdommen betyder for ham/hende fysisk, psykisk og socialt.

Ved kronisk sygdom er der som regel behov for såvel holdnings- som adfærdsændringer hos patienten. Derfor er det nødvendigt, at de sundhedsprofessionelle giver patienten redskaber og strategier til forandring samt søger at styrke motivationen for forandring.

## 1.2 Patientundervisning på patientuddannelser

En af måderne at få patienter, der er aktive samarbejdspartnere, er gennem patientundervisning.

---

<sup>2</sup> Paradigmeskiftet medfører en bevægelse fra en produktionskultur mod en servicekultur, og det hænger bl.a. sammen med, at sundhedssektoren står over for nye udfordringer og krav med de mange kroniske sygdomme (Skopet, nr. 2, 2007: 7).

<sup>3</sup> Fremover signaleres henvisningerne med jf. plus tal, dvs. afsnittet underforstås.

Patientundervisning er i dag en lige så vigtig intervention som den medicinske behandling, pleje og den øvrige omsorg i sundhedssektoren (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: 7).

En af de nyeste former for patientundervisning, der er præget af meget udvikling, og som der er meget fokus på for tiden, er patientundervisning på patientuddannelser. Jeg uddyber og definerer begrebet i afsnit 2.1.1 og vil på nuværende tidspunkt blot pointere, at patienten deltager i et struktureret læringsforløb på et hold med andre (med)patienter, og at et af de væsentligste redskaber i læringsforløbet er kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne.

Flere steder i litteraturen beskrives det, at patientuddannelse er en af de bedste måder ved længerevarende eller kroniske sygdomme til at få patienten til at være en aktiv samarbejdspartner, der udøver egenomsorg:

Patienten får diagnosticeret en given sygdom, deltager i en patientskole, udøver egenomsorg, får derefter en bedre livsstil og bedre livskvalitet, når i højere grad behandlingsmålene og får færre komplikationer i forbindelse med sygdommen på grund af bedre compliance. (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: 12)

Patienter mister ved (kronisk) sygdom kontrol og føler sig magtesløse, og når patienter skal have kontrollen tilbage og tage ansvar og drage omsorg for sig selv, så er patientundervisning også den mest effektive metode (Rankin & Stallings, 1996: 2 fra Söderkvist, 2001: )

De forskellige patientuddannelser kan være meget forskellige i deres opbygning, fokus, metode og ønskede effekt. Det afhænger selvfølgelig til dels af, at de ofte er rettet mod patienter med specifikke sygdomme, fx hjerte-kar-sygdomme (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: 7; Christensen & Jensen, 2002). Men fælles for undervisningen på patientuddannelserne er et struktureret læringsforløb og en målsætning, der sigter mod at give patienterne viden, bevidsthed om egne ressourcer, strategier, handlemuligheder og kontrol, således at de udøver egenomsorg, er aktive samarbejdspartnere og derigennem får et bedre helbred, undgår forværringer og øger deres livskvalitet.

Det rejser spørgsmål som: Hvordan skal disse mål opnås? Hvordan skal læringen tilrettelægges og udføres? Hvilke metoder fungerer? Hvordan skal underviserrollen være?

Kræftskolen Danmark (Mose, 2001: 4), der har arbejdet med at etablere patientuddannelser, peger på, at undervisningen skal indeholde tre grundelementer:

- Viden
- Handling
- Støtte

og skriver endvidere:

Vidensdelen kan tilgodeses ved oplæg fra forskellige behandlere. Handlingsdelen kan tilgodeses ved forskellige praktiske øvelser, men også ved oplæg, der lægger vægt på hvad patienten selv kan gøre. Den følelsesmæssige støtte kan tilgodeses ved samværet med andre patienter og kontakten med kursuslederen. (2001: 16).

Samtidig peges der på, at undervisningen skal gøres målrettet, aktuel og vedkommende eller med andre ord patientcentreret, dvs. tage udgangspunkt i patienten.

Desværre tegner der sig det billede i meget litteratur, at man enten må lede forgæves efter konkrete handleanvisninger, eller også støder man på alt for vage og generelle oplysninger. Man finder heller ikke oplysninger om, hvordan man udfører undervisningen og i særdeleshed kommunikerer på en sådan måde, at man sikrer eller søger at sikre motivering af og motivation hos patienterne, således at de bliver aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg.

Alt dette giver store variationer i patientuddannelserne, og det påpeges, at variationerne og de manglende handleanvisninger ikke alene medfører problemer med for eksempel validitet, sammenligning, reproducerbarhed og effektmåling, men også problemer med hvilke konkrete og effektive elementer, der kan anbefales at indgå i undervisningen på patientuddannelser (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: fx 11, 12, 16 & 18; Christensen & Jensen, 2002: 141).

### **1.3 Problemformulering**

De helt overordnede mål med patientundervisning på patientuddannelse kan altså beskrives som at motivere og udstyre patienterne med redskaber, således at de bliver aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg (jf. 2.1.3). Forenklet sagt sigter man med patientundervisningen mod at **assistere** patienterne til at ændre adfærd. Redskabet er dialogbaseret kommunikation:

... patientundervisning er en af sygeplejerskens aktiviteter, der udføres i samspil med patienten. .... I tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisning må sygeplejersken skabe demokratiske samværdsformer, så patienten føler sig

respekteret og lyttet til, men også forpligtet til at deltage aktivt i undervisningen. .... **redskabet er samtale.** (Christensen & Jensen, 2002: 17 – min fremhævelse).

For at en ændring af adfærd skal være succesfuld, er motivation af afgørende betydning (jf. 2.3.3). Derfor skal patientundervisningen på patientuddannelserne motivere/søge at motivere patienterne, og det skal ske via kommunikationen (jf. 2.2.3 & 2.3.3).

Netop fordi patientundervisning kan have kæmpe betydning ikke blot for den enkelte patient og dennes familie og pårørende, men også for sundhedssektoren og samfundet som sådan, når den er vellykket (og når den ikke er det), er det vigtigt at undersøge hvilke konkrete, kommunikative elementer, der er effektive i patientundervisning på patientuddannelser.

**Specialet vil derfor tage udgangspunkt i en enkelt patientuddannelsescase og vil ved hjælp af især motivations- og forandringsteori og diskursanalyse undersøge, hvordan kommunikationen i patientundervisningen på patientuddannelsen motiverer/søger at motivere patienterne.**

**Jeg vil i undersøgelsen fokusere på følgende:**

- **Hvad gøres der i undervisningen for at motivere?**
- **Hvordan gøres dette?**
- **Og fungerer det efter hensigten?**

Med baggrund i undersøgelsen ønsker jeg at udarbejde en kort liste med handlingsanvisninger og mulige forbedringer, der er effektive i arbejdet med at motivere patienter i patientundervisning på patientuddannelsen.

## 2.0 Teori

En del af teorien bliver operationaliseret i forlængelse af redegørelserne de steder, hvor det falder mest naturligt, mens en anden og lille del af teorien først vil blive operationaliseret i det senere metodekapitel.

### 2.1 Kort om patientundervisning på patientuddannelse

Jeg definerer først begrebet patientundervisning på patientuddannelse. Herefter giver jeg en kort historisk oversigt for på denne måde at anskueliggøre de overordnede rammer for patientundervisning. Til sidst ser jeg nærmere på formålet med og opbygningen af patientundervisningen på patientuddannelser. Det giver viden om hvilke teorier, begreber og til dels metoder, der er relevante for det videre arbejde med at undersøge kommunikationen og undervisningen på patientuddannelser.

#### 2.1.1 Definition af patientundervisning på patientuddannelse

Patientundervisning på patientuddannelse består af to begreber. Jeg definerer først begreberne hver for sig og præciserer derefter en samlet definition.

Vivien Coates arbejder med følgende definition af patientundervisning:

... planned combinations of learning activities designed to assist people who are having or have had experience with illness or disease in making changes in their behaviour conducive to health. (1999: 25)

Torill Kloster kommer med en anden definition, som lyder:

... en prosess hvor kommunikasjon mellom sykepleier og pasient har til hensikt å utvikle/endre kunnskap, holdninger/verdier eller ferdigheter. (Kloster, 1997 i Christensen & Jensen, 2002: 17)

Patientundervisning er altså planlagte læringsaktiviteter, som gennem kommunikation (eller evt. andre tiltag) mellem sundhedsprofessionelle og patienter sigter mod en forandring og udvikling hos patienten til fordel for patientens (fysiske, psykiske og sociale) helbred.

Patientuddannelse omtales også ofte som patientskoler, rehabilitering og gruppebaseret undervisning, og de er stort set identiske. I *Gruppebaserede patientuddannelser i regioner og kommuner* står der om patientuddannelse:

Strukturerede patientuddannelsesforløb – typisk i hold af patienter – med det formål at øge patienternes livskvalitet og handlekompetence i forhold til deres sygdom. (2006: 3)

Christensen og Jensen skriver endvidere:

Patientskoler tilbyder en struktureret uddannelse, der retter sig mod mennesker med længerevarende eller kroniske lidelser. ”Skolerne” har forskellige målformuleringer, men et gennemgående træk er en intention om at øge patientens bevidsthed om egne ressourcer, strategier og handlemuligheder. Dette søges opnået ved at tilbyde den bedst mulige viden og et læringsrum, hvor egne erfaringer kan drøftes med medpatienter og professionelle. (2002: 139)

Patientuddannelse er altså et struktureret læringsforløb (ofte i rehabiliteringsregi), hvor patientundervisning til grupper af patienter med kroniske eller længerevarende lidelser indgår som et hovedelement.

Dermed når jeg frem til specialets definition af patientundervisning på patientuddannelse som:

**Et forløb af forudbestemt sammensætning og varighed med strukturerede og planlagte læringsaktiviteter, der gennem kommunikation (eller evt. andre tiltag) mellem sundhedsprofessionelle og en gruppe af patienter med kronisk sygdom sigter mod en forandring og udvikling hos patienterne til fordel for patienternes (fysiske, psykiske og sociale) helbred.**

Fremover i specialet vil jeg bruge begrebet patientundervisning om selve de kommunikative undervisningsaktiviteter på en patientuddannelse, mens jeg bruger begrebet patientuddannelse om de samlede tiltag på en patientuddannelse, hvor patientundervisning ofte er det vigtigste element<sup>4</sup>.

### **2.1.2 Patientuddannelse – kort historisk oversigt**

Patientuddannelse er udsprunget af og henter ofte inspiration fra den individuelle information, rådgivning og vejledning, der efterhånden er blevet en naturlig og vigtig del af vore dages

---

<sup>4</sup> At patientundervisningen ofte får status som det vigtigste element, ses dels ved, at visse patientuddannelser kun har dette tiltag, dels ved at undervisningen ofte har den samlende funktion på uddannelsen.

sygepleje. Især USA og England, men også vores nordiske naboer, har dannet baggrund for patientuddannelsernes begyndelse i 1980'erne i Danmark (Christensen & Jensen, 2002: 139). De første tilbud var fx mødregrupper og astmaskoler. Sidst i 1980'erne kom der tilbud til patienter med diabetes og kræft (Christensen & Jensen, 2002: 139, Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: 7). I dag er der etableret patientuddannelser inden for mange forskellige områder og til mange forskellige patientgrupper. Grunden til, at patientuddannelser på så kort tid er gået fra at være nærmest ikke-eksisterende til, at det i dag betragtes som en betydningsfuld og vigtig intervention, bliver af Coates opsummeret i fire punkter:

- The nature of disease and illness prevalent in our society is changing.
- Patient participation is a fashionable concept in health care which can only be achieved if there is adequate patient education.
- There is research evidence to suggest that patient education is an effective intervention in a wide variety of settings.
- There is research evidence that patients want to receive education about their health problems.

(1999: 6)

De fleste af disse punkter har jeg allerede omtalt, og de uddybes ikke yderligere undtagen det andet punkt, som berøres i afsnit 2.2.3 og 2.4.2.1.

Selvom patientuddannelse i dag er udbredt i mange vestlige lande, er det vigtigt at pointere, at de stadig ikke er fuldt ud udviklet og integreret i sundhedssektoren. Desuden er der uenighed og manglende viden om patientundervisnings-faktorer som:

- hvordan syge mennesker lærer bedst, og hvordan holdnings- og adfærdsændringer bedst sikres hos denne gruppe
- hvilke konkrete og enkelte elementer undervisningen og kommunikation skal bygges op af
- samt hvilke undervisnings- og kommunikationsmetoder, der fungerer bedst og mest effektivt (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: fx 11, 12, 16 & 18 & Coates, 1999: 1-2).

### **2.1.3 Formål, opbygning og indhold**

Jeg skrev i afsnit 1.3, at de helt overordnede mål med patientundervisning er at **motivere og udstyre** patienterne med redskaber, så at de bliver **aktive samarbejdspartnere**, der udøver **egenomsorg**.

Willaing, Folmann & Gisselbæk konkretiserer begreberne aktiv samarbejdspartner<sup>5</sup> og egenomsorg i følgende citat:

Den kompetente, informerede og aktive patient skal kunne håndtere akutte anfald/forværring af sygdom, bruge medicin og behandling optimalt, genkende og handle ved symptomer, håndtere træthed, håndtere de sundhedsprofessionelle, klare arbejde og håndtere de psykologiske konsekvenser af sygdommen. (2005: 14)

Egenomsorg kan sidestilles med begreber som **self-management**, **the expert patient** og også **empowerment** (Willaing, Folmann & Gisselbæk, 2005: 8-9 & Dørfler & Hansen, 2005). Jeg benytter derfor det danske ord egenomsorg, da det samler betydningen af de andre tre retens begreber.

De tidligste patientuddannelser fokuserede på en medicocentrisk retning, dvs. en retning der især sigtede mod opgaver som nødvendig følge af sygdommen, fx ved diabetes indtagelse af insulin eller overholdelse af en bestemt diæt. I dag fokuseres der på en psykosocial retning, hvilket vil sige, at der tages højde for opgaver af både medicinsk, psykisk og social art.

Coates taler om tre arter af mål og kategoriserer dem som:

- Psykomotorisk mål: planlagt ændring af adfærd eller tilegnelse af en evne.
- Kognitivt mål: øget viden.
- Affektivt mål: justerede/ændrede holdninger, værdier og overbevisninger.

(1999: 37)

Patientundervisningen skal rettes mod alle tre mål, da patienten står over for opgaver inden for hver kategori. Jeg omtalte tidligere (jf. 1.2) Kræftskolen Danmarks tre grundelementer – viden, handling og støtte. Disse tre grundelementer kan stort set sættes ind i hver sin kategori i Coates opdeling, og det støtter dermed påstanden om, at patientundervisningen skal indeholde elementer fra hver kategori.

De enkelte patientuddannelser og patientundervisningen er som sagt ofte meget forskelligt opbygget, men der er dog få generelle træk, som bør fremhæves. Først og fremmest er en patientuddannelse ofte opbygget af flere elementer, hvor selve patientundervisningen blot er et element, men dog et element som, jeg mener, med rette kan kaldes for et samlende eller centrerende

---

<sup>5</sup> Jeg uddyber senere i teorien begrebet aktiv samarbejdspartner mere, da konkretiseringen ikke er nok i dette citat. Begrebet hænger i stor grad sammen med begrebet egenomsorg.

element. Andre elementer, der ofte ses, er træningsbaserede elementer, fx fysisk aktivitet eller måling af blodsukker.

Til sidst skal det pointeres, at redskabet til at udføre patientundervisningen primært og næsten udelukkende er kommunikation<sup>6</sup>, hvor kommunikation forstås som mundtlig, skriftlig og anden non-verbal interaktion.

I de følgende afsnit vil jeg med udgangspunkt i fem centrale begreber i forbindelse med patientundervisning redegøre for relevant teori til brug for min undersøgelse og analyse af patientundervisning. De fem begreber er: **aktiv samarbejdspartner, egenomsorg, motivation, self-efficacy og forandring.**

## **2.2 En aktiv samarbejdspartner med egenomsorg**

Det overordnede mål med patientundervisning er som nævnt en aktiv samarbejdspartner, der udøver egenomsorg. Egenomsorg dækker ifølge Dørfler og Hansen (2005) et bredt spektrum af betydninger, og de anbefaler derfor, at man ekspliciterer, hvilken betydning man benytter.

### **2.2.1 Hvad er egenomsorg?**

Orem, en amerikansk sygeplejeforsker, har formuleret en teori om self-care, der danner baggrund for mange opfattelser og antagelser om egenomsorg. Hendes begreb self-care svarer til egenomsorg, og definitionen lyder:

Self-Care is the practice of activities that individuals initiate and perform on their own behalf in maintaining life, health and well-being. (Dørfler & Hansen, 2005: 10).

Patienten er den aktive i forhold til at udøve egenomsorg, men skal i en ny livssituation, som ved kronisk sygdom, lære at udøve egenomsorg (Dørfler & Hansen, 2005: 15). Egenomsorg forstås som en målrettet aktivitet, der omhandler at tage ansvar for sin sygdomsbehandling samt at opretholde eller forbedre sin sundhed og livskvalitet. Egenomsorg er således patientens eget ansvar, men ansvaret for, at patienten lærer at udøve egenomsorg, er de sundhedsprofessionelles. Dermed kan

---

<sup>6</sup> Når jeg siger primært og næsten udelukkende, er det for at tage højde for, at der kan eksistere redskaber, der kan være til stor gavn for patienterne, men som måske ikke så godt kan karakteriseres som værende kommunikation, fx det at tegne sin smerte (som fx foregår i behandlingen af kroniske smertepatienter).

man tale om et partnerskab mellem patienten og de sundhedsprofessionelle, hvor de gennem interaktionen klarlægger, hvad der skal til, for at det enkelte individ udøver egenomsorg i sin nye situation (Dørfler & Hansen, 2005: 14). Den målrettede aktivitet, der er indlejret i egenomsorgsbegrebet, defineres således konkret i et kommunikativt samarbejde mellem patienten og de sundhedsprofessionelle, fx gennem undervisning, informationer, støtte og handlingsplaner.

**Udøvelse af egenomsorg defineres i specialet som patientens målrettede og aktive handlen, der berører ansvar for sygdomsbehandling samt opretholdelse og forbedring af sundhed og livskvalitet.** Denne handlen styres og/eller støttes kommunikativt via et samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle og patienten gennem en aktiv involvering af patienten, så denne får indflydelse, ansvar og ejerskab for sin egenomsorg og styrker denne.

### **2.2.2 Menneskesynet bag egenomsorg**

Antagelsen om, at mennesket er i stand til at være aktiv og medansvarlig i indsatsen med at sikre befolkningens sundhed bedst muligt længst muligt, har rødder i humanistiske og sociale teorier. Mennesket ses som et frit, selvstændigt og ansvarligt individ, der ønsker udvikling, og som indgår i et evigt samspil med andre mennesker og det omgivende miljø. Disse ting ansues som fundamentale behov for mennesket (jf. 2.3.5.1).

Ideen med egenomsorg er at bruge det menneskelige potentiale fuldt ud, skabe gensidig magt og samtidig vise tillid til andre menneskers formåen og vilje (Sørensen & Strandgaard, 2007: 1). For at bruge det menneskelige potentiale fuldt ud er antagelsen, at en masse (tavs) viden, skjulte ressourcer og kompetencer med de rette midler kan tilbydes og/eller fremkaldes gennem involvering af patienten. Hypotesen er, at patienten så vil være mere motiveret til at udøve egenomsorg, fordi patienten oplever selvstændighed, styrket self-efficacy, indflydelse, kontrol, ejerskab og tillid, og dermed tager vare på sig selv eller søger hjælp, hvis det er nødvendigt<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Det skal nævnes, at patienter ikke altid har et ønske om ansvar, kontrol og egenomsorg, fx fordi de i en periode ikke selv magter det og hellere ser andre – de sundhedsprofessionelle eller pårørende - tage ansvaret og beslutningerne (Blohm & Christensen, 2005: 74). Jeg går ikke yderligere ind i denne diskussion.

### **2.2.3 Involvering af patienten – en aktiv samarbejdspartner**

Midlet til at ”skabe” en patient, der udøver egenomsorg, er **involvering af patienten**. Jeg kommer i senere afsnit ind på, hvordan denne involvering kommunikativt kan imødekommes, administreres og udføres (jf. fx 2.3.3 & 2.4.2.1). Grundlæggende handler det om at medinddrage patienten, tage udgangspunkt i dennes virkelighed, indtræde i en rolle som coach for patienten og aktivt bruge interaktionen til dette, da patienten så motiveres til at være en aktiv samarbejdspartner.

**En aktiv samarbejdspartner vil altså sige, at patienten indgår i et partnerskab med de sundhedsprofessionelle.** Det sker gennem at deltage aktivt i interaktionen, selv se behovet for at sætte nye livsmål i den nye situation med kronisk sygdom, herunder mål om forandring, og kunne give udtryk for det samt selv foretage beslutninger og valg og udøve egenomsorg.

Desuden er en aktiv samarbejdspartner tit kendetegnet ved at komme til tiden og følge de ”spilleregler”, der er vedtaget i forbindelse med patientundervisningen. Der vil som regel også opstå en tillidsfuld relation mellem patienten og de sundhedsprofessionelle, der viser sig ved, at patienten åbner op og fortæller og engagerer sig samt giver positive tilbagemeldinger til de sundhedsprofessionelle (Revstedt, 2004).

En patient, der ikke involverer sig og ikke bidrager aktivt – og dermed ikke er en aktiv samarbejdspartner – forstår ofte ikke, at de selv har et ansvar og selv må gøre noget for at fremkalde positive forandringer. De mener ofte, at de bare skal behandles, vil helst ikke tale om problemer, og tit vil denne patient være tillukket, mistænksom, afvisende eller kritisk (Revstedt, 2004).

## **2.3 Teori om motivation og forandringskommunikation**

Et af de væsentligste begreber for dette speciale er **motivation**. Det er et begreb med mange aspekter. Jeg redegør kort for, hvad motivation er, og præsenterer den mest grundlæggende motivationsteori. Herefter introducerer jeg **motivationssamtalen**, som er min hovedteori om sammenhængen mellem motivation og kommunikation. Til sidst kommer jeg ind på menneskesynet for motivationsarbejde, forandringsmodeller og forandringskommunikation.

### 2.3.1 Hvad er motivation?

**Motivation** stammer fra det latinske ord **movere**, der betyder **at bevæge**. Motivation er en drivkraft eller bevæggrund (Blohm & Christensen, 2005: 26), som sørger for, at vi handler og opnår resultater. Drivkraften udspringer af vores menneskelige behov. Behov og motivation er altså tæt forbundne, og motivation anses for at være en naturlig følge, når vi oplever behov (Sørensen & Strandgaard, 2007: 27). I forhold til patientundervisning betyder det, at det at motivere handler om at få patienterne til at få øje på og opleve relevante behov, fx at være en aktiv samarbejdspartner eller at udøve egenomsorg, med hvad dette indbefatter af behov for forandringer, fx mere motion, sundere kost osv.

### 2.3.2 Grundlæggende motivationsteori

En af de mest kendte motivationsteoretikere er Abraham H. Maslow. Hans motivationsteori med behovspyramiden udgør et klassisk grundlag for meget teori om motivation. Salling skriver om Maslows motivationsteori:

Maslow bygger sin motivationsteori på et princip om, at motivation handler om såvel bevidste som ubevidste faktorer, hvor de bevidste motiver ofte er midlerne til at tilfredsstille de basale ubevidste behov, samt på et klassifikationsprincip, hvor de laveststående behov er de vigtigste for livets opretholdelse. Maslow går ud fra, at mennesket handler ud fra et hierarki af behov. (1990: 41-42).

Hierarkiet af behov kan deles op i fem kategorier med en prioriteret rækkefølge (se evt. bilag 19 for en nærmere uddybelse af behovene):

1. Fysiologiske behov
2. Sikkerheds- eller tryghedsbehov
3. Sociale behov
4. Selvhævdelses- eller intellektuelle behov
5. Selvaktualiseringsbehov

(Sørensen & Strandgaard, 2007: 27-28 & Salling, 1990: 42).

Behovene kan enten være medfødte eller erhvervede, dvs. tillærte ud fra bl.a. individets erfaringer og den kultur individet indgår i. Behovshierarkiet viser, at de lavest nummererede behov generelt

skal tilfredsstilles, før de højere nummererede behov søges tilfredsstillet af individet<sup>8</sup>. Maslow siger desuden, at motivation for en handling kan udløses af flere forskellige behov samtidig:

Eksempelvis kan spisning være udtryk for behov for ernæring, behov for socialt samvær med andre og behov for tryghed. (Salling, 1990: 43).

I relation til patientundervisning skal der for at undgå blokeringer for motivation og indlæring tages højde for, at patienterne har fået tilfredsstillet de lavere behov, fx ved at være godt smertedækkede så de er mest muligt smertefrie, at undervisningslokalet er varmt nok, at der ikke er konflikter imellem patienterne i undervisningsgruppen osv. Det er et fælles ansvar for de sundhedsprofessionelle og patienterne. Endelig kan de sundhedsprofessionelle søge at få patienterne til at opleve fx motion som dækkende flere behov, fx fysisk stabilitet i forhold til sygdommen (niveau 2) samt socialt tilhørsforhold med evt. andre træningsmakkere (niveau 3).

Især to modeller har været fremherskende i forsøget med at forklare samspillet mellem motivation, behov og handling/aktivitet - de to modeller betegnes ligevægtsmodellen og spændingsmodellen (Jensen, 1981: 90-104).

Ligevægtsmodellen kan illustreres som en vippe, hvor motivationens formål er at sørge for, at vippet (dvs. det enkelte individ med dets behov) er i ligevægt. Det enkelte individ kommer ud af ligevægt og ind i et spændingsfelt fx ved et behov for føde, eller når det oplever uoverensstemmelse mellem en tilstand og et ønsket mål. Individet motiveres herefter til at mindske spændingen og igen opnå ligevægt, fx ved at spise eller ved at arbejde hen imod det ønskede mål. Ligevægtsmodellen har rødder i teorier om, at mennesket søger konsistens i forhold til alle behov i sin tilværelse.

I spændingsmodellen, der er en udvidet model af ligevægtsmodellen, prøver det enkelte individ også selv aktivt at komme ud af ligevægt. Gennem udfordringer bidrager og søger det enkelte individ selv at komme ud af ligevægt for at skabe spænding og så skabe en ny ligevægt. Denne model mener, at mennesket selv bevidst søger udvikling, og forklarer altså, hvordan det enkelte individ selv er med til at påvirke sin udvikling.

En anden vigtig skelnen i motivationsteori er skelnen mellem indre og ydre motivation. Det kaldes også for henholdsvis direkte, naturlig og indirekte, kunstig motivation. Den indre motivation er den,

---

<sup>8</sup> Der er selvfølgelig undtagelser, fx at et individ kan undertrykke sin sult, fordi han/hun er optaget af noget andet, som findes vigtigt eller interessant.

der driver os til at gøre noget, fordi det giver os en indre værdi eller tilfredsstillelse, mens den ydre motivation er den, der driver os til at gøre noget på grund af ydre mål – fx ros, anerkendelse af en underviser eller sågar for at undgå sanktioner. Generelt set er det vigtigst at påvirke eller appellere til den indre motivation, da denne anses som værende den mest effektive (Deci & Ryan i Blohm og Christensen 2005: 27). Det skyldes, at individet ved indre motivation altid vil gøre det for sin egen skyld eller tilfredsstillelse, mens individet ved ydre motivation kan gøre det udelukkende for at opnå ydre fordele, fx ros eller undgå sanktioner<sup>9</sup>. Det er nu let at se, hvorfor påvirkning af ydre motivation skal udføres med omtanke.

### 2.3.3 Motivationssamtalen

Motivationssamtalen er udviklet af to psykologer - Miller og Rollnick - og svarer til det engelske begreb Motivational Interviewing<sup>10</sup>. Det gode ved Miller og Rollnicks teori er, at den dels danner grundlag for meget anden litteratur om emnet<sup>11</sup>, og dels at den både behandler fundamentet for motivationsarbejde samt principper og teknikker til at fremme motivation. Derfor kan jeg bruge motivationssamtalen både som teoretisk baggrund og som pejlepunkter i en analyse af interaktionen i det motivationsarbejde, der foregår i patientundervisning.

Miller og Rollnicks teori om motivationssamtalen trækker bl.a. på psykologerne Prochaska og DiClementes teori om forandring (jf. 2.3.5.4) og psykologen Carl Rogers teori, der pointerer, at vi handler i overensstemmelse med vores overbevisning, dvs. at en ændring i individets overbevisning giver mulighed for en ændring af adfærden. I forhold til det kommunikative fokus betyder det, at der i motivationssamtalen fokuseres på individets holdninger og opfattelse frem for individets konkrete vaner og adfærd (Mabeck, 2005: 13).

Helt overordnet kan motivationssamtalen siges at være en teori og metode om adfærdsforandrende interaktion<sup>12</sup>. Miller og Rollnick definerer selv motivationssamtalen på følgende måde:

en klientcentreret, styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens. (2004: 47).

---

<sup>9</sup> Fx kunne man forestille sig, at en patient opfatter rosen som det egentlige mål, fordi patienten fx gerne vil fremstå vellidt. Man kunne også forestille sig, at en patient, som opfatter ekstra samtaler om diæt med sundhedsprofessionelle som fx ubehagelige (dvs. som en trussel, der skal undgås), spiser sundere i en periode for at undgå de ekstra samtaler.

<sup>10</sup> Miller og Rollnicks bog med titlen Motivational Interviewing hedder på dansk Motivationssamtalen.

<sup>11</sup> Og basis for et netforum: [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org).

<sup>12</sup> Både Miller & Rollnick og Mabeck forstår primært interaktion som samtale.

En afgørende forskel på Miller og Rollnicks teori og en del andres teorier er, at de ser motivation som en interpersonel proces:

Det ser ud til, at den måde, man kommunikerer på, kan gøre det enten mere eller mindre sandsynligt, at en person forandrer sig. (2004: 26).

... motivation på mange måder er en *interpersonel* proces, et produkt af mellemmenneskelige interaktioner. ... Motivation for forandring ikke bare påvirkes af, men opstår på en meget konkret måde i interpersonel kontekst. ... I vores perspektiv er det at udforske og forbedre motivationen for forandring en opgave i sig selv, sommetider den allervigtigste og nødvendige opgave, i hjælperelationer som rådgivning, sundhedspleje og undervisning. (2004: 43).

**Der argumenteres altså for, at motivation og ændring af adfærd opstår eller fremmes gennem interaktion mellem de sundhedsprofessionelle og patienten<sup>13</sup>. Med andre ord har de sundhedsprofessionelles måde at kommunikere på betydning for patientens tilkendegivelser af modstand såvel som forandringsudsagn, der anses for at signalere motivation og forandringsparathed samt –synlighed (Miller & Rollnick, 2004: 26).**

Miller og Rollnicks teori er omfattende, og de bruger mange begreber og har mange principper i spil på samme tid. Begreberne og principperne knytter sig endvidere til hinanden på forskellige måder. I min fremstilling fokuserer jeg derfor på de begreber og principper, der har relevans i forhold til min problemformulering og min senere analyse.

Motivation ses hos Miller og Rollnick som en subjektivt oplevet drivkraft (eller behov) med tre kernebestanddele, der alle kan påvirkes eller fremkaldes gennem interaktion:

1. **Villighed:** er individets selvoplevede vigtighed af forandringen.
2. **Evne:** er individets tro på succes (jf. 2.3.4).
3. **Parathed:** er individets prioritering af forandringen, dvs. hvor vigtig er forandringen for individet netop nu<sup>14</sup>.

(Miller & Rollnick, 2004: 28-30)

Miller og Rollnick taler desuden om fire overordnede principper, der gør sig gældende for motivationssamtalen, og som de sundhedsprofessionelle skal rette sig efter. Jeg redegør blot i punktform for disse principper nu, men vender senere indirekte tilbage til principperne, når jeg

---

<sup>13</sup> Det skal retfærdigvis nævnes, at mennesker også bliver motiverede og ændrer adfærd uden nogen som helst form for interventioner. Motivation og forandring er altså også en naturligt forekommende proces.

<sup>14</sup> Fx kan vi mene, at en forandring er vigtig og tro på, at vi kan gennemføre den, men at der er vigtigere ting at tage sig af først.

kommer ind på, hvordan disse principper såvel som andre aspekter af motivationssamtalen sprogligt og kommunikativt kan administreres (jf. senere i dette afsnit samt 3.2).

- 1. Udtryk empati:** Handler om at acceptere patienten (dvs. respekt for patientens autonomi: det medfører ikke at dømme, kritisere eller bebrejde), acceptere ambivalens som et normalt fænomen og lytte reflekterende til patienten.
- 2. Tydeliggør diskrepansen:** Motivation til forandring udløses af en selvoplevet diskrepans. Da patienten normalt vil opleve indsigt og forpligte sig med sine ytringer, bør det være patienten, der fremsætter argumenterne for forandring.
- 3. Gå med modstanden:** Modstand bremser motivationen og er et signal til den sundhedsprofessionelle om at forholde sig anderledes. Lad primært patienten selv argumentere og finde svar og løsninger, mød ikke modstand med modstand (dvs. sæt ikke et modsynspunkt op), men vis gerne nye perspektiver uden at påtvinge disse.
- 4. Understøt patientens mestringsforventning:** Patientens tro på mulighed for forandring er vigtig for motivationen, støt derfor patienten i denne og tydeliggør, at en forandring er patientens eget valg.

(Miller & Rollnick, 2004: 60-65)

Et andet centralt aspekt af Miller og Rollnicks teori er antagelserne om ambivalens og dets indflydelse på motivation. Ambivalens er ifølge dem en ganske normal oplevelse. De taler om forskellige former for konflikter, et individ kan befinde sig i, hvoraf den kombinerede konflikt vil være den, som de fleste patienter i patientuddannelsesforløb vil befinde sig i. Den kombinerede konflikt går ud på, at individet oplever modstridende motivation, da det er splittet mellem to alternativer, der opleves som hver især havende både tiltrækkende positive sider og frastødende negative sider. Individet er mere eller mindre fanget i sin ambivalens i denne konflikt, hvor der hele tiden vurderes udbytte og omkostninger ved en forandring såvel som ved status quo. Manglende motivation for forandring ses derfor som manglende afklaring af ambivalens, og altså noget der kan afhjælpes kommunikativt. Afklares individets ambivalens, vil individets motivation øges. Det kan se ud som, at Miller og Rollnick tager afstand til, at mennesket søger konsistens (jf. 2.3.2), men det er imidlertid ikke rigtigt, for ved en afklaring af ambivalens vil individet føle og opleve en diskrepans mellem status quo og forandringen, som nu ses som et ønskværdigt mål, og som gør individet villigt og parat (Miller & Rollnick, 2004: 44). Diskrepansen svarer altså til en spænding, som individet herefter søger at eliminere.

Miller og Rollnick inddeler motivationssamtalen i to faser. Hvor første fase handler om at opbygge individets indre motivation gennem bl.a. en afklaring af individets ambivalens(er), handler anden fase om at styrke individets beslutning om forandring ved at styrke individets engagement og motivation samt hjælpe med at udvikle en plan, der skal sikre forandringen. I anden fase anses individet for at være både parat til en forandring og have tilstrækkelig med villighed og evne til en forandring. Patienten kan dog i anden fase sagtens opleve ny ambivalens, der så skal afklares undervejs, så processen er ikke i praksis så skarpt adskilt som i teorien.

Den sundhedsprofessionelles opgave med at fremkalde motivation i første fase kan kort opridses i følgende punkter:

- Mindske modstand fra patientens side, der kan komme til udtryk verbalt og non-verbalt, fx forskellige former for indsigelser, afbrydelser, benægtelser, retnings- og emneskift, undskyldninger og ignoreringer.
- Intensivere og herefter fremme en afklaring af ambivalens gennem udforskning af denne, hvilket medfører diskrepans. Evt. få patienten til at opleve ambivalens, hvis denne ikke finder sin adfærd problematisk (jf. 2.3.5.4).
- Fremkalde og styrke patientens forandringsudsagn, som er ytringer om ulemper ved status quo, fordele ved forandring, optimisme over for forandring samt hensigt om forandring (Miller & Rollnick, 2004: 46).

Og i anden fase kan den sundhedsprofessionelles opgave opridses i nedenstående punkter:

- Fremme afklaring af evt. ny ambivalens samt mindske evt. ny modstand.
- Vejlede patienten gennem oplysninger, strategier og råd<sup>15</sup> osv., enten når patienten beder om det eller ved at bede om tilladelse til det.
- Sammen med patienten udarbejde en forandringsplan, hvor der sættes mål, overvejes ændringer og barrierer samt fremkalde forpligtende eller engagerede udsagn. (Miller & Rollnick, 2004: 177).

Endnu er disse opgaver ikke kommunikativt særlig præcise, for hvordan er det lige, den sundhedsprofessionelle skal forholde sig kommunikativt og sprogligt for at løse disse opgaver?

---

<sup>15</sup> Om dette skriver Miller og Rollnick: ... antages det sommetider, at motivationssamtalen er uforenelig med det at give oplysninger og råd. Faktisk er det i høj grad muligt og passende at dele sin erfaring med klienten, uden at det strider mod motivationssamtalens ånd eller principper. Det er den kontekst, sådanne oplysninger og råd gives i, der afgør om de er forenelige med den overordnede kliniske metode. (2004: 174).

Det afhænger selvfølgelig af den konkrete kontekst, men Miller og Rollnick uddyber yderligere og taler om nogle konkrete kommunikative metoder til at løse opgaverne. Alle metoder bruges gennem hele motivationssamtalen, men i forskellig ”dosis” alt efter hvor motiveret patienten er, samt hvor det vurderes, at patienten er i sin forandringsproces. Først ridser jeg metoderne op i punktform<sup>16</sup>, hvorefter jeg går dybere ind i de forskellige dele.

1. Åbne spørgsmål
2. Reflekterende lytning
3. Bekræftelse
4. Opsummering
5. Fremkaldelse og styrkelse af forandringsudsagn
6. Reaktion på forandringsudsagn og på modstand<sup>17</sup>
7. Oplysninger og råd

**Åbne spørgsmål** er vigtige i arbejdet med at få patienten til at åbne op og tale, og det er også de åbne spørgsmåls (primære) formål. Den sundhedsprofessionelle skal altså bestræbe sig på at bruge åbne spørgsmål, som er gode til at introducere et tema eller område, som den sundhedsprofessionelle mener, det er gavnligt at få belyst. Samtidig kan neutrale åbne spørgsmål også bruges til at få patienten til at tale om sin ambivalens, og åbne spørgsmål kan bruges til at styre samtalen i en bestemt retning.

De åbne spørgsmål skal som regel følges op med **reflekterende lytning**, der er en af de vigtigste metoder i motivationssamtalen. Reflekterende lytning, der også kaldes for aktiv lytning, handler ikke bare om at lytte til patienten, men derimod både verbalt og non-verbalt sammen med patienten at reflektere over og reagere på det, patienten siger, så patienten fortsætter sin tale og udforskning af fx ambivalens. Formålet er at undgå blokering, bremsning, afledning eller ændring af retningen af interaktionen og i stedet skabe udforskning, refleksion og beslutning hos patienten. Dette gøres ved, at den sundhedsprofessionelle så at sige kommer med et bud på, hvad patienten mener. Det gøres med reflekterende udsagn, der kan være en gentagelse af hele eller dele af patientens foregående

---

<sup>16</sup> Punkt 1-5 fra Miller & Rollnick, 2004: 95-109, og resten 109-184.

<sup>17</sup> Forandringsudsagn er ytringer (eller adfærd), som har retning mod den ønskede adfærd, mens modstand er ytringer, som har retning væk fra den ønskede adfærd. Den ønskede adfærd kan være den adfærd, patienten selv ønsker, eller mere normalt den adfærd de sundhedsprofessionelle ønsker, patienten får (Miller & Rollnick, 2004: 121).

ytring, et udsagn, der fortsætter patientens (formodede) tankerække<sup>18</sup>, eller udsagn, der viser den sundhedsprofessionelles refleksion over patientens følelser i den konkrete situation. Når en patient kommer med et forandringsudsagn bruges reflekterende lytning ofte desuden i gentagende form, således at patienten hører sit eget forandringsudsagn to gange, da dette øger motivationen (Miller & Rollnick, 2004: 104). Det kan se ud som om, at den sundhedsprofessionelle ikke kan styre samtalen så meget gennem den reflekterende lytning, men denne metode er faktisk også god til at styre samtalen, for den sundhedsprofessionelle er jo den, der vælger, hvad der reflekteres på, hvad der nedtones eller fremhæves osv.

Næste punkt er **bekræftelse**, hvis formål er at støtte og opmuntre patienten. At lytte reflekterende er også en form for bekræftelse, men direkte bekræftelse kan også være på sin plads – med måde (jf. 2.3.2). Dette kan ske gennem ros, anerkendende udsagn og komplimenter.

Miller og Rollnick taler om tre typer af **opsummeringer**: samlende opsummering, sammenknyttende opsummering og overgangsopsummering. En samlende opsummering skal opmuntre patienten til at fortsætte talen og uddybe gennem opsummering af patientens forandringsudsagn. En sammenknyttende opsummering er god til at få patienten til at reflektere over både fordele og ulemper ved sin ambivalens, fordi den knytter noget tidligere diskuteret til noget nyt, mens overgangsopsummeringen bruges til at samle op på et emne inden et skift til et andet. Sprogligt kan de forskellige typer af opsummeringer fx signaleres gennem brug af formuleringer som *på den ene side... og på den anden side* og *samtidig* osv., der er neutrale, mens formuleringer som fx *alligevel* og *men* frarådes, fordi de sidstnævnte nedtoner det forudgående, hvilket kan være uheldigt, da ambivalensens to sider ofte har den samme vægtning hos patienten (Miller & Rollnick, 2004: 107).

**Fremkaldelse og styrkelse af forandringsudsagn** er noget af det mest vigtige i motivationssamtalen for ikke at blive hængende i en udforskning af ambivalensen – meningen er jo netop, at den skal afklares for at komme videre i forandringsprocessen. Ved denne metode er målet, at patienten skal argumentere for eller ytre positivitet og optimisme over for forandring, da det vil styrke patientens motivation for ændring af adfærd. Patientens ytringer kan kategoriseres i fire grupper, som både kan have med kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige elementer at gøre:

---

<sup>18</sup> Miller & Rollnick kalder det for at fortsætte tankerækken (2004: 101)

Ulemper ved status quo, fordele ved forandring, optimisme over for forandring samt hensigt om forandring (Miller & Rollnick, 2004: 110-111).

Nogle patienter ytrer selv mange forandringsudsagn, men for dem der ikke gør, kan de sundhedsprofessionelle benytte en række teknikker, der er gode til at få patienterne til at ytre forandringsudsagn. Miller og Rollnick taler om, at de sundhedsprofessionelle kan bruge ledende, men åbne spørgsmål; bede patienten om at uddybe gennem fx spørgsmål, beskrive et konkret eksempel osv.; bede patienten beskrive deres (eller deres pårørendes) forestillinger om ekstreme konsekvenser, fx hvad der er det værst tænkelige, eller hvad det bedste ved en forandring ville være; få patienten til at sammenligne tiden før sygdommen med nu; få patienten til at reflektere over hvordan en forandring ville have betydning for deres liv; eller at lade patienten tale om hvad der er deres værdier og mål netop nu, da dette kan bruges til at holde op imod status quo.

En del af Miller og Rollnicks teknikker beskæftiger sig med **reaktion på forandringsudsagn** og på **modstand**. De er især vigtige at se lidt nærmere på, når de sundhedsprofessionelle har en eller rettere flere præferencer for, i hvilken retning en patient ændrer sig, for reaktionen skal være med til at fremme og styrke forandringsudsagnene og mindske modstanden. Og i patientundervisning er der præferencer – også selvom der opstilles flere alternativer, samt at valget i sidste ende er patientens eget.

Som reaktion på forandringsudsagn benyttes primært fire teknikker: uddybning, refleksion, opsummering og bekræftelse (Miller & Rollnick, 2004: 121). Uddybningen kan ske ved at bede om det eller gennem opmuntring både verbalt og non-verbalt. Ved opsummeringer er det desuden en fordel at tale om modstanden i datidsform og om forandringsudsagnene i nutid (Miller & Rollnick, 2004: 126). Disse har jeg allerede berørt, og derfor omtales de ikke mere her.

Ved modstand skal den sundhedsprofessionelle huske, at denne også har et ansvar, da alt er en interpersonel og interaktionel proces. Miller og Rollnick deler reaktionerne på modstand op i to grupper. Den første gruppe er en variation af refleksioner: simpel, forstærket og dobbeltsidet. Refleksionerne giver lidt sig selv, den simple gentager eller følger tankeretningen, den forstærkede overdriver eller fokuserer på ekstremer, mens den dobbeltsidede tager højde for både fordele og ulemper. Den anden gruppe indeholder teknikker som fokusskift, omfortolkning<sup>19</sup>, vinkling, understregning af personligt valg samt enighed. Teknikkerne kræver ikke en nærmere beskrivelse.

---

<sup>19</sup> Dette svarer nogenlunde til begreberne reformulation og fomulation (Steensig, 2001: 162).

Til sidst er der **oplysninger og råd**, som også har sin berettigelse i motivationssamtalen, selvom det umiddelbart kan synes som om de strider mod motivationssamtalens principper. Oplysninger og råd skal gives i den rette kontekst, og det er enten, når patienten beder om dem, eller den sundhedsprofessionelle har bedt om lov til at give dem (Miller & Rollnick, 2004: 174). Det betyder ikke dermed, at de sundhedsprofessionelle altid skal spørge direkte, om de må give et råd, men det kan antydes indirekte, fx ved at konteksten ligger op til det, eller ved at de sundhedsprofessionelle tilføjer en form for forbehold til sit råd, fx *andre har haft succes med osv.*

Alle disse kommunikative og sproglige metoder/teknikker er med til at sikre de fire føromtalte grundprincipper, som motivationssamtalen hviler på. Det er også tydeligt, at de første fire metoder (punkt 1-4) går igen som en væsentlig teknik i de sidste tre metoder.

Til sidst er det også vigtigt at fremhæve, at patienternes ytringer og non-verbale adfærd er et godt redskab for de sundhedsprofessionelle til at vurdere, hvor stor patienternes motivation er. Miller og Rollnick har derfor lavet en model, der giver mulighed for at inddele patienterne i nogle grupper<sup>20</sup>. Modellen siger dog ikke noget om patientens parathed-del af motivationen (jf. ovenstående om motivationens tre kernebestanddele), men den kan ofte også vurderes ud fra patienternes ytringer og non-verbale adfærd.

	Lav vigtighed	Høj vigtighed
Lav tro på forandring	<i><b>Gruppe A:</b> Disse personer betragter ikke forandring som vigtig og tror heller ikke, at de ville kunne gennemføre ændringen, hvis de prøvede.</i>	<i><b>Gruppe C:</b> Her ligger problemet ikke i villigheden til forandring, for disse personer udtrykker et ønske om at ændre sig. Problemet er lav tro på forandring, dvs. lav tiltro til, at de kunne klare det hvis de forsøgte.</i>
Høj tro på forandring	<i><b>Gruppe B:</b> Disse personer er sikre på, at de ville kunne gennemføre ændringen, hvis de betragtede det som vigtigt, men er ikke overbevist om, at de ønsker at ændre sig.</i>	<i><b>Gruppe D:</b> Disse personer ser det som vigtigt at ændre sig og tror også på, at de ville kunne gennemføre ændringen.</i>

(Miller & Rollnick, 2004: 81)

<sup>20</sup> Den kursiverede tekst i modellen er citat fra Miller & Rollnick.

### 2.3.4 Self-efficacy

Undersøgelser viser, at jo større tro en patient har på at kunne organisere og løse et problem, fx gennemføre en forandring, jo større sandsynlighed er der for, at dette rent faktisk sker (Miller & Rollnick, 2004: 22). Denne tro på egen formåen kaldes for self-efficacy<sup>21</sup>, og den er en vigtig del af motivation (jf. 2.3.3). For at styrke en patients motivation er det derfor også nødvendigt at styrke patientens self-efficacy, da en høj self-efficacy virker motiverende. Patienter, der har høj self-efficacy, er mere aktive både i undervisningen og med hensyn til ændringer (Pintrich & Schunk, 2002: 161 & 164). Self-efficacy er ligesom motivation en dynamisk tilstand, der varierer og kan påvirkes og fremmes interaktionelt.

Albert Bandura, som er ophavsmanden bag begrebet, deler self-efficacy ind i to kategorier. Den første kaldes for **efficacy beliefs** (efficacy-forventninger), mens den anden benævnes **outcome expectancies** (outcome-forventninger). Blohm og Christensen skriver om disse:

Efficacy-forventninger er individets forventninger til at kunne udføre den pågældende adfærd, mens outcome-forventninger er individets forventninger til at en given adfærd vil føre til et ønsket outcome. (2005: 29-30).

Det er altså ikke alene nok at styrke patientens tro på at kunne gennemføre en forandring samt patientens tro på at kunne blive en aktiv samarbejdspartner. Når der i patientundervisning gives informationer eller oplysninger og råd, er det vigtigt, at patienten får en tro på, at disse er korrekte og vil være gavnlige, således at deres outcomeforventninger også er høje. Hvis patienten ikke tror, at fx afspænding hjælper mod stress, så vil patienten ikke benytte sig af afspænding.

### 2.3.5 Bag om motivationsarbejde og forandring

Forestillinger om hvordan mennesket er indrettet, samt forestillinger om hvordan menneskets samspil med omgivelserne er eller vil være, vil påvirke de forventninger og den adfærd, man udviser over for andre, fx i patientundervisning.

#### 2.3.5.1 Antagelser bag motivationsarbejde

Der er et positivt syn på menneskets indre kræfter i patientundervisning. Udgangspunktet for dette menneskesyn findes i den humanistiske psykologis antagelser. Mennesket ansues som:

---

<sup>21</sup> På dansk betegnes begrebet mestringsforventning, men ligesom i mange andre danske tekster bruger jeg det engelske begreb.

- social
- aktiv og ansvarlig
- et individuelt individ med mulighed for konstant vækst
- handlende i overensstemmelse med sine oplevelser, erfaringer, holdninger og værdier, (dvs. handlinger er altid meningsfulde for det enkelte individ).

Antagelserne danner desuden basis for begrebet patientens autonomi, der vægtes højt i patientundervisning, og som er et grundelement bag selve teorien om motivationssamtalen.

At motivationssamtalen bygger på patientens autonomi, vil sige, dels at patienten selv har en masse viden eller potentiale, og dels at patienten selv har ret til at bestemme og vælge, dvs. ansvaret er i sidste ende patientens. Det betyder også, at patienten og den sundhedsprofessionelle skal indgå i et samarbejde. Den sundhedsprofessionelle skal i samarbejde med patienten skabe en interaktion, der fremmer forandring, og det gøres oftest ved at indtræde i en coachrolle (jf. 2.4.2.2). I rollen som coach bliver det naturligt ikke bare selv at videregive viden og indsigt, men at fremkalde viden, indsigt og motivation hos patienterne.

Motivationen skal bruges til at styrke samarbejdet, så patienten bliver en aktiv samarbejdspartner, og til at udvikle egenomsorg, hvilket ofte indbefatter adfærdsændringer, der igen udspringer af holdningsændringer, fx gennem afklaring af ambivalens samt viden og indsigt.

I det følgende ser jeg nærmere på tre forandringsmodeller, da de antagelser og teorier, der er om hvorfor og hvordan mennesker forandrer sig, fortæller noget om, hvordan forandring kan påvirkes kommunikativt.

### **2.3.5.2 Health-belief modellen**

Denne model blev udviklet i slutningen af 1950'erne af to socialpsykologer – Hockbaum og Rosenstock – og den er siden hen blevet videreudviklet (Olsen 2000: 28). Modellens udgangspunkt er, at det enkelte individ reagerer på subjektivt oplevede trusler mod helbredet, således at individet vil prøve at eliminere eller formindske den oplevede trussel. Det svarer nogenlunde til den før beskrevne ligevægtsmodel (jf. 2.3.2), hvor individet ved en oplevet trussel kan komme ud af en ligevægt og derefter vil forsøge at opnå ligevægt igen. Oplevelsen af trusler og dermed individets sundhedsadfærd ses i modellen som hovedsageligt styret af individets antagelser om sundhed. Disse

antagelser kan omhandle, hvor alvorlig den oplevede trussel anses for at være, hvilke fordele og ulemper en eksisterende såvel som ny adfærd har, hvilke forventninger individet har til, hvad der vil virke for at eliminere truslen, og om individet tror på selv at kunne eliminere truslen (self-efficacy). Antagelserne kan påvirkes af bl.a. erfaringer, forandring af livssituation og kommunikation, og dermed kan kommunikation være det incitament, der i sidste ende fører frem til en handling, dvs. en ændret adfærd (Olsen 2000: 31). For at kommunikation skal kunne påvirke motivationen i denne model, så det fører til en handling, dvs. forandring, skal kommunikation ifølge modellen:

- indeholde information, der kan belyse graden af alvor
- indeholde information om fordele ved forandringer
- synliggøre og afdække barrierer mod forandring og opstille strategier til overvindelse af barrierer
- gøre al denne information målrettet til det enkelte individ (eller gruppe), så individet føler det personligt relevant, fx ved at tage afsæt i individets konkrete situation

(Olsen 2000: 33-34).

### **2.3.5.3 Diffusion of Innovation**

Denne model er udviklet af Everett M. Rogers. Modellen er en teori om, hvorledes nytænkning og innovation spredes i sociale systemer, men den er også relevant for forandringskommunikation på sundhedsområdet, fordi den i forhold til de to andre modeller tager højde for det enkelte individs placering i sociale systemer og dets betydning for forandring af sundhedsadfærd.

Grundtanken i modellen er, at et individ indgår i sociale systemer – såkaldte netværk<sup>22</sup>, og at disse netværk har betydning for et individs forandring, fordi et individ inddrager og påvirkes af andres meninger og holdninger i deres egen fortolkning og stillingtagen til et (nyt) område eller budskab. Alt efter individets tilknytning til et netværk taler man om nære og fjerne netværk, og ofte vil de nære netværk som fx familien have stor betydning for det enkelte individs vurdering og holdning til (nye) budskaber (Olsen 2000: 35-36). En patients netværk vil altså være med til at præge patientens opfattelse af udbytte og omkostninger ved forandring såvel som status quo. Opfattelserne kan selvfølgelig præges positivt såvel som negativt.

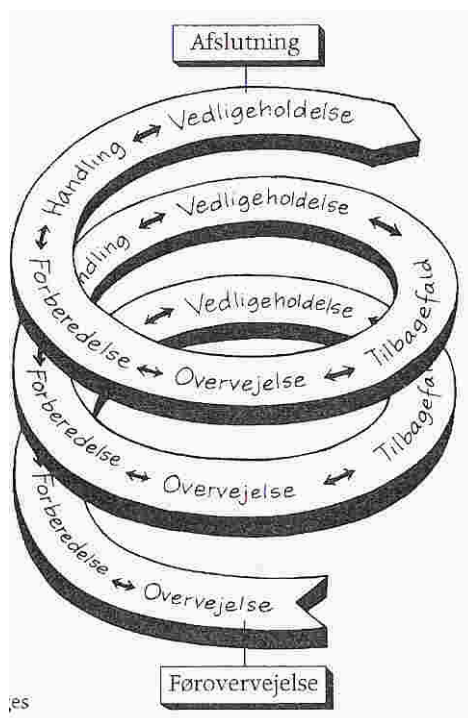
---

<sup>22</sup> Et individ indgår i mange forskellige netværk, hvoraf nogle kan være overlappende med andre af individets netværk eller kun relevante for en tid. Eksempler på netværk er fx et individs familie, et individs kolleger, eller i forbindelse med gruppebaseret patientundervisning det enkelte individs medpatienter.

I patientens netværk vil individerne desuden indtage forskellige positioner i forhold til motivation for forandring<sup>23</sup>. Positionerne inddeles i følgende fem grupper: frontløbere, meningsdannere, brobyggere, medløbere og løst tilknyttede personer (Olsen, 2000: 38). Frontløberne og meningsdannerne er dem, som er hurtigst til succesfuld forandring i den konkrete situation, fx stoppe med at ryge, og de kan benyttes som rollemodeller for andre patienter. Dette kan fx gøres kommunikativt ved, at de fortæller om deres strategier, oplevelser osv., og dermed kan andre få inspiration og styrke deres egen self-efficacy i forhold til motivation for forandring, eller fx ved at pårørende forstår og støtter patienten.

### 2.3.5.4 Stages of Change

Stages of Change modellen - danner baggrund for en meget stor del af al kommunikation, der sigter mod forandring af sundhedsadfærd. Den er udviklet af de to psykologer James Prochaska og Carlo DiClementes og illustreres på følgende måde:



(Olsen, 2004: 47)

Som det ses af modellen, gennemgår mennesker en række stadier i en forandringsproces. For det første kræver en forandringsproces, at et individ ser sine holdninger eller sin adfærd som problematiske (Olsen, 2004: 48). Hvis individet ikke gør dette, befinder individet sig i et

<sup>23</sup> Dette er gældende, hvad enten det drejer sig om forandring af holdninger eller adfærd.

førovervejelsesstadiet, og den sundhedsprofessionelles opgave bliver så at få individet til at indse problematikken, så individet kan blive motiveret til at påbegynde en forandringsproces, fx kan den sundhedsprofessionelle bede patienten om at fortælle om, hvad vedkommende synes er godt og mindre godt i sin konkrete situation, altså en skitsering af fordele og ulemper (jf. 2.3.3). Det kan få patienten til at overveje en forandring, og dermed er forandringsprocessen påbegyndt.

I overvejelsesstadiet ser patienten en adfærd eller holdning som problematisk, men oplever samtidig ambivalens. Derfor skal ambivalensen udforskes og afklares, og de barrierer, patienten oplever og ser, skal kortlægges. På dette stadium har patienten opnået villighed til forandring (jf. 2.3.3).

Det næste stadium er forberedelsesstadiet, hvor individet skal opnå evne og parathed til forandring. Patienten har derfor ikke alene brug for at få styrket deres self-efficacy, men også få indsigt i strategier og redskaber til dels at gennemføre en forandring, og dels til at klare evt. problemer i forbindelse med forandringen (Olsen, 2004: 52).

Når individet går i gang med en forandring, er det især vigtigt med råd, støtte og bekræftelse. Den sundhedsprofessionelle kan med fordel også få patienten til at tale om sine nyerfærede gevinster, da det vil styrke motivationen. På et tidspunkt har patienten opnået forandringen og træder derefter ind i det, der kaldes vedligeholdelsesstadiet, hvor det gælder om at holde ved forandringen. I dette stadium gælder det om at styrke patientens villighed og evne (jf. 2.3.3), så motivationen også vedligeholdes. Det kan gøres gennem fx bekræftelse og ved igen at fokusere på ulemper og fordele ved forandringen og ved den oprindelige situation (status quo).

I modellen er forandringsprocessen en spiral, hvor der er pile mellem alle modellens stadier. Det signalerer dels, at individet almindeligvis oplever flere tilbagefald inden en endelig vedvarende forandring, og dels at individets forandringsproces ikke nødvendigvis er lineær (Olsen, 2004: 48). Eksempelvis kan en patient, der begynder at dyrke motion, opleve det anderledes end forventet og gå tilbage til selve overvejelsesstadiet for at vurdere på ny eller springe direkte fra overvejelserne til handling. Den praktiske virkelighed er altså ikke så skarpt adskilt, som den teoretiske model giver indtryk af.

Et tilbagefald er en almindelig del af forandringsprocessen, og det er vigtigt, at patienten er klar over dette. Derfor skal den sundhedsprofessionelle gøre dette klart for patienten og ved et tilbagefald opmuntre patienten gennem dels at få patienten til at fokusere på det, der gik godt (positiv psykologi), dels at få patienten til at udforske, hvad der gik galt, og fremkalde mulige

løsninger på problemet, og dels pointere for patienten, at denne har fået nogle vigtige erfaringer og er blevet klogere (Olsen, 2004: 53).

Alle disse stadier fortæller en vigtig ting om den sundhedsprofessionelles kommunikation – nemlig at den skal målrettes patientens placering i modellen. Informationer om redskaber til forandring vil være malplaceret, hvis patienten blot overvejer en ændring, og omvendt vil det være irrelevant at fokusere på, hvorfor en forandring vil være gavnlige, hvis patienten er klar til at handle. Den sundhedsprofessionelle skal altså ikke alene målrette sin kommunikation, men også hele tiden vurdere, hvor i forandringsprocessen patienten befinder sig ud fra patientens interaktion og øvrige adfærd.

### 2.3.6 Forandringskommunikation

Forandring er altså en proces, der er afhængig og sammensat af mange faktorer, og årsagerne til forandring er langt fra simple, men det, der er fællesnævneren for forandring, er motivation. Og motivationen kan som nævnt påvirkes og fremmes gennem interaktionen (jf. 2.3.3).

For mig at se supplerer de tre forandringsmodeller hinanden på en god måde. Sammen med motivationssamtalen danner Stages of Change modellen en god basis for forståelsen af motivation og forandring samt nogle gode teknikker og retningslinjer til at fremme motivation og forandring gennem kommunikation. Health-belief modellen giver en dybere indsigt i især førovervejelses- og overvejelsesstadierne og visse retningslinjer for kommunikationen i disse stadier, mens diffusion of innovation peger på, at en patient i hele forandringsprocessen forholder sig aktivt til andres meninger, og at der derfor også skal tages hensyn til dette i kommunikationen.

I afsnit 1.2 nævnte jeg Kræftskolen Danmarks tre grundelementer – viden, handling og støtte. Ud fra ovenstående teori er disse tre grundelementer blevet uddybet nærmere. Her opsummeres overordnet i forhold til de tre elementer:

- **Viden:** patienterne skal ikke bare have viden om noget, de skal have viden, der kan bruges til noget. De sundhedsprofessionelle må altså gennem kommunikationen eksplicitere over for patienten, hvad den viden, der tilbydes, kan bruges til, og i hvilke situationer det er godt at have denne viden. Det skal altså give mening og være vedkommende.

- **Handling:** Udforskning og afklaring er kernen for motivation, læring samt fremkaldelse af forandring, så kommunikationen skal fokusere på dette gennem motivationssamtalens principper og teknikker og dermed inddrage og involvere patienten aktivt, da det fremmer motivationen. For at handle er det desuden vigtigt, at patienterne får et billede af målet, og hvordan dette kan nås<sup>24</sup>. Det er endvidere vigtigt, at målet fremstilles som realistisk, relevant og meningsfuldt.
- **Støtte:** Tro på forandring er vigtig (jf. 2.3.4) – derfor skal kommunikationen opmuntre, fx ved kommunikativt at vise forståelse, respekt og tro på patienten, men også ved at få patienterne til at ytre deres succesoplevelser og rose dem. Desuden må målet ikke virke for kompliceret, for kedeligt og surt eller for uopnåeligt i forhold til den enkelte patients situation, og patienten skal opleve sin gevinst, dvs. den skal være ”synlig”. Desuden kan en initiering af gruppedynamikken være med til at skabe støtte (jf. 2.4.2.1).

## 2.4 Teori om undervisning der skal motivere

I patientundervisning indgår patienten i en læringsproces. Motivationssamtalen fokuserer primært på samtale mellem to individer, men den kan med fordel inddrages i den slags situation, som patientundervisning er (Miller & Rollnick, 2004: 43). Jeg berører her kort yderligere teori, der knytter sig til undervisning og læring.

### 2.4.1 Undervisning af voksne - generel læringsteori

Piaget anskuer også ligevægt som det mennesket stræber efter, men hans anskuelser minder mest om føromtalt spændingsmodel (jf. 2.3.2). Salling skriver:

Denne tilstand af ligevægt er ikke statisk eller passiv, men er en dynamisk og aktiv stræben mod en stadig højere erkendelse og dermed stadig mod udvikling. (1990: 49).

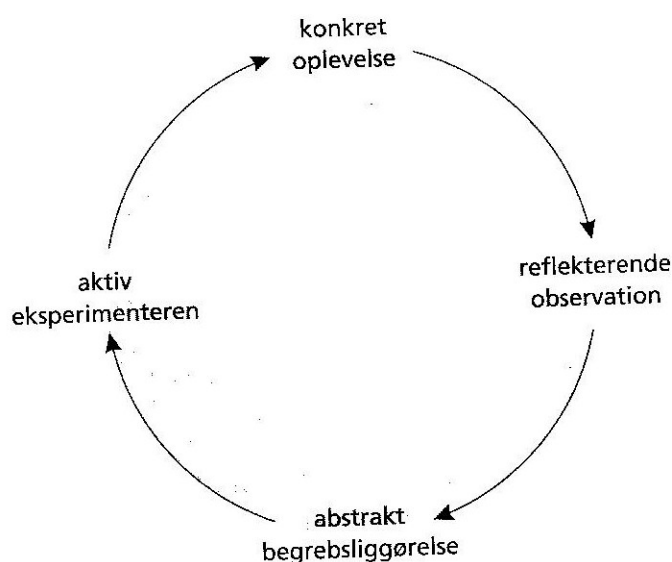
Læring ses altså af Piaget som en adaptationsproces, hvor individet i en vekselvirkning med omgivelserne aktivt tilpasser sig nye påvirkninger. Adaptionsprocessens slutprodukt er ligevægt, men denne er selvfølgelig kun midlertidig, da mennesket anskues at udvikle sig hele livet. Ifølge Piaget består adaptationsprocessen af to komplementære processer: assimilation og akkommodation,

---

<sup>24</sup> Målet vil desuden altid være en blanding af undervisningsmålet, dvs. formålet med undervisningen, og af patientens eget indlæringsmål, dvs. patientens mål for hvad denne ønsker af undervisningen.

og Illeris tilføjer en tredje proces – transformation, som er læring, hvor der foregår en omfattende omstrukturering af mange mentale skemaer, som fx store holdnings- og adfærdsændringer, som fx patientundervisning sigter mod. Al udvikling er således læring. (Jf. evt. bilag 32 for uddybning af processerne).

Illeris taler også om Kolbs læringscirkel, hvis læringsproces er mere applikabel til kommunikationsanalyse. Kolbs læringscirkel består af begribelses- og omdannelsesdele, og den har fire stadier: konkret oplevelse, reflekterende observation, abstrakt begrebsliggørelse og aktiv eksperimenteren (Illeris, 2006: 68):



Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle er bevidste om dette i patientundervisningen, således at kommunikationen kan tage hensyn til dette. Det kan fx være at tage udgangspunkt i en patients konkrete oplevelse i undervisningen, reflektere sammen over den, derefter abstrahere – læs sætte den ind i større sammenhæng – og til sidst opfordre til handlen.

## 2.4.2 Undervisning af patienter - sundhedspædagogik og didaktik

Tidligere har sundhedspædagogikken været meget præget af den naturvidenskabelige tankegang, der gør sig gældende i store dele af hele sundhedsvidenskaben. I dag er der efterhånden bred enighed om, at det er nødvendigt også at inddrage en humanistisk tankegang i sundhedsvidenskaben. Det ses fx med patientcentreret kommunikation, hvilket er vigtigt ved komplicerede og længerevarende sygdomme, hvor det er vigtigt, at patienten udøver egenomsorg.

Meget didaktisk teori forudsætter sunde og raske mennesker, og der er begrænset viden om, hvordan man bedst underviser patienter (jf. 2.1.2). Maunsbach taler dog om to forskellige undervisningsperspektiver inden for patientundervisning: empowerment- og persuationskolen (Christensen & Jensen, 2002: 26-28). Empowermentskolen er meget patientcentreret og fokuserer på patienternes egne ressourcer og kompetencer til at nå eget ønske om forandring, mens persuationskolen bærer præg af en sundhedsvidenskabelig tilgang, hvor patienterne gennem formidling af viden overtales (eller tvinges) til forandring. Ofte bærer patientundervisning præg af begge skoler, hvis perspektiver evt. kan ses forkortet i tabel i bilag 33.

#### **2.4.2.1 Patientcentreret kommunikation**

Patientcentreret kommunikation tager udgangspunkt i patienten, og betragter patienten ud fra et funktionelt perspektiv, dvs. de sundhedsprofessionelle i kommunikationen fokuserer på det, patienten kan og vil. Det betyder:

... at patientens adfærd, tanker og følelser og generelle velbefindende inddrages på linje med for eksempel biologiske og parakliniske aspekter ved sygdom og behandling. (Zwisler, Schou & Sørensen, 2003: 24).

Den kroniske sygdom, patienten har, skal altså ikke blot forstås ud fra et medicinsk perspektiv, men fra patientens perspektiv. For patienten er målet med behandling af sygdommen ikke blot fx regulering af kolesterol, blodtryk eller forhindring af blodpropper, men et liv der er bedst muligt længst muligt. Patientcentreret kommunikation handler derfor om at møde patienten der, hvor denne er. Det svarer til, at de sundhedsprofessionelle skal tage højde for, hvor i forandringsprocessen patienten befinder sig (jf. 2.3.5.4) og prøve at tilpasse undervisningen efter patienternes individuelle behov og ressourcer.

Men hvorfor så udføre undervisning i grupper, hvor der er flere individuelle behov at tage højde for? Undervisning i grupper, som ved patientundervisning på patientuddannelse, giver mulighed for at få en gruppedynamik, hvor patienterne hjælper, støtter og inspirerer hinanden. De sundhedsprofessionelle har ikke prøvet på egen krop, hvad det vil sige at have en kronisk sygdom<sup>25</sup>. Det har patienterne, og de kan derfor dele nogle ting med hinanden og hjælpe hinanden på en anden måde end de sundhedsprofessionelle. Gruppedynamikken kan derfor af de sundhedsprofessionelle bruges

---

<sup>25</sup> Det kan selvfølgelig forekomme, at de sundhedsprofessionelle selv har en eller anden kronisk sygdom, og dermed kan relatere på en anden måde til patienternes situation, men pga. deres faglige rolle vil de aldrig deltage i undervisningen på samme vilkår som patienterne.

til, at patienter deler erfaringer med hinanden, er coach for hinanden og støtter hinanden. Sidst, men ikke mindst, kan gruppedynamikken bruges til at skabe et nyt betydningsfuldt netværk for patienterne (jf. 2.3.5.3), som de aktivt påvirkes af og selv påvirker i arbejdet med deres forandring.

### 2.4.2.2 Roller i patientundervisning

Målet med at motivere patienterne til at blive aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg, og antagelserne bag ved dette, betyder som sagt, at de sundhedsprofessionelle indtræder i en undervisningsrolle. Men der er forskel på undervisningsroller, og de sundhedsprofessionelle kan indtage forskellige roller i forhold til patienterne i patientundervisning. Rollerne etableres gennem kommunikationen og konteksten, og de har også betydning for og indflydelse på motivationen af patienterne. Mabeck opridser tre roller i forhold til kommunikation mellem sundhedsprofessionelle og patienter:

<b>Eksperten</b>	<b>Rådgiveren</b>	<b>Coachen<sup>26</sup></b>
Definerer problemet inden for en sundhedsfaglig referenceramme	Definerer problemet inden for en sundhedsfaglig referenceramme	Tror på patientens evne til selv at vurdere problemet og til selv at finde en løsning
Stiller fx en diagnose[.] Finder en løsning og ordinerer en behandling	Informerer om problemet, dets betydning og behandlingsmulighederne	Stimulerer patienten til at reflektere over problemet og mulige løsninger
Informerer patienten	Samtalen er analyserende, målsættende og styrende[.] Behandleren forsøger gennem overtalelse at overbevise patienten og få hende til at acceptere behandlerens opfattelse og til at handle ”fornuftigt”	Behandleren fastholder patienten i denne analyse. Viser varme, forståelse og interesse for patienten opfattelse
Handler paternalistisk og tager ansvar for beslutningerne	Respekterer patientens autonomi og overlader derfor beslutningsansvaret til patienten	Beslutningsansvaret er hos patienten

(Mabeck, 2005: 27)

<sup>26</sup> Mabeck kalder denne rolle for katalysatorrollen, men jeg vælger at bruge begrebet coach, fordi der i meget anden litteratur tales om at gå ind i en coachrolle, hvilket efter min mening er en bedre beskrivelse.

Alle roller har deres berettigelse – også i patientundervisning, men det afhænger selvfølgelig af den konkrete situation, hvilken rolle der er mest passende såvel som effektiv. Generelt skal de sundhedsprofessionelle for at motivere patienterne søge at indtage rollen som coach mest. En coach belærer ikke, men assisterer patienterne, og skaber de rammer og vilkår, der får patientens motivation til at blomstre (Sørensen & Strandgaard, 2007: 18-19). Det er vigtigt, at dette bliver gjort klart for patienterne, så de ved, hvad der forventes af dem, og så de ved, hvilke krav de kan stille til de sundhedsprofessionelle<sup>27</sup>.

## 2.5 Opsamling og sammenføjning

- Formålet med patientundervisning er at få patienter, der er aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg, dvs. at de involverer sig aktivt, samt at de udfører livsstilsændringer for at tage vare på sig selv.
- De sundhedsprofessionelle skal motivere patienterne til ovenstående gennem kommunikationen.
- Motivation er afhængig af mange faktorer og elementer, der hænger sammen og indgår i et samspil mellem det enkelte individ og omgivelserne, dvs. interpersonelle elementer. Desuden påvirkes og fremmes motivation interaktionelt.
- Indre motivation er mest effektiv.
- Motivation til at nå formålet antages at øges, når patienten aktivt medinddrages og involverer sig i patientundervisningen, når patienten oplever høj grad af self-efficacy, når patienten oplever meningsfuldhed, relevans og ansvar, samt når patienten får den nødvendige viden, indsigt og strategier til at opfylde de behov, de har, alt efter hvor i forandringsprocessen de befinder sig, fx behov for afklaring af ambivalens, behov for handlingsanvisende råd eller behov for støtte og opmuntring.
- Kommunikationen skal derfor være patientcentreret, og de sundhedsprofessionelle skal være bevidste om deres roller og stræbe mest muligt efter at indgå i en coachrolle.
- Coachrollen indebærer at stimulere patienten til at reflektere, vurdere, formulere samt finde og selv tage ansvar for en løsning eller beslutning. Coachen er derfor spørgende, lyttende, reflekterende og bevidst styrende mht. til at fastholde patientens opmærksomhed på det relevante i den konkrete situation.

---

<sup>27</sup> Dette kan også være nyttigt, hvis patienterne har associationer om eller forventninger til undervisningen, der ikke stemmer overens med det, der rent faktisk skal ske eller er meningen med undervisningen.

## 3.0 Metode

I dette kapitel beskriver jeg i hovedtræk de metoder, som jeg benytter samt argumenterer og redegør for mit valg og sammensætning af disse metoder<sup>28</sup>. Til sidst behandler jeg kort metodiske refleksioner i forhold til valg, afgrænsning og indsamling af min empiri, der udgøres af en konkret case.

### 3.1 Diskursanalyse

Diskursanalyse er ikke et entydigt begreb, men dækker over en række tværfaglige tilgange, der er mere eller mindre divergerende i deres bagvedliggende antagelser og metodefremgang. Fælles for langt de fleste diskursanalytiske tilgange er, at de udspringer fra en socialkonstruktivistisk base. Denne socialkonstruktivistiske base har en helt central antagelse om, at sprog og diskurs<sup>29</sup> er det, der giver virkeligheden betydning eller mening. Det vil sige, at betydning skabes gennem vores sproglige interaktion og de sociale praksisser, vi indgår i. Jørgensen og Phillips skriver:

Sproget er således ikke bare en kanal, hvorigennem information om underliggende sindstilstande og adfærd formidles eller fakta om verden kommunikerer, sproget er derimod en 'maskine', der *konstituerer* den sociale verden. Det gælder også for konstitueringen af sociale identiteter og sociale relationer. Hermed er *forandring* i diskurs også en af de måder, hvorpå det sociale forandres. Der foregår kampe på det diskursive niveau, som er med til både at forandre og reproducere den sociale virkelighed. (1999: 18).

Dermed når man frem til en af de diskursanalytiske tilganges vigtigste antagelser – nemlig at sprog og diskurs afspejler sociale strukturer og processer og er konstitueret af disse, men også at selv samme sprog og diskurs er med til at forme og omforme – altså konstituere - disse processer og strukturer. Sprog og diskurs siges at stå i et dialektisk forhold med sociale praksisser. Ved at undersøge interaktionen i dens konkrete kontekst er det dermed muligt at få indblik i social såvel som diskursiv vedligeholdelse og forandring på mange forskellige områder.

Sprog og diskurs er også kulturelt og historisk specifik (Jørgensen & Phillips, 1999: 14), hvilket betyder, at en situations kulturelle og historiske ramme giver begrænsede muligheder for tolkninger

---

<sup>28</sup> Jeg baserer primært min fremstilling af de diskursanalytiske metoder ud fra Jørgensens & Phillips bog *Diskursanalyse som teori og metode*, da jeg mener, at deres bog giver et fint og nuanceret indblik i området. Jeg inddrager derfor ikke særlig meget fra andre diskursanalytiske forfattere, da jeg finder det overflødig i forhold til opgavens størrelse og formål. Til fremstillingen af konversationsanalysen trækker jeg dog på andre forfattere, eftersom Jørgensen & Phillips kun berører denne metode perifert.

<sup>29</sup> Jørgensen & Phillips laver en kort definition af diskurs som: "en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på" (1999: 9).

eller betydninger, der accepteres og ytres som sande eller tænkelige, selvom der principielt set kan være uendeligt mange andre tolkninger og betydninger. Denne ramme betyder bl.a., at alt ikke, som visse kritikere har hævdet, bliver relativt ved diskursanalyse.

Jeg skal kort berøre diskursanalysens subjektforståelse, dvs. antagelser om selvet, og syn på magt. Først subjektforståelsen; sociale identiteter ses som konstitueret af sprog og diskurs, og dermed skabes subjektet gennem de forskellige diskurser, som denne indgår i. Subjektet ses derfor som decentreret eller spredt (Jørgensen & Phillips, 1999: 27 & 115) og kan indtage forskellige subjektspositioner – altså identiteter eller roller (jf. 2.4.2.2). Subjektet er altså ikke en autonom størrelse med en fast og given identitet med ægte og uforanderlige karakteristika, men derimod et socialt og diskursivt subjekt, der indtager forskellige identiteter, der er mere eller mindre midlertidige. Identiteterne skabes ved at bruge forskellige diskursive ressourcer i forskellige sociale interaktioner, og identiteterne ses desuden også som en aflejring af tidligere diskursive praksisser.

Diskursanalysens syn på magt ses som en struktur, der muliggør det sociale:

Det er i magt, at vores sociale omverden produceres, at objekter udskilles fra hinanden og får karakteristika og relationer til hinanden. ... Magt er både det, der skaber vores sociale omverden, og det, der gør, at omverd[e]nen ser ud og kan italesættes på bestemte *måder*, mens andre muligheder udelukkes. Magt er således både produktiv og begrænsende. (Jørgensen & Phillips, 1999: 23).

Subjekter besidder altså ikke i sig selv magt, men kan gennem sproget diskursivt udvise magt, således at ulige magtforhold kan opstå.

En sidste vigtig præmis for både de to nedenstående diskursanalytiske metoder – kritisk diskursanalyse og diskurspsykologi- og for den tredje metode, jeg anvender - konversationsanalysen – er, at alle tre tilgange undersøger og analyserer sprogbrugen i den naturlige sociale sammenhæng. Det betyder for det første, at man ikke isolerer selve interaktionen, men at man også inddrager den omgivende kontekst, fx den situation interaktionen udspiller sig i, og for det andet, at der i empirien bruges optagelser (audio og/eller visuelle) samt autentiske tekststykker, således at interaktionen kan undersøges i dens naturlige sociale sammenhæng.

### 3.1.1 Kritisk diskursanalyse

En af de mest udviklede teorier og metoder inden for kritisk diskursanalyse er Norman Faircloughs tilgang (Jørgensen & Phillips, 1999: 72). Faircloughs metodiske tilgang har en struktur, der gør den let anvendelig, fordi han tilbyder en række retningslinjer og teknikker til brug for analyse. Samtidig er det en metode, som dækker mange forskellige konkrete sproglige og kommunikative aspekter, og derfor vil jeg (til dels) benytte mig af hans tilgang i min analyse.

Ifølge Fairclough skal den kritiske diskursanalyse undersøge:

de ofte ugenomsigtige årsags- og determinansforhold mellem (a) diskursive processer, begivenheder og tekster, og (b) bredere sociale og kulturelle strukturer, relationer og processer, [...] hvordan sådanne praksisser, begivenheder og tekster fremkommer og er ideologisk formet af magtrelationer og kampe om magt. (Fairclough i Jørgensen & Phillips, 1999: 75<sup>30</sup>).

Fokus er altså på de diskursive processers rolle i opretholdelse og forandring af de sociale processer, dvs. at undersøge den konkrete kommunikation og sprogbrugs forbindelser til den sociale praksis.

Begrebet diskurs anvender Fairclough på to forskellige måder. Overordnet definerer han diskurs som sprogbrug som social praksis, men han taler også om bestemte diskurser, der kan adskilles fra hinanden. Jørgensen & Phillips skriver:

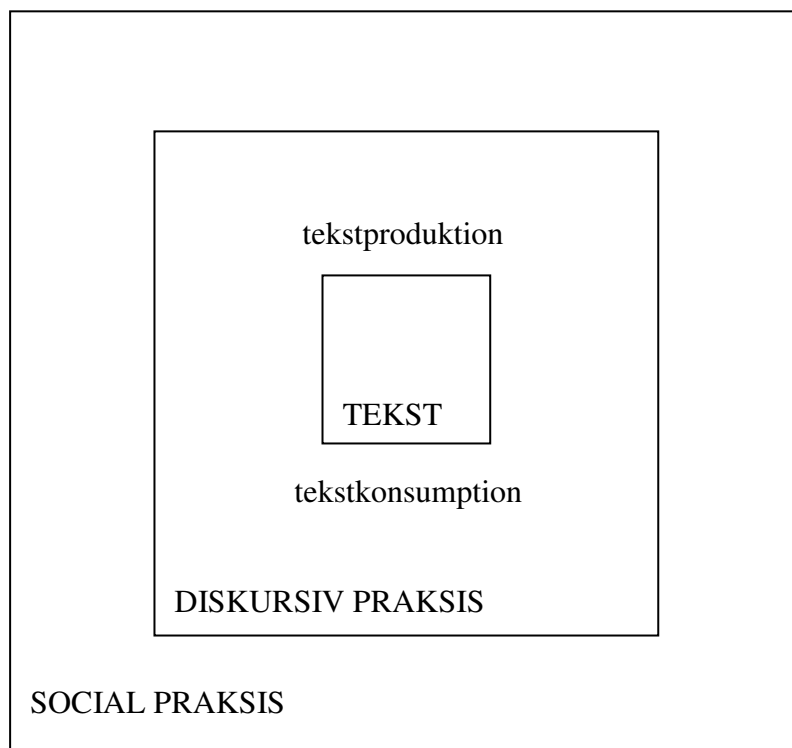
*... en måde at tale på, der giver betydning til oplevelser ud fra et bestemt perspektiv – dvs. én bestemt diskurs, der kan adskilles fra andre diskurser. (1999: 79).*

Disse diskurstyper kan fx være læge-patient-samtale, undervisningsdiskurs, videnskabelig diskurs osv. Fairclough hævder, at der inden for en social institution eller et socialt domæne er mange forskellige diskurstyper og genrer (fx videnskabelige artikler i videnskabelig diskurs og medicinsk interview i læge-patient-samtale), og summen af dem kalder han for diskursordnen (Jørgensen & Phillips, 1999: 80). Fx kan patientundervisning siges at indgå i sundhedssystemets diskursorden.

---

<sup>30</sup> Jørgensen & Phillips angiver, at citatet er fra Fairclough 1993: 135; genoptrykt i Fairclough 1995a:132f.

Til brug for analyse udviklede Fairclough en tredimensional model, som ser således ud:



(Jørgensen & Phillips, 1999: 81<sup>31</sup>)

Modellen danner rammen for analysen. Den inderste kasse er primært en lingvistisk analyse af teksten, hvor teksten i mit tilfælde selvfølgelig er den konkrete interaktion i patientundervisningen. I mellemste kasse undersøges, hvordan interaktionens parter trækker på diskurstyper og genrer i produktionen og konsumtionen af interaktionen, mens der i yderste kasse ses på, hvordan den konkrete interaktion eller diskurs indvirker på den sociale praksis, fx hvilke ideologiske konsekvenser det har.

Se afsnit 3.1 5 og 3.2 for yderligere beskrivelse af hvilke dele af modellen, og hvilke lingvistiske elementer jeg fokuserer på i analysen.

---

<sup>31</sup> Fra Fairclough, 1992a: 73.

### 3.1.2 Diskurspsykologi<sup>32</sup>

Diskurspsykologi adskiller sig især fra kritisk diskursanalyse ved at beskæftige sig med mere retoriske elementer i sprogbbruget (Jørgensen & Phillips, 1999: 75). Diskurspsykologien er udviklet inden for socialpsykologien som en kritik af og en udfordring til kognitivismen. Jonathan Potter og Margaret Wetherell er to personer, hvis arbejder har haft en central betydning for udviklingen af diskurspsykologien (Jørgensen & Phillips, 1999: 106), og ligesom Fairclough tilbyder deres tilgang gode teknikker til brug for analyse, og derfor er mit valg inden for den diskurspsykologiske metode faldet på dem.

Det diskurspsykologiske formål beskrives som:

... at undersøge, hvordan folk strategisk bruger de forhåndenværende diskurser til at fremstille sig selv og verden på bestemte (fordelagtige) måder i social interaktion, og hvilke sociale konsekvenser det har. (Jørgensen & Phillips, 1999: 16).

Man fokuserer altså på, ”hvordan identiteter opstår, forhandles og omformes i sociale praksisser”, hvilke diskursive strategier der trækkes på, samt hvilke konsekvenser dette har.

For at illustrere diskurspsykologiens præmisser og arbejdsredskaber er det nyttigt kort at se på kognitivismen, eftersom den danner en modpol til diskurspsykologien.

I kognitivismen ses tekst og tale som en spejling af virkeligheden og underliggende mentale elementer, og mentale processer anskues som værende interne processer, der er (mere eller mindre) universelle. Den sociale verden anskues som information, der skal bearbejdes, ordnes og placeres i fx skemaer eller skripter hos det enkelte individ gennem universelle kognitive processer for at undgå kaos og opnå konsistens – altså ligevægt. De mentale processer er altså dem, som ifølge kognitivismen styrer vores sociale handlinger, og individet stræber altid efter at have konsistens i sin tilværelse, da det ellers betyder en ubehagelig psykologisk spænding (Jørgensen & Phillips, 1999: 106-107).

---

<sup>32</sup> Jeg gør opmærksom på, at dele af dette afsnit er fra mit materiale til en tidligere mundtlig eksamen i faget *Sproglige udtryksmidler i skriftlig kommunikation* (tilvalgsfag 2003, Sprogpsykologi). De dele jeg har genbrugt, angives med anførselstegn.

Diskurspsykologien siger ikke, at skemaer eller skripter ikke findes, men de er kritiske over for især tanken om, at vores måder at kategorisere og forstå verden på er universelle og socialt uafhængige. De siger, at vores måder at kategorisere og forstå verden på er historisk og socialt specifikke og derfor også foranderlige. Desuden mener de, at teorien om konsistens (eller ligevægt) er uholdbar, da individer ofte fremsætter modsætninger i deres holdninger og ikke behandler dette som problematisk. Diskurspsykologer siger derfor, at konsistens og inkonsistens er variable størrelser, og om et individ opfatter noget som (in)konsistent afhænger af individet og den konkrete sociale situation. Det betyder, at et individ godt kan have ambivalente og modsatrettede holdninger og følelser og også have ambivalent adfærd alt efter de situationer, de indgår i. Et individ kan altså godt opleve inkonsistens eller diskrepans (jf. 2.3.3) som en ubehagelig spænding, der skal elimineres, men det forholder sig nødvendigvis ikke sådan, men afhænger af den konkrete situation. Holdnings- og adfærdsforandring indgår derfor ifølge diskurspsykologer i et større meningssystem og er et produkt af social interaktion.

Alt dette betyder, at ”tekster og talt sprog ses som konstruktioner af verden, der orienteres mod sociale handlinger, og mentale processer ses som konstitueret gennem social diskursiv aktivitet. Sproget anses som en dynamisk og fleksibel form for social praksis, og der fokuseres på den retoriske organisering af tekst og tale, dvs. hvordan tekst og tale orienteres mod social handling”.

Mens Fairclough især fokuserer på den diskursive forandring og det lingvistiske aspekt i dette, fokuserer diskurspsykologien altså især på, hvordan interaktionen retorisk organiseres mod social handling, herunder subjektspostionering, samt hvordan fx holdninger og følelser konstitueres gennem diskursiv praksis. Det betyder, at en kombination af disse to tilgange formentlig vil give en bedre indsigt i, hvordan og på hvilken måde motivation konstrueres diskursivt i patientundervisning.

Se afsnit 3.1 5 og 3.2 for yderligere beskrivelse af hvilke retoriske elementer jeg fokuserer på i analysen.

### 3.1.3 Konversationsanalyse<sup>33</sup>

Konversationsanalysen (Conversation Analysis) – fremover CA – anses især for at være udviklet af Harvey Sacks arbejde fra midten af 1960'erne til midten af 1970'erne. CA udspringer ligesom de to ovenstående diskursanalytiske tilgange også fra en socialkonstruktivistisk base, og især etnometodologi og sociologi har haft betydning for udviklingen af CA. ”Sacks inspiration kom bl.a. fra Erving Goffmans teorier omkring face-to-face interaction<sup>34</sup>, men CA er også inspireret af mere naturvidenskabelige tilgange. Sacks ville gerne have en metode inden for sociologien, som dels er reproducerbar (dvs. andre kan analysere på præcis det samme og have samme observationer eller afvigende observationer), og som dels giver læseren de samme informationer, som forskeren har. En af styrkerne ved CA er da også, at alle har ”lige adgang” til materialet, og der kan analyseres igen og igen på materialet, og at der efterfølgende generaliseres på det”.

”Kort sagt er CA studiet af ”talk-in-interaction”, dvs. sproget i brug. Man beskæftiger sig ikke så meget med, hvorfor deltagerne gør, som de gør (deres inderste tanker og ønsker, da sproget ikke ses som en afspejling af dette), men hvordan de gør det, de gør – fx hvordan vi opnår fælles forståelse, og hvordan vi skaber relationer til andre og egne sociale roller. Man ser sprog som sociale handlinger, der kan vise bagvedliggende forventninger og værdier hos deltagerne gennem, hvad de orienterer sig mod i interaktionen. Sproget ses altså som et særdeles ordnet fænomen, der er strukturelt organiseret. Det er denne orden, som deltagerne i interaktionen orienterer sig imod, som CA vil afdække gennem identifikation og beskrivelser af de kommunikative procedurer og interaktionelle konsekvenser, fx hvordan vi demonstrerer forventninger i interaktionen, og hvilken betydning vi tillægger det, der tales om eller foregår. Så kan man nemlig redegøre for bagvedliggende sociale og interaktionelle normer”. Det betyder, at man i CA går meget detaljeret frem i transskriberingen af den konkrete interaktion, og der fokuseres mere på fx tryk, intonation, pauser, overlapninger osv. end i de to ovenstående diskursanalytiske tilgange. Desuden har man ikke på forhånd teorier eller hypoteser om interaktionen, der skal be- eller afkræftes, således som det fx kan forholde sig både i den kritiske diskursanalyse og i diskurspsykologien.

---

<sup>33</sup> Jeg gør opmærksom på, at dele af dette afsnit er fra mit materiale til en tidligere mundtlig eksamen i faget *Tale og gestik* (OB-fag på Dansk – eksamen i 2005). De dele jeg har genbrugt, angives med anførelsestegn. Afsnittet er baseret på Hutchby og Wooffitts fremstilling af CA i bogen *Conversation Analysis* (jf. 9.0).

<sup>34</sup> Face-to-face interaction handler om, hvordan vi konstruerer os selv som bestemte individer især igennem talen.

Ofte inddrages CA i både diskurspsykologiske og kritisk diskursanalytiske tilgange, da CAs metodiske tilgang - sekventiel mikroanalyse - giver et godt arbejdsredskab. ”Sekventiel mikroanalyse vil sige, at man ser på sekvenser i interaktionen. Hver tur eller handling er afhængig af, hvad der er gået forud, og er med til at forme det, der kommer derefter. Deltagerne orienterer sig imod dette ved, at en tur viser den forståelse, som en deltager har af den forudgående, dvs. man kan se, hvordan noget bliver behandlet og forstået. Samtidig former turen også den videre interaktion, fordi andre deltagere kan se/høre, hvordan turen bliver behandlet og reagere på dette. Det kræver måske et eksempel – fx hvis en deltager demonstrerer en forståelse, der er forkert af en anden deltagers forudgående tur, så kan denne deltager efterfølgende reagere på det, fx ved at sige at det ikke var det, man mente”.

Jeg inddrager CA som metode i min analyse, dels fordi den sekventielle mikroanalyse er et godt arbejdsredskab til at undersøge lingvistiske såvel som retoriske elementer, og dels fordi CA også fokuserer på at ganske små interaktionelle elementer, som fx pauser, betoning osv., kan have afgørende betydning.

### **3.1.4 Transskriptionskonvention**

Jeg benytter mig af Jakob Steensigs transskriptionskonventioner (se bilag 6), som oprindeligt er udarbejdet af Gail Jefferson, og disse konventioner er de alment gældende konventioner, som bruges inden for samtaleanalyse herunder CA og interaktionel lingvistik (Steensig, 2001: 33). I bilag 5 beskriver jeg kort, hvordan mine optagelser og transskriptioner kan ses i programmet CLAN, samt hvor programmet kan hentes og downloades.

Jeg har transskriberet videoptagelserne i programmet CLAN. Først har jeg lavet en rå-transskription uden særlig mange detaljer. Derefter har jeg udvalgt nærmere dele – eksempler - ud fra bestemte temaer og interessante passager til en nærmere analyse. Temaerne er bl.a. udvalgt ved hjælp af teorien, ud fra observationer og notater fra selve indsamlingen samt ud fra iagttagelser under transskriptionsarbejdet. Alle deltagere er anonymiseret i eksemplerne – patienterne i form af andre navne, de sundhedsprofessionelle via professionsnavnet.

### **3.1.5 Min sammensætning og brug af metode**

Da mange af de diskursanalytiske tilgange har en række fællesnævnerne, er det muligt at kombinere og sammensætte de forskellige tilgange (Jørgensen & Phillips, 1999).

Jeg integrerer ovenstående tre forskellige metodiske tilgange til brug for min analyse. Jeg mener, at de tre tilgange vil være gavnlige at kombinere, da de hver især fokuserer på bestemte kommunikationsmæssige faktorer i en analyse. Alle tilgangene har generelt set en del fælles præmisser, men hver tilgang har også hver især nogle ”mangler” og ved at kombinere alle tre tilgange, kan jeg på denne måde afdække alle de områder, jeg ønsker at se nærmere på i analysen. De diskursanalytiske tilgange stemmer også fint overens med motivationssamtalens grundpræmisser og vil derfor være et naturligt valg i forhold til min problemformulering.

Jeg er dog bevidst om, at visse dele af CA strider lidt mod de andre to tilganges bagvedliggende antagelser og præmisser, og at de dermed ikke er helt forenelige. Alligevel mener jeg, at det er muligt og givende at kombinere CA med henholdsvis kritisk diskursanalyse og diskurspsykologi, bl.a. fordi de to tilgange selv anvender metoder fra CA (fx Jørgensen & Phillips, 1999: 78). Derfor forholder jeg mig ikke yderligere til denne problematik.

Fra Faircloughs tredimensionale model fra kritisk diskursanalyse anvender jeg især hans ”tekst-element”. Dette element giver mig mulighed for at se nærmere på nogle lingvistiske faktorer ved kommunikationen, og på hvordan disse faktorer indvirker på at prøve at motivere patienterne. Jeg beskæftiger mig bl.a. med den interaktionelle kontrol, dvs. forholdet mellem talerne, især hvilke roller eller identiteter de indtager, og jeg ser også på ordvalget og visse grammatiske elementer i interaktionen. Jeg vil også løbende kort forholde mig til Faircloughs to andre elementer - den diskursive praksis og den sociale praksis - og inddrage disse elementer, men jeg vil ikke gå i dybden på samme måde med dem som med ”tekst-elementet”.

Diskurspsykologien tilbyder et retorisk fokus på interaktionen og fokuserer på, hvordan interaktionen orienteres mod social handling (Jørgensen & Phillips, 1999: 125). Jeg er gået til min empiri ud fra den diskurspsykologiske tilgang – nemlig ved at identificere visse temaer ud fra teorien samtidig med, at jeg har været åben over for nye temaer. Det retoriske fokus, som diskurspsykologien tilbyder, giver mig mulighed for at se på, dels hvordan de sundhedsprofessionelle retorisk konstruerer patientundervisningen mod at motivere patienterne, dels hvordan patienterne reagerer på undervisningen.

Til sidst er der CA. Tilgangen forholder sig mere ”internt” til interaktionen og ofte også meget mere detaljeret end de to ovenstående, fx hvad angår funktionen af elementer som pause eller tøven. I samspil med de to ovenstående tilgange vil jeg bruge CA til at belyse meget konkret, hvordan forskellige ting opnås, og vise hvordan selv små detaljer kan have en væsentlig betydning.

Ved at kombinere de tre tilgange får jeg altså mulighed for at gå helt ned i interaktionelle og lingvistiske detaljer og samtidig forholde mig til helhederne i empirien og den omgivende kontekst, og det på en måde som ikke havde været mulig, hvis jeg blot valgte at arbejde ud fra en enkelt tilgang.

## 3.2 Operationalisering

Jeg har allerede i teorikapitlet været inde på, hvordan teorierne kan relateres til kommunikation i patientundervisning. Teorien og metoden danner referenceramme og baggrundsviden og tilbyder analysekategorier, men en lille del af teorien har brug for en yderligere operationalisering.

Det primære fokus er motivation – **motivation udspringer af noget og retter sig mod noget.**

Undervisningen skal være motiverende og motivere patienterne til aktivt at deltage og involvere sig. Når de gør dette, er betingelserne for at deres motivation - til at blive en aktiv samarbejdspartner der udfører egenomsorg, herunder holdnings- og adfærdsforandringer – optimale. **Derfor er især forsøg på medinddragelse og involvering af patienten interessant, og ligeledes er patienternes verbale aktivitet interessant, da dette viser deres involvering og samtidig anses som positivt i forhold til udforskning og afklaring af ambivalens samt fremkaldelse af forandringsudsagn (jf. 2.3.3).**

Jeg har allerede i motivationssamtalen gjort rede for kommunikative og sproglige elementer, der kan antages at signalere (påvirkning af) motivation, og jeg gentager derfor blot hovedpunkterne her:

- Åbne spørgsmål
- Reflekterende lytning
- Bekræftelse
- Opsummering
- Fremkaldelse og styrkelse af forandringsudsagn
- Reaktion på forandringsudsagn og på modstand
- Oplysninger og råd

Jeg vil undersøge alle disse kommunikative elementer nærmere i min analyse.

Fra Faircloughs lingvistiske redskaber vil jeg især se på modalitet, transitivitet samt ordvalg i forhold til motivationssamtalens kommunikative hovedpunkter (Fairclough, 1992: 232-238, Jørgensen & Phillips, 1999). Fra diskurspsykologien vil jeg især have retorisk fokus på appelformer

(logos, patos og ethos) samt relevans. Jeg vil også se på, hvordan de sundhedsprofessionelle indtager og benytter forskellige roller med alle disse analytiske redskaber.

### **3.3 Casen**

Specialets case er et patientuddannelsesforløb på en Hjerterehabilitering på et hospital i hovedstaden.

#### **3.3.1 Valg af casen**

Jeg ønskede en case, der beskæftigede sig med patientundervisning på patientuddannelse inden for et af de store kroniske sygdomsområder (jf. 1.0). Jeg sendte derfor et brev til et af hovedstadens hospitaler. Hospitalet henvendte sig heldigvis til mig med interesse og havde en afdeling med et patientuddannelsesstilbud med patientundervisning inden for Hjerterehabilitering, der gerne ville samarbejde med mig. Hospitalet havde desuden udarbejdet en bog om deres tilbud. Efter et indledende møde i januar 2006<sup>35</sup>, fulgte jeg først en patient til forsamlinger og derefter en gruppe af patienter i et patientuddannelsesforløb på ca. to måneder.

#### **3.3.2 Afgrænsning af case og indsamlingsmetode**

Selve patientuddannelsesforløbet er et længerevarende forløb, der består af tre hovedelementer, og som forløber over 6 uger. De tre hovedelementer er sammensat på følgende måde og er jævnt fordelt over hele forløbet (se evt. bilag 7):

- 6 hjertemøder, hvor patienterne undervises af sundhedspersonalet<sup>36</sup> på afdelingen om forskellige emner.
- 3 praktiske madlavningsgange, hvor gruppen af patienter og evt. pårørende laver mad og spiser sammen med afdelingens diætist.
- 12 gange fysiske aktivitetsperioder, hvor gruppen af patienter træner i samarbejde med en fysioterapeut.

---

<sup>35</sup> På dette møde mødte jeg nogle af de ansvarshavende personer på afdelingen, jeg fortalte om mine ønsker med projektsamarbejdet, og de deres, og vi aftalte visse "spilleregler" for samarbejdet.

<sup>36</sup> Lægen, diætisten og fysioterapeuten varetager hver en undervisningsgang, mens sygeplejersken står for tre undervisningsgange og også er den ansvarlige kontaktperson for patienterne på patientuddannelsesforløbet.

Jeg har valgt næsten udelukkende at fokusere på de seks hjertemøder, da disse for det første er det primære sted, hvor de sundhedsprofessionelle underviser og gennem kommunikationen søger at øge patienternes motivation, og fordi møderne for det andet udgør en passende afgrænset enhed, der mere eller mindre kan stå alene.

Det er klart, at der både under madlavningen med efterfølgende spisning og under de fysiske aktivitetsperioder også foregår en vis undervisning, men den er ofte mere skjult og indirekte. Desuden kan man karakterisere hjertemøderne som havende undervisning som den primære aktivitet, mens madlavning og fysisk træning ikke har undervisning, men derimod afprøvning af nye færdigheder samt opbygning af gode vaner som primær aktivitet.

I min indsamling af empiri har jeg valgt at videooptage alle hjertemøder, da det giver mulighed for at se på og analysere undervisningen i dens naturlige kontekst. Det er desuden den mest naturlige indsamlingsmetode i forhold til de metoder, jeg anvender (jf. 3.1). Optagelserne vil derfor også være det bærende element for analysen.

Endvidere har jeg indsamlet kopier af de PowerPoints, der anvendes i undervisningen på hjertemøderne samt diverse uddelingsmaterialer til patienterne, men de indgår kun som et supplement til optagelserne af undervisningen. Jeg har som et yderligere supplement valgt at udforme to spørgeskemaer til patienterne (se bilag 8 & 9), og jeg har lavet et semistruktureret interview med patientuddannelsesforløbets ansvarshavende sygeplejerske, der varetager tre ud af de seks undervisningsgange på hjertemøderne.

Desuden har jeg også observeret et par fysiske aktivitetsperioder<sup>37</sup> samt deltaget i madlavning og spisning med patienterne et par gange. Det gjorde jeg for at få indtryk af, hvad der sker i disse to dele af patientuddannelsesforløbet, og om og i så fald hvordan disse dele har indflydelse på selve undervisningen på hjertemøderne.

### **3.3.3 Empiriens bestanddele**

Casens empiri består altså af ca. 9 timers digitale videooptagelser af patientundervisning af et hold patienter på et patientuddannelsesforløb på en hjerterehabileringsafdeling. Disse optagelser er empiriens hovedbestanddel og vil være det primære udgangspunkt for og udgøre hovedparten af materialet til analysen. Jeg supplerer med anden empiri bestående af undervisningsmateriale fra

---

<sup>37</sup> En i starten af forløbet og en i slutningen af forløbet.

undervisningen (jf. bilag 12-17), observationer fra hele uddannelsesforløbet samt forsamtaler<sup>38</sup>, et semistruktureret interview med en sygeplejerske og to forskellige spørgeskemaer udfyldt af patienterne. Denne supplerende empiri vil jeg inddrage i analysen, hvor jeg finder det relevant, og hvor det understøtter eller anskueliggør analysens fremtrædende dele, pointer og konklusioner.

### 3.3.4 Min egen rolle

Jeg har både i indsamlingen og i analysen af empirien været ret opmærksom på min egen rolle. Jeg har bestræbt mig på at være kritisk undersøgende.

Under såvel forsamtalerne som optagelserne sad jeg tilbagetrukket i lokalet, så meget som det lod sig gøre. Jeg sagde eller bidrog ikke med nogen kommentarer eller spørgsmål. Jeg tog notater som supplement til optagelserne, af ting jeg observerede eller undrede mig over. Disse notater har dels dannet baggrund for udarbejdelse af spørgeskemaer og støttespørgsmål til et semistruktureret interview, dels har det dannet fokuspunkter for analysearbejdet.

Såvel patienter som personale var orienteret om min tilstedeværelse og om formålet for denne (jf. bilag 1 & 2). Samtlige patienter og personale, der deltog i projektet, har udfyldt samtykkeerklæring (jf. bilag 3 & 4).

Jeg gjorde patienter og personale opmærksom på, at de bare skulle abstrahere fra mig, så godt som de nu kunne, også når det blev nødvendigt at skifte bånd undervejs. Jeg pointerede, at der ikke ville blive fokuseret på nogen som enkeltpersoner – de vil ikke som enkeltpersoner blive bedømt, men at jeg ønskede at undersøge interaktionen/kommunikationen primært mellem underviser og patienterne.

Når jeg opholdt mig sammen med patienterne uden for selve patientundervisningen - fx i venteværelset, under et par gange med fysisk aktivitet og under madlavning og spising – valgte jeg en tilbagetrukket, iagttagende og lyttende rolle. Jeg bestræbte mig derfor på ikke at starte nogen samtaler, men var selvfølgelig venlig og imødekommende over for patienterne og svarede dem, hvis de spurgte mig om noget.

Den tilbagetrukne rolle var et meget bevidst valg, for ved at være så ubemærket som muligt kunne jeg dels bedre koncentrere mig om at observere og få indsigt i flere ting, dels undgå at patientgruppen betragtede mig som en af dem.

---

<sup>38</sup> Forsamtaler er de samtaler, den enkelte patient har med afdelingens fagpersonale, dvs. læge, fysioterapeut, diætist og sygeplejerske, inden selve patientuddannelsesforløbet. Jeg har fulgt en enkelt patient til dennes forsamtaler (undtagen hos lægen) for at få indsigt i, hvad der sker med den enkelte patient op til patientuddannelsesforløbet.

Jeg havde en lidt mindre tilbagetrukket rolle, når jeg var sammen med personalet udenfor selve undervisningen, og jeg spurgte nogle gange ind til nogen af de ting, jeg havde observeret for at høre deres oplevelse og vurdering af sagen.

Patienter såvel som personale vænnede sig hurtigt til min tilstedeværelse, og jeg kunne mærke, at jeg indtrådte i en rolle mellem personalet og patienterne, dvs. begge grupper så mig som både værende en del af deres gruppe og de andre, hvilket gav mig uvurderlig indsigt i begge grupper og deres kommunikation.

## 4.0 Analyse

Kapitlet er bygget op på følgende måde: først beskriver og analyserer jeg selve konteksten for patientundervisningen i min case. Herefter analyserer jeg forskellige eksempler, hvorefter jeg opsamler og konkluderer. Bagefter analyseres henholdsvis gruppedynamik og underviserens rolle, hvorefter jeg igen opsummerer og konkluderer.

Jeg vil pointere, at det har været et stort og svært arbejde at udvælge eksempler til analysen, da empirien er meget omfangsrig, og der er meget interessant undervisning ud fra et kommunikationsfagligt synspunkt. Ud fra specialets tilladte omfang har det selvsagt været nødvendigt at udvælge visse eksempler af patientundervisningen, og disse er derfor søgt udvalgt på en måde, så de illustrerer et repræsentativt udsnit af patientundervisningen. Jeg refererer også visse steder i analysen til kommunikation fra patientundervisningen, som ikke er nærmere beskrevet og analyseret i specialet, men som jeg selvfølgelig har arbejdet med, og som sammen med analysens udvalgte eksempler danner en helhed, og derfor vil jeg generelt henvise til optagelserne (jf. vedlagte DVD'er).

### 4.1 Beskrivelse og analyse af casens kontekst

Det er relevant at se lidt nærmere på den kontekst, der omgiver patientuddannelsen og -undervisningen, fordi konteksten har betydning for selve undervisningen samt forståelsen og tolkningen af denne.

#### 4.1.1 Patientens kontakt med afdelingen

Patienten kommer sædvanligvis ret hurtigt efter udskrivelse i kontakt med afdelingen, og selv om nogle patienter tidligere har oplevet hjerte- og kredsløbsproblemer, er sygdommen såvel som problemstillingerne nye for en del af patienterne<sup>39</sup>.

Inden patienten starter på selve patientuddannelsesforløbet, er patienten til nogle individuelle samtaler – forsamtaler – med en læge, en sygeplejerske, en diætist og en fysioterapeut. Disse samtaler skal klarlægge patientens medicinske, psykiske og sociale status og tilrettelægge behandlingsforløbet i samarbejde med patienten. Desuden bruges samtalerne og en efterfølgende tværfaglig konference mellem sundhedspersonalet til at få en ide om, hvor patienten

---

<sup>39</sup> Det hænger også sammen med, at behandlingen i dag af akutte hjerteproblemer går ret hurtigt, fx havde en af patienterne gennemgået en bypassoperation allerede måneden inden patientuddannelsesforløbet.

motivationsmæssigt befinder sig, dvs. en vurdering af hvor parat patienten er til at forandre sig (Zwisler, Schou & Sørensen, 2003). Patienten kan siges at blive vurderet ud fra Miller & Rollnicks model om de fire grupper (jf. 2.3.3). Patienter, der af forskellige årsager ikke passer til det videre forløb med det konkrete patientuddannelsesforløb, tilbydes individuel behandling<sup>40</sup>. Afdelingen kræver altså fra start af en vis motivation fra patienterne, for at de kan deltage i patientuddannelsesforløbet. Dette ses også ved, at patienterne udelukkes fra patientuddannelsesforløbet, hvis de gentagne gange ikke møder op, med mindre de melder afbud. Generelt må det siges, at de patienter, der i casen deltog i patientundervisning, fordelte sig på Miller og Rollnicks gruppe B, C og D – nogle få patienter har måske været på grænsen til at kunne falde i gruppe A.

De individuelle samtaler følges desuden op et par gange undervejs i uddannelsesforløbet og også med et vist interval efter uddannelsesforløbet. De individuelle samtaler skal altså supplere patientuddannelsesforløbet.

#### 4.1.2 Undervisningskonteksten

Som regel bruges samme lokale til undervisning. Det er et lille mødelokale med et ovalt bord i midten og stole omkring. I den ene ende af lokalet er en vægt samt en whiteboardtavle, mens der i den anden ende er en kommode med anatomiske figurer af bl.a. hjertet og et bord med en computer. Der trækkes et lærred ned foran vinduet, hvor PowerPoints bruges som støtte og illustrativt materiale til undervisningen (jf. bilag 12-17). Inden patienterne kommer gøres lokalet lidt hyggeligt ved at tænde stearinlys (elektriske pga. sikkerhedskrav), og der dækkes op med kaffe, te, vand, saft og frugt. Patienterne har desuden fri adgang til et stort lokale midt i afdelingen, hvor de kan sidde og snakke, læse i pjecer, opskriftsbøger og andet materiale. Der er desuden også her fri adgang til vand, te, kaffe og lidt sandwich.

Afdelingen kalder selv deres patientundervisning for **Hjertemøder**. Patienterne er godt klar over, at det er et undervisningsforløb, men undervisningsgangene bliver altså italesat (skriftligt som mundtligt) som møder. Ordet er fordelagtigt på flere måder pga. ordets konnotative betydninger, der må anses for at være positive og skal give positive associationer. Et møde præsupponerer ikke undervisning i traditionel forstand med en lærer og elever (eller som her sundhedsprofessionelle

---

<sup>40</sup> De mest almindelige årsager er fx sprogbarrierer, dvs. patienten mestrer ikke det danske sprog godt nok, og patienten mangler ønske og/eller motivation til at indgå i patientuddannelsesforløbet.

eksperter og patienter), hvor magtforholdet er ulige, og hvor læreren (eksperten) skal lære eleverne (patienterne) noget. Ved et møde præsупponeres derimod, at der skal foregå noget i samarbejde, og at alle har væsentlige ting at byde på. Ved et møde forstår man desuden normalt masser af dialog og samtale mellem de deltagende parter. Ved et hjertemøde forstås således et møde, der skal handle om hjertet. Fordi hjerte som regel præsупponerer noget med varme eller kærlighed, kan man endda strække sig så vidt som til at påstå, at det er møder, hvor der er varme – læs støtte. Selve den fysiske indretning af undervisningen med kaffe, te, frugt, lys osv. understøtter konnotationerne til ordet hjertemøde. Afdelingen benytter sig således aktivt af ordet til diskursivt og socialt at producere undervisningen på en positiv måde.

I patientundervisningen deltager en gruppe på otte patienter, og nogle gange nogle pårørende. Afdelingen tager i deres undervisning udgangspunkt i patientcentreret kommunikation (Zwisler, Schou & Sørensen, 2003: 19 & 24), og de arbejder bl.a. også ud fra Miller & Rollnicks teori om motivationssamtalen.

### **4.1.3 Casens formål og succeskriterier**

Selv skriver afdelingen om formålet med hjerterehabilitering, der er afdelingens arbejdsområde således:

Formålet med hjerterehabiliteringen er på kort sigt at stabilisere hjertesygdommen, begrænse de fysiske og psykiske følger af hjertesygdom, forbedre funktionsniveauet og højne patientens livskvalitet. De langsigtede mål er at reducere patientens samlede risiko for hjertesygdom, bremse progression af hjertesygdom og endelig at reducere sygelighed og død. (Zwisler, Schou & Sørensen, 2003: 11).

Om selve patientundervisningen, som er en vigtig del af patientuddannelsen, der igen er en vigtig del af afdelingens arbejde med hjerterehabilitering står:

Formålet med patientundervisningen er dels at give patienterne en grundlæggende viden om deres sygdom, og om hvordan de kan medvirke til at forebygge eller forhindre progression af sygdommen, dels at vejlede patienterne i at mestre deres sygdom. (Se internt formålsdokument i bilag 11).

Dermed kan casen karakteriseres som havende samme formål som patientundervisning generelt – at motivere patienterne til at blive aktive samarbejdspartnere der udøver egenomsorg. Dette blev

desuden også bekræftet i mit interview med sygeplejersken. Kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne bliver betragtet som et redskab. Som det ses af formålsformuleringen og ud fra PowerPoints fra undervisningen, anskues viden som vigtig for, at patienterne dels bliver motiverede, og dels får de nødvendige redskaber til at kunne udøve egenomsorg. Men alle tre grundelementer – viden, handling og støtte – søges tilgodeset ikke bare gennem det samlede patientundervisningsforløb, men også i selve patientundervisningen.

## 4.2 Analyse af eksempler

Transskriptionerne af eksemplerne kan ses dels på vedlagt CD-ROM og dels udskrevet i bilag 21-29. I bilag 20 findes indledende information om transskriptionen af eksemplerne, bl.a. beskrivelse af hvordan de sundhedsprofessionelle, patienterne, pauser mm. angives i transskriptionen.

### 4.2.1 Eksempel 1

Dette eksempel er fra lidt efter start af 2. undervisningsgang, hvor sygeplejersken underviser for første gang. Interaktionen forud for eksemplet har omhandlet, hvordan hjertets blodforsyning er efter en bypassoperation, da Morten havde et spørgsmål angående dette.

Der foregår mange ting i dette lange eksempel. Sygeplejersken gør her en del for at formidle og ekspliciterer formålet for patienterne, hvilket hun for øvrigt er den eneste, der gør en del ud af. Jeg vil i analysen af dette eksempel fokusere mest på formidlingen af formålet, for som jeg har redegjort for i teorien, er det vigtigt, at målet, vigtigheden af målet, samt hvordan målet nås, står klart for patienterne.

Første sekvens af eksemplet – linje 1-17 – en patient har haft et konkret spørgsmål, og sygeplejersken bruger det, som afsæt for at komme ind på vigtigheden af at spørge, dvs. deltage aktivt og involvere sig, hvis man har spørgsmål<sup>41</sup>. Sygeplejersken understreger vigtigheden ved at have tryk på både *vigtigt* og *spørg* i linje 8 og 9. Hun får også i linje 2-4 ytring, at patienterne formentlig vil være bekendt med en del af undervisningens emner på forhånd, men at det både er helt legitimt at have brug for at få gentaget ting, og underforstået i ytringen at de

---

<sup>41</sup> Samtlige sundhedsprofessionelle gør faktisk en del ud af at påpege vigtigheden af at spørge, og at der ikke findes dumme spørgsmål.

sundhedsprofessionelle mener, det er gavnligt at få gentaget tingene, da de ellers ikke ville tage ting, patienterne er bekendte med, op.

I linje 9 starter sygeplejersken med at ekspliciterer et formål – *et a:f formålene med det her altså (.) er jo også at a vi vil gerne gi´ jer den viden (.) øhhhm der er vigtig og vide i forhold te te hjertesygdom*. Først taler hun om *et a:f formålene*, dvs. hun annoncerer for patienterne og gør dem derved opmærksomme på, at der er flere formål med undervisningen, og at det følgende, hun ytrer, er et af dem – nemlig vigtig viden. Selve undervisningen henviser hun til ved at benytte pronomen *det* og ordet *her* som stedsdeiksis. Men det er især hendes sidste del af ytringen, der er interessant. Hun bruger formuleringen *vi vil gerne gi´ jer den viden*, hvilket, til trods for hendes forudgående opfordring til at stille spørgsmål, fremstiller undervisningen som en proces, hvor de sundhedsprofessionelle **videregiver** viden til patienterne, som de (helst) skal tage imod. Det er uheldigt, fordi det fremstiller de sundhedsprofessionelle, dels som de mest aktive i undervisningen, og dels som dem, der ikke alene har kompetencerne til at give denne viden, men også dem der kan vurdere, hvilken viden der er relevant for patienterne. Det er ikke fremmede for hverken patienternes ønskede deltagelse og involvering eller self-efficacy. Endvidere er det skjult i formuleringen: *den viden (.) øhhhm der er vigtig og vide i forhold te te hjertesygdom*, hvem der har vurderet, at denne viden er vigtig. Agenten forsvinder altså ved brugen af det upersonlige pronomen *der*, og samtidig fremstilles den vigtige viden som et ubestrideligt faktum gennem brug af verbet *er*. I den sidste del af sekvensen (linje 12-17) taler sygeplejersken om, at patienterne nu kaldes for hjertepatienter, og at de skal leve med hjertesygdom resten af livet. Med sin sprogbrug signalerer sygeplejersken især to ting, som er bemærkelsesværdige. De to ting handler om etiketten som hjertepatient samt erkendelsen af, at det er en kronisk sygdom. Mange af patienterne føler sig ikke og anser ikke sig selv som specielt syge, når de starter i patientuddannelsesforløbet (jf. evt. spørgeskema bilag 8). Det hænger sammen med, at behandlingen af den akutte hjertesygdom i dag er så god, at patienterne som regel hurtigt kommer sig og får det godt, men det betyder desværre ikke, at hjertesygdommen er forsvundet. Fordi mange ikke føler sig syge, bryder de sig ikke om at få hæftet en etiket på sig, der præsupponerer eller har en medbetydning af, at de er syge, hvilket et ord som hjertepatient altid vil gøre. Det, at de ikke føler sig syge, medfører desværre også det dilemma, at en del af patienterne først for alvor ved patientuddannelsen skal forholde sig til, at det er en (alvorlig) kronisk sygdom, som de skal leve med altid (se fx bilag 9 spørgsmål 8).

Sygeplejersken vælger for det første at sige: *blir i jo kaldt hjertepatienter*<sup>42</sup>, udsagnet har ikke nogen synlig agent, hvilket gør, at hun ikke kommer til at stå som den, der giver dem etiketten hjertepatient. For det andet lægger hun tryk på ordet *le:ve*, der signalerer, at det ikke er noget, der forsvinder, og dermed understreger hun alvor (hvilket hun vender tilbage til senere, fx linje 39-44). Selvom ordet altså udstråler en alvor, er det dog også med til at give et positivt fokus og syn på det fremtidige liv med sygdommen<sup>43</sup>.

I næste sekvens – linje 18-35 – er det vigtigste Mortens reaktion på ordet *hjertepatient*. Hans reaktion giver desuden et godt indblik i hans motivation og hans egen opfattelse af behov for forandring. Morten starter i linje 18 med at ytre en reaktion på det, sygeplejersken har sagt. Det er tydeligt, at han ikke bryder sig om etiketten hjertepatient. Han taler om at blive *fornærmet*, og det fremgår af hans ytring, at han anskuer ordet *hjertepatient* som havende en konnotativ medbetydning svarende til dårligt hjerte (linje 9-20). Det kan ses, at det specielt er denne medbetydning, han er modstander af, dvs. han signalerer modstand (jf. 2.3.3.), da han nævner ordene *dårligt hjerte* hele tre gange fra linje 20-23. Samtidig bruger han også i linje 20 en kraftig negation *sgu da ikke*. Desuden viser hans ytringer fra linje 22-25, at han måske ikke helt har opfattet, at hjertesygdom er en kronisk sygdom. Dette kan aflæses ud fra, at han forbinder *dårligt hjerte* (dvs. hjertesygdom) med at have smerter, hvilket han i linje 25 fortæller og lægger vægt på, at han ikke har længere – *overhovedet ikke haft smerter siden* (trykket understreger og fremhæver). Det kan også aflæses ud fra hans ytring i linje 22-23, hvor hans ytring sammen med det, at han ikke oplever smerter længere, viser en forståelse af, at han anskuer sit problem med hjertet som stort set løst - (hans anaforiske reference *tre nye der* henviser for øvrigt til en tredobbelt bypass). Alt i alt er det her en temmelig kraftig modstand, sygeplejersken står over for, da Morten ser ud til ikke at forstå, at selvom han ikke føler sig syg, så har han en kronisk sygdom, der vil have/ har betydning for hans liv. Samtidig ser det også ud til, at han befinder sig i førovervejelsesstadiet eller i Miller & Rollnicks gruppe A, men det er imidlertid ikke rigtigt, da han flere gange i starten af patientuddannelsesforløbet ytrer forandringsudsagn, bl.a. nævner han, at han ønsker at tabe sig, da han er meget overvægtig. Der er dog ingen tvivl om, at Morten på dette tidspunkt i forløbet, set ud fra hans ytringer, opfatter

---

<sup>42</sup> Hun tilføjer i første omgang endda (linje 12): *er det ikke et herligt navn*, der virker afvæbnende, fordi det fremsættes ironisk.

<sup>43</sup> Hvis hun fx havde sagt *trækkes med resten af livet*, havde det været negativt, mens fx *forholde jer til resten af livet*, havde været neutralt.

vigtigheden af forandring som lav, så de sundhedsprofessionelle står over for en udfordring med at få Morten til at se forandring som mere vigtig, da det vil øge hans motivation for forandring<sup>44</sup>.

Sygeplejersken reagerer i første omgang på Mortens modstand efter motivationssamtalens princip om at gå med modstanden (jf. 2.3.3), bl.a. ved tale om, at det er godt at høre, samt at mange kan leve i mange år uden at mærke noget (linje 28-31). I linje 32-35 fremsætter sygeplejersken et nyt perspektiv ved, at hun taler om, at patienterne ved, hvordan det står til med deres kranspulsårer, og at patienterne derfor *har noget at forholde jer te*.

I eksemplets sidste sekvens – linje 36-69 – bygger sygeplejersken videre på et nyt perspektiv i forhold til Mortens modstand. Hun starter med i linje 36-38 at påpege, at *hver tredje dansker går rundt og har hjertesygdom*, og hendes tryk på *tredje* understreger, hvor almindelig hjertesygdom er. I linje 39-41 fremsætter hun en ytring, der skal illustrere det kroniske aspekt af hjertesygdom. Det gør hun ved at lave en sammenligning om et brækket ben, der fungerer som en modsætning til det at have hjertesygdom, og på denne måde får hun på en mere konkret måde end tidligere (linje 15) eksemplificeret, at hjertesygdom er en kronisk sygdom. Sygeplejersken fortsætter desuden denne eksemplificering i linje 43-44, hvor hun siger, at *åreforkalkning ka altid udvikle sig*. Herefter går hun over til at pointere, at patienterne har fået og stadig får en god behandling af sygdommen, hvor hun bl.a. bruger adjektivet *fantastisk* til at vise patienterne sin egen holdning og mening om behandlingen, og hun bruger altså her en logos appellform kombineret med en etos appellform, der desuden fortsætter i linje 50 med udsagnet *som er veldokumenteret*. Udsagnet og appellerne er hendes måde at styrke troværdigheden af det, hun siger.

I linje 52 understreger hun med ytringen *og det kombineret med <livsstilsændringer> (.) det gør simpelthen at man ka forebygge det*, at en forandring er nødvendig. Hun benytter bl.a. tryk og langsom udtale til at understrege sit budskab. Herefter kommer hun ind på endnu et mål – *hjælpe jer til at forebygge at at øh at åreforkalkningen kommer igen*. Gennem sit ordvalg med verbet *hjælpe* viser hun, at de sundhedsprofessionelle ønsker at assistere patienterne, og på den måde signalerer hun rollefordelingen mellem patienterne og sig selv og gruppen af sundhedsprofessionelle i forløbet. Hendes ytring af målet ekspliciterer klart, at det er et fysisk, biomedicinsk mål – at forhindre yderligere åreforkalkning, dvs. udvikling af hjertesygdommen – men med denne ytring

---

<sup>44</sup> Efter min vurdering er Morten en patient, der befinder sig på grænsen mellem førovervejelse og overvejelse – eller gruppe A og B. I løbet af patientuddannelsesforløbet ser det ud til, at Morten får en større forståelse af vigtigheden af forandring (jf. bl.a. eksempel 2), men hans ytringer bærer flere steder præg af lav self-efficacy, altså at han ikke tror på, at han kan gennemføre forandringen, hvilket selvfølgelig også bliver en udfordring for de sundhedsprofessionelle.

prioriterer og fokuserer hun også på det fysiske aspekt af forandring i forhold til hjertesygdom, selvom hun omtaler det som *et af vores mål*. Undervisningsgangen omhandler da netop også det fysiske aspekt ved at leve med hjertesygdom (jf. bilag 13), hvilket kan være medvirkende til, at hun fokuserer på denne del af formålet og ikke nævner fx de psykiske og sociale formål, som jeg i teorien har påpeget er lige så vigtige<sup>45</sup>. Sygeplejersken taler endvidere i linje 65 om, at hjertesygdom er en *indgriben altså i i livet*, og med denne formulering åbner hun indirekte op for de andre formål. Desuden fortsætter hun sin ytring med en refleksion, hvor hun siger: *og omlægning af vaner og såd' n noget det jo ikke såd' n noget man bare lige gør*. Denne ytring signalerer dels med ordene *såd' n noget* (første gang), at der er andre formål end fysisk forandring, og dels at det er alment gyldigt for alle, hvilket signaleres med det upersonlige pronomen *man*. Dermed udtrykker hun anerkendelse, empati og forståelse ved at vise, at hun sætter sig ind i patienternes situation og mulige tanker.

Sygeplejersken får altså igennem dette lange eksempel kommunikeret om i hvert fald en del af formålene med hele undervisningen i forløbet (især linje 9-11 og 53-55), hvorfor formålene er vigtige (især linje 14-15 og 39-44), samt hvordan målene nås (især linje 45-53).

Jeg vender i øvrigt tilbage til sygeplejerskens kommunikation i linje 56-63 i afsnittet om roller (jf. 4.6.2).

#### 4.2.2 Eksempel 2

Følgende eksempel er fra 6. undervisningsgang (hvilket svarer til det 5. hjertemøde, der i casen tilfældigvis lå som den sidste undervisningsgang). Eksemplet er hentet fra hen mod slutningen af hjertemødet.

I første sekvens (linje 1-7) checker fysioterapeuten med sin spørgende ytring *har vi gået det såd' n rimeligt igennem*, om patienterne skulle sidde med flere uafklarede forståelser eller spørgsmål i forhold til dagens undervisning, som de gerne vil have svar på. Ved at bruge det bestemte pronomen *vi*, signalerer han, at det er eller har været en fælles opgave og viser dermed patienterne, at han betragter dem som involverede i fremstillingen og udforskningen af sjette undervisningsgangs emne

---

<sup>45</sup> Desuden vurderes patienternes forandring og fremgang på afdelingen mest og hovedsagelig efter naturvidenskabelige og sundhedsvidenskabelige faktorer, der oftest primært fokuserer på fysiske, biomedicinske fremgange og mål, fx taljemål, vægt, kolesterolindhold i blodet, mængde af nødvendig medicin, blodtryk osv. Denne fagtradition, der jo er en naturlig kontekst for de sundhedsprofessionelle, kan derfor meget vel også have en betydelig indflydelse i fokuseringen på dels formålet med øget viden, og dels formålet med fysisk forbedring.

– de er alle aktører. I linje 2 og 3 tilkendegiver to af patienterne med *ja*-ytringer et svar på spørgsmålet. I linje 4 fremstiller og betegner fysioterapeuten området som kompliceret, for herefter i linje 6 at ytre en vurderende anerkendelse: *men jeg synes a i har fanget det meget godt*. Han anerkender og roser hermed patienternes indsats, hvilket kan være med til at styrke deres motivation og self-efficacy. I næste sekvens linje 8-33 prøver fysioterapeuten at fremkalde forandringsudsagn hos patienterne. Han initierer det ved at bruge og fokusere på ordet *fremtiden*, som han samtidig lægger tryk på (linje 9 & 16). I linje 10 henviser han til det gennemgåede og opsummerer det kort som *teknikken* – altså patienternes redskaber og strategier. I linje 16 og 18 ytrer han to åbne spørgsmål, hvoraf han præciserer det andet spørgsmål (linje 18) i forhold til det første, da han ikke fik nogen respons her. Præciseringen sker ved, at han først i linje 18 opsummerer patienternes situation så selve *fremtiden* konkretiseres - *nu er i jo:: ve af være færdige her* - og herefter bruger han et verbum - *sker* - og det ubestemte pronomen – *der* – til at henvise til konkretiseringen og fremtiden. I linje 20 ytrer Iris så et forsigtigt forandringsudsagn, en hensigt om forandring, hvilket fysioterapeuten får hende til at uddybe. Fysioterapeuten kan siges at fortsætte tankerækken – et redskab inden for reflekterende lytning (jf. 2.3.3.) i linje 26, hvilket får Iris til selv at ytre, hvilken hensigt om (motions)forandring hun har gennem en gentagelse af fysioterapeutens udsagn. I linje 29 går fysioterapeuten så videre med en direkte henvendelse til en anden patient og fremkalder også hos denne patient forandringsudsagn.

### 4.2.3 Eksempel 3

Her er eksempelet fra 1. undervisningsgang med lægen. Det er første gang patienterne mødes og er sammen, og undervisningsgangen er starten på hele patientuddannelsesforløbet. Generelt er hele 1. undervisningsgang meget præget af, at det er lægen som taler, og hun siger selv i starten af undervisningen, at hun vil holde en slags foredrag, men at patienterne selvfølgelig gerne må spørge ind til ting. Selvom hun altså på denne måde på forhånd har lagt sig lidt fast på en rolle som ekspert, der definerer, hvad hjertesygdom vil sige og informerer patienterne om dette, benytter hun alligevel vigtige kommunikative redskaber for at gøre informationen relevant, vedkommende, interessant og forståelig.

For det første bruger lægen ret tit det ubestemte pronomen *man*, fx linje 1,2,3,5,6 & 7. Hun bruger ikke personlige pronomener, fx jeg eller vi, selvom hun egentlig taler om sig selv og om sin

faggruppe – nemlig læger. Hun distancerer sig dermed fra sin rolle som læge eller ekspert og mindsker derved magtforskellen mellem sig selv og patienterne.

I eksemplet prøver lægen at forklare og illustrere, hvad åreforkalkning er, og at det faktisk er en misvisende betegnelse for kolesterolaflejringer og (kranspuls)åreforsnævring. Dette gør hun gennem ytring af tre konkrete sproglige billeder, og hun gør derved noget abstrakt viden konkret og også lidt morsomt. I linje 5-9 ytrer hun en sammenligning, hvor hun bruger gestikken til at anskueliggøre denne endnu mere. I linje 18-22 & 24-25 laver hun to analogier - *at grundlæggende så ligner det jo bare flæskesvær og culottesteg ... krølfedt*. Selvom analogierne er lidt morsomme, hvilket også ses af Mortens efterfølgende ytring i linje 26, er det jo i virkeligheden et ret ulækkert billede af indersiden af åren, og på denne måde bevarer lægen også den grad af alvor, som hun ønsker, patienterne skal se på problemet med. Lægen anvender her altså patos som appelform og taler til patienternes følelser for at få dem til at forstå og erkende.

Desuden vælger lægen at formulere sin analogi i linje 18-22, så ytringen ikke kommer til at virke belærende på patienterne, som hvis hun fx havde sagt *hvis jeg skal beskrive hvordan kranspulsåreforsnævring ser ud for jer*. Ved derimod at formulere det som en mulighed for at patienterne kan beskrive det for deres pårørende, får lægen formuleret det som et præsupponeret ønske, at patienterne ønsker dette. Hun gør dermed patienterne til agent i stedet for sig selv.

#### 4.2.4 Eksempel 4

Dette eksempel er fra 3. undervisningsgang, hvor der tales om psykiske problemstillinger ved hjertesygdom. I eksemplet her omhandler interaktionen, hvor meget man som patient fortæller sine nærmeste pårørende, hvis man oplever nogle symptomer og fx er nødt til at tage noget medicin. Hele eksemplet kan karakteriseres som at handle om patienternes evt. misforståede hensyn over for de pårørende – et hensyn, der kan være skidt for patienterne selv og deres pårørende og føre til en forringelse af egenomsorg.

I den første sekvens (linje 1-7) vælger sygeplejersken selv at introducere emnet, men det sker på baggrund af, at interaktionen op til har omhandlet reaktioner fra patienternes pårørende – reaktioner, der viser, at de pårørende er/bliver bekymrede eller nervøse. Sygeplejersken trækker således på den forudgående interaktion, når hun introducerer emnet, og gør det på den måde relevant og vedkommende. Hun signalerer, at det knytter sig til det forudgående gennem en

anaforisk, pronominal henvisning – *det der med ...* (linje 6). Derefter bruger hun en refleksion, der fortsætter tankerækken til at introducere emnet (linje 6-7).

De pårørende er en vigtig del af patienternes netværk (jf. 2.3.5.3), og de pårørendes reaktioner kan være bestemmende for, om patienterne ikke bare deler deres egne bekymringer med deres pårørende, men også de symptomer de evt. oplever i forbindelse med deres sygdom. Det er selvsagt vigtigt, at patienterne gør det, dels fordi det at dele deres (såvel som de pårørendes, fx partnerens) bekymringer kan øge livskvaliteten og mindske risikoen for psykiske problemer eller problemer i parforholdet, og dels fordi det er ansvarsfuldt at tage sine symptomer alvorligt og gøre noget ved dem. Det gælder, hvad enten det drejer sig om at kontakte sundhedsprofessionelle ved alvorlige symptomer eller som i eksemplet her at gøre partneren opmærksom på, at man oplever nogle symptomer, ikke har det så godt og tager noget medicin, så partneren fx kan tage de rigtige hensyn i forhold til dette eller ved, hvorfor man måske er lidt kort for hovedet. Det er alt sammen opgaver, der hører med til at være en aktiv samarbejdspartner, der udøver egenomsorg (jf. 2.2.1).

Sygeplejersken bruger samtidig i sekvensen sin gestik og sit blik til at signalere, at det dels vedkommer alle patienterne, og dels til at opfordre dem til at tage ordet og fortælle noget (linje 2-5). Da ingen af patienterne tager taleturen, stiller hun i linje 9 en mulig og almindelig situation op - *hvis du nu tog noget nitroglycerin*. Hun henvender sig direkte til en af patienterne dels ved at bruge det personlige pronomen *du*, og dels ved at hun samtidig vender blikket mod Svenning.

Svenning tager herefter forsigtigt turen i linje 13, og det ses ud fra hans ytring i linje 15, at han betragter sygeplejerskens ytring som et spørgsmål, der skal besvares. Hans ytring viser desuden, at han ikke fortæller sin kone, hvis han er nødt til at tage nitroglycerin, og ytringen kan efter motivationssamtalens principper derfor betragtes som et udtryk for (svag) modstand (jf. 2.3.3).

Sygeplejersken fremsætter så i linje 16 en simpel verbal refleksion ved at gentage det meste af Svennings ytring. Gentagelsen er formentlig en opfordring til, at Svenning skal fortsætte med at fortælle og uddybe, men Svenning behandler gentagelsen i linje 17 som en ytring, der skal be- eller afkræftes, så han gentager derfor sin oprindelige ytring med en lille omformulering. Han tilføjer dog ordet *det* efter sin ytring, hvilket kunne tyde på, at han har mere på hjerte. Sygeplejersken prøver igen i linje 18 at få Svenning til at fortælle og uddybe mere. Det gør hun ved at gentage det lille *nej* fra Svennings ytring og samtidig bruge stigende intonation. Svenning fortsætter da også med at uddybe i linje 19 – *det har (.) det har jeg prøvet ja*, men selvom sygeplejersken kommer med en fortsættelsesmarkør i linje 20, er Svenning tydeligvis ikke indstillet på at fortælle mere, og interaktionen går i stå (linje 22).

I eksemplets sidste sekvens (linje 23-48) kan det overordnet siges, at sygeplejersken prøver at få især Svenning, men også de andre patienter, til at forholde sig mere aktivt til interaktionens problemstilling, der som omtalt går på vigtigheden af ikke at skjule ting for pårørende, men derimod aktivt gøre brug af hinanden. Sygeplejersken prøver at give det råd videre, at patienterne ikke skal holde ting skjult, men sige tingene som de er, da deres pårørende ofte fornemmer eller ved det alligevel.

I linje 23-26 fremsætter sygeplejersken første gang sit råd – *og der ka man så s- jo s'følgelig også snakke lidt om (.) jamen (0.5) .hhh hva- hvor hvordan er det mest hensigtsmæssigt og forholde sig.* Rådet bliver ytret som et ”forsigtigt” forslag, hvilket kan hænge sammen med, at hun ikke er blevet bedt om at komme med et råd, men gerne vil give et. Det ses bl.a. ved, at sygeplejersken bruger modalverbet *kan*, der fremstiller det at snakke sammen, om hvordan man forholder sig, som en mulighed, som patienterne selv kan tage stilling til. Endvidere nedtoner sygeplejersken sit råd ved dels at tilføje adverbialet *lidt*, og dels ved at benytte det upersonlige pronomen *man*, som bevirker, at rådet ikke hæftes op på Svenning alene. På denne måde kommer rådet til at fremstå mindre dikterende, og sygeplejerskens rolle som mindre autoritativ.

I linje 26-28 ytrer sygeplejersken derefter en refleksion, der sammenfatter noget af det, Svenning indirekte har antydnet i interaktionen op til eksemplet – nemlig at hans kone fornemmer, når der er noget galt<sup>46</sup>. Svenning kommer igen på banen i linje 29 efter sygeplejerskens opfordring med de spørgende ord *eller hvad?*, der skal få ham til at forholde sig og tage stilling til hendes forudgående refleksion. Her bekræfter han sygeplejerskens refleksion, men går herefter i linje 36-37 over til at gentage sit tidligere udsagn om, at han ikke fortæller sin kone, når han tager nitroglycerin. Efter en pause i linje 38 fortsætter Svenning så i linje 39-40 taleturen, men hans ytringer viser, at han skifter retning og prøver at lave en afledning ved at tale om duftstoffer i nitroglycerinen, hvilket er et tegn på modstand (jf. 2.3.3). Hans let nervøse latter i linje 39-40 understøtter desuden også dette. Sygeplejersken tager herefter igen ordet, og hun fremsætter nu sit råd mere direkte (linje 41-46). Det gør hun ved først og fremmest at bruge mere direkte formuleringer – *det jeg mener og de ved det jo godt alligevel ... så spørgsmålet er om man skal læg- sige tingene som de er.* Hendes brug af ordet *men* både i linje 41 og 43 samt formuleringen – *måske kan man også se det på den måde -*

---

<sup>46</sup> Fordi konen fornemmer, at noget er galt, men ikke ved præcis hvad og hvordan hun skal forholde sig, reagerer hun på en måde, Svenning finder irriterende, hvilket fremgår af interaktionen op til eksemplet. Sygeplejerskens råd viser, at hun vurderer (ud fra sin erfaring og den videnskabelige dokumentation på området), at situationen formentlig vil bedres, hvis Svenning melder klart ud, når han oplever symptomer/ubehag, og at han og konen snakker om, hvordan de forholder sig.

pointerer desuden, at der er et alternativ til at anskue hele emnet på en anden måde, og at dette alternativ prioriteres højere af hende. Alternativet bliver som allerede omtalt ekspliciteret. Da der ikke er nogen af patienterne, som tager turen og tager stilling til det, sygeplejersken har sagt, hvilket hun ellers indirekte opfordrer til ved brug af substantivet *spørgsmålet* i linje 45, tilføjer hun i linje 48 – *men det jo såd' n noget man man kan gå og tænke lidt over*. Dermed afkræver hun ikke patienterne, at de forholder sig til det lige nu.

Selvom sygeplejersken i denne sekvens ikke lykkedes med at få patienterne til aktivt at forholde sig til et vigtigt emne, lykkedes det hende at få givet sit råd videre og opfordre til, at de forholder sig til det senere, på en måde der ikke er alt for dikterende og autoritativ.

#### 4.2.5 Eksempel 5

Dette eksempel er fra 4. undervisningsgang med diætisten. Patienterne og eventuelle pårørende har inden hjertemødet lavet mad sammen i køkkenet og herefter spist i fællesskab med diætisten.

I eksemplet har diætisten lige fortalt om fænomenet vægttabstallerken, og hvordan man ved at ændre på få ting ved et måltid nemt kan mindske fedtindtaget og derved få færre kalorier. Hun har i eksemplet netop skiftet til et billede i sin PowerPoint præsentation, hvor det måltid, hun har talt om, vises i tre variationer, og hvor der ved hver af de tre måltidsvariationer er vist et forskelligt antal små smørpakker<sup>47</sup>, der illustrerer fedtindholdet i måltiderne. Første måltid indeholder fedt svarende til tolv smørpakker og sidste måltid kun to, så det er en væsentlig fedtreduktion (se bilag 15A).

Diætisten har op til starten på dette eksempel talt rigtig meget selv i en formel og faglig tone og benyttet sig af en logos appelform til sin formidling af fænomenet vægttabstallerken. Hendes PowerPoint med det konkrete billede har en samlende opsummerende funktion, og det skal dels styrke og sammenknytte det allerede ytrede, og dels få patienterne til at aktivt at forholde sig til det, hun har sagt. Hun starter da også her i eksemplet i linje 1 med at stille et åbent spørgsmål - *hva sir i til det her billede her*, som skal få patienterne til at forholde sig aktivt til det gennemgåede ved at uddybe og reflektere over, hvad de tænker om det ytrede. På denne måde kan diætisten få indsigt i, dels om patienterne har forstået det væsentlige (at man med få ændringer kan reducere fedtmængden meget), og dels giver diætisten plads til, at patienterne fx kan stille spørgsmål og/eller udforske fordele og ulemper eller overraskende oplysninger gennem refleksion og diskussion,

---

<sup>47</sup> Smørpakkerne er de små portionspakninger á 10 gram.

hvilket skal inddrage patienterne og give dem ejerskab over den formidlede viden om (her) vægttabstallerkner.

Efter diætistens spørgsmål i linje 1 går der lige lidt tid, før en af patienterne tager taleturen, og ud fra patienternes ytringer i linje 3-7 er det tydeligt, at de ikke helt ved, hvad diætistens intention med det åbne spørgsmål er. Det ses ud fra patienternes ytringer (linje 3-7), der viser, at de reflekterer mere bogstaveligt over billedet af maden frem for billedets signalværdi om fedtreduktion og vægttabstallerkenens sammensætning. Samtidig ytrer nogle patienter sig også lidt humoristisk i forhold til billedet (linje 5-7), hvilket kan signalere fx usikkerhed i forhold til, hvordan de vurderer, at de ønskes at forholde sig til diætistens udsagn. Pausen på 2.6 sekunder i linje 2 er en ret lang pause, der kan karakteriseres som et "lapse"<sup>48</sup>. Dette "lapse" understøtter ligeledes usikkerheden, da den signalerer tøven fra patienternes side – der er ingen, der tager turen, netop fordi patienterne ikke helt ved, hvad diætisten vil med sit åbne spørgsmål. Det, at diætisten ønsker noget andet af patienterne, ses ved, at hun i linje 9 omformulerer og præciserer sit spørgsmål – *overrasker det jer det her?* – hun tydeliggør det ved dels at lade intonationen stige mere, og dels ved at bruge samme ord som henvisningsmarkører - *det her* - som i det oprindelige spørgsmål. Selvom spørgsmålet nu er et lukket spørgsmål, fungerer det fint efter hensigten – nemlig at få patienterne til at forholde sig til billedets signalværdi, fx ytrer Svennings pårørende i linje 12 *meget og så komme helt ned på to*. Det er vigtigt, at de pårørende også forholder sig aktivt til billedet og involverer sig, fordi det oftest er de mandlige patienters pårørende, der står for maden derhjemme. De har derfor med deres holdninger og adfærd i forhold til mad og madlavning en stor indflydelse på de mandlige patienters forandring af madvaner. Diætisten benytter sig så af en simpel gentagende refleksion i linje 13, sandsynligvis fordi hun gerne vil have patienterne til at uddybe og fortsætte talen. Morten fortsætter i linje 15-16 og igen i linje 18 sine tanker om billedet, og både det, at han konkret siger – *jeg ku' ikke drømme om at spise bernaísesovs °til en hakkebøf °*, og det, at han forholder sig meget bogstaveligt til billedet, signalerer en vis modstand. I linje 19-21 tilbyder diætisten så et nyt perspektiv ved at tale om og tilbyde en anden mulighed – *en anden fed brun sovs for eksempel*. Ved at fremsætte flere eksempler – her bernaísesovs og brun sovs - forsøger hun at gøre budskabet mere klart og vedkommende, så Morten bedre kan forholde sig til det relevante, dvs. fedtreduktionen.

Interaktionen efter eksemplets slut fortsætter i øvrigt med, at patienterne og de pårørende reflekterer mere over billedet, hvor de forholder sig til, deler oplevelser og fornemmelser i forbindelse med at

---

<sup>48</sup> Steensig definerer "lapses" som tavshed eller pause mellem ture længere end i hvert fald et sekund (2001: 66).

spise fed vs. mindre fed mad, fx tung og let fornemmelse i maven og kroppen, dvs. fordele og ulemper.

#### 4.2.6 Eksempel 6

Eksempel 6 er også fra 4. undervisningsgang med diætisten. Ligesom forrige eksempel handler interaktionen her også om forholdet mellem mad og vægt.

Undervisningen i eksemplet er præget af en objektiv fremlæggelse af emnet, hvor diætisten fokuserer på det faglige og forholder sig neutralt ved at være meget beskrivende og fremlægge faktaoplysninger. Hun benytter sig altså af en logosappel, men den gør også interaktionen ret foredragspræget<sup>49</sup>, hvilket vanskeliggør en involvering af patienterne. Selvom der er nogle halvlange pauser imellem mange af hendes ytringer, hvor der er plads til, at patienterne kunne komme på banen, er der ingen, der tager ordet. Det hænger sandsynligvis sammen med, at diætisten anvender eller trækker på, hvad jeg mener, kan kaldes for en foredragsgenre. De interaktionelle uskrevne regler, der er for denne genre, er bl.a., at tilhørerne, dvs. patienterne, netop er eller rettere bliver tilhørere, fordi de normalt ikke bidrager til interaktionen med mindre de har spørgsmål. Diætisten gør flere ting for, at det, hun fortæller, skal blive vedkommende for patienterne. Det er dem, jeg vil se lidt nærmere på i dette eksempel.

For det første ytrer hun i linje 6 – *hvis man gerne vil ned i vægt*, der med brugen af *hvis* og *man* stiller det hypotetisk op. Men herefter gør hun ytringen vedkommende for patienterne ved i linje 8-9 at sige: *og det er der en del af jer osse der har som mål at komme af med et par kilo*, hvor hun relaterer det til patienterne. Mange af patienterne vil have gavn af at tabe sig (ikke bare lidt, men meget), men via den måde hun formulerer sig på, nedtoner hun ytringen, så den ikke virker så meget som en løftet pegefinger, men mere som en konstatering af patienternes egne fremsatte mål. Hendes brug af ordene *et par kilo* kan styrke patienternes self-efficacy, fordi de viser målet om at gå ned i vægt som mere overkommeligt og nemmere at forholde sig til, end hvis hun havde sagt *mange kilo*, hvilket nemt kunne tage modet fra mange af patienterne.

For det andet benytter diætisten sig i linje 16-19 af principperne fra Kolbs læringscirkel (jf. 2.4.1), når hun for at gøre sin fremstilling vedkommende og relevant for patienterne relaterer til den

---

<sup>49</sup> Den beskrivende og objektivt foredragsprægede diskurs er desuden den fremherskende diskursive praksis i store dele af al undervisning hos samtlige sundhedsprofessionelle i patientuddannelsesforløbet (jf. 4.3).

madlavning, som patienterne allerede har været igennem. Hun gør den viden, hun ønsker, at patienterne skal tilegne sig, konkret ved at relatere fedtet til *olien, gryden og to teskefulde*. På den måde har patienterne faktisk startet med en styret, men aktiv eksperimenteren, der fører til en konkret oplevelse, der gennem diætistens ytringer i linje 16-19 fører til og giver en reflekterende observation og en abstrakt begrebsliggørelse.

Det tredje og sidste diætisten gør for at gøre sit budskab relevant, vedkommende og også overkommeligt, er dels, at hun gentager budskabet med små omformuleringer hele tre gange i sekvensen (linje 2-3, 12-14 og 21-23), hvilket også er med til at understrege vigtigheden af budskabet, og dels laver hun en opsummering i linje 21-23, hvor hun understreger, at små ændringer kan have stor betydning.

#### 4.2.7 Eksempel 7

Her er eksemplet fra 5. undervisningsgang (svarer til det 6. hjertemøde). Det er 3. gang undervisningen varetages af sygeplejersken. På dette tidspunkt har patienterne deltaget i patientskolen i ca. fem uger, så de kender efterhånden hinanden ret godt. Det afspejles ved, at der er mere interaktion patienterne imellem i løbet af undervisningen, og ved at sygeplejersken ikke i samme grad som tidligere initierer eller opfordrer gennem fx spørgsmål, men derimod mere styrer interaktionens emner bl.a. gennem reflekterende lytning og opsummeringer.

I eksemplet er patienterne begyndt at tale om barrierer og løsninger i forhold til det at dyrke motion, og de forholder sig på denne måde til et konkret stadie – forberedelsesstadiet – i Stages of Change modellen.

I første sekvens – linje 1-6 – taler Troels om sin oplevelse af ambivalens i forbindelse med at dyrke motion. En ambivalens han oplever, når det er dårligt vejr – *hvor det pisregner*. Han fremstiller det dårlige vejr som en barriere for at dyrke motion, men han fremsætter også samtidig en strategi til at overkomme barrieren – nemlig: *der er nogen der forventer at du møder*. Ambivalensen er underforstået i hans ytringer, idet han gerne vil dyrke motion, men fx ved dårligt vejr oplever andet som mere vigtigt, hvilket ses af hans ytring i næste sekvens linje 17 – *der er noget der lidt vigtig*. Det, at Troels aktivt og åbent forholder sig til sin ambivalens og fremsætter strategier til at overkomme barriererne, er med til at øge hans motivation, og dermed sandsynligheden for at han handler, dvs. gennemfører en forandring.

I slutningen af Troels' ytring i linje 5 vender han blikket over mod Bjørn. Det responderer Bjørn på ved at tage ordet i overlappning med Troels.

Linje 7-27 har jeg afgrænset til at være anden sekvens i eksemplet, og her starter interaktionen med, at Bjørn forholder sig til, hvad Troels har ytret om sin strategi (forventninger fra andre til fremmøde, dvs. motion sammen med andre). Bjørn og Troels fortsætter interaktionen delvist i overlap med hinanden om, at man ved motion sammen med andre forpligter sig, da man ellers bryder nogle sociale regler, og at der i så fald vil være en social reaktion fra de andre *det tarvligt* (linje 7-10).

Sygeplejersken tager taleturen i linje 11, og hun får den ved at tale meget højt lige til start – *OG DER*. Hun starter herefter i linje 11-12 + 15 med at ytre en reflekterende og sammenknyttende opsummering, der bekræfter patienterne i, at det er en reel barriere – *havde man været alene så havde man nok haft tilbøjelighed til at s[ige] nå men ve du hva jeg springer lige over i dag* – og samtidig signalerer hendes opsummering, at hun sætter sig ind i patientens situation og tankegang. Hun viser det bl.a. gennem ytringen i linje 15, hvor hun anvender ”direkte tale”.

I linje 20 og 23 fortsætter sygeplejersken den sammenknyttede opsummering, hvor hun reflekterer og opsummerer over strategien til at overkomme barrieren – *hvor det at være en gruppe el[ler] være nogen sammen*. Hun benytter omformulering og fortsættelse af tankerækken til hele opsummeringen fra linje 11-23, og med det viser hun, at hun lytter aktivt til patienterne, hvilket også er en måde at vise sin støtte til dem. Fordi ambivalensen er underforstået i alt det ytrede, altså at patienterne både gerne vil og ikke vil dyrke motion under visse omstændigheder, sammenknytter og anerkender opsummeringen begge dele, og delene vægtes sprogligt ens.

Sygeplejersken benytter desuden hele opsummeringen (linje 11-12, 15, 20 og 23) til dels at sikre, at alle patienterne er med på, hvad der tales om, og dels til at sikre at interaktionen bibeholder det ønskede fokus på barrierer og strategier. De fleste patienter forholder sig desuden aktivt til hendes opsummering ved at ytre *ja*-udsagn eller ved at nikke, og hun når faktisk ikke engang at gøre sin ytring færdig, før først Bjørn og herefter Iris (og senere Carl-Bastian) involverer sig og deltager aktivt. Bjørn og Iris tager turen efter sygeplejersken og ytrer refleksioner om strategier – hhv. *bestemt det går også lettere at være et par ik' og ja ja man ska' af sted sammen*. Fordi sygeplejersken placerede og ytrede strategierne til sidst i sin opsummering, bliver strategierne det,

som patienterne forholder sig til. Det sikrer et positivt fokus, fordi det fokuserer på fremgang, forandring og succes, hvilket kan øge motivationen og self-efficacyen hos patienterne. Desuden er det også værd at bemærke, at sygeplejersken i sin opsummering benytter datid i forhold til barrieren (*havde* linje 11-12), mens hun i forhold til strategien benytter nutid (*gør* linje 23), hvilket også kan være medvirkende til, at patienterne forholder sig til strategien.

I eksemplets sidste sekvens – linje 28-39 – tager Carl-Bastian turen, og ud fra sidste sekvens' erfaringsdelinger og refleksioner og sygeplejerskens opsummering fortæller han om en af hans succesoplevelser, en nyerfaret gevinst – *gå som vi siger en kotelettur* (linje 28) ... *den går vi hver mandag fast* (linje 31-33). Sygeplejersken kommer i linje 32 med et *ja?*, der gennem tryk og stigende intonation signalerer, at hun både lytter og opfordrer Carl-Bastian til at fortsætte med at fortælle. I linje 34 ytrer hun et bekræftende og anerkendende *sådan*, der enkelt, men effektivt roser og støtter. Herefter fortsætter Carl-Bastian fra linje 36-39 med at ytre om hans bestræbelser med at tillægge sig en mere aktiv livsstil.

#### 4.2.8 Eksempel 8

Dette eksempel er fra 2. undervisningsgang. I eksemplet tales der om hvilke fysiske symptomer eller gener, patienterne kan opleve i forbindelse med vejret.

En del hjertepatienter mærker symptomer ved kuldepåvirkninger, hvilket sygeplejersken kort forinden har gjort opmærksom på<sup>50</sup>. I linje 1 og 3 ytrer sygeplejersken et lukket spørgsmål – *er der nogen af jer andre der har mærket det her kuld-* - selvom spørgsmålet er lukket, fungerer det som en opfordring til patienterne om at dele erfaringer med hinanden, her omhandlende en slags ulemper ved status quo (jf. 2.3.3). Spørgsmålet fungerer som opfordring, fordi sygeplejersken bruger præpositionsforbindelsen – *nogen af jer andre* – der dels indirekte refererer til den forudgående kontekst, hvor Troels har fortalt om et generelt ubehag i forbindelse med vejret, dvs. en erfaringsdeling, og dels direkte udvælger de andre patienter som talere. Sygeplejersken styrer samtidig samtalen ved at udvælge emnet for talerne (symptomer/gener ved koldt vejr) ved at bruge henvisningsmarkørerne *det her* og ordet *kuld-*.

---

<sup>50</sup> Det er ikke med på optagelserne, da det blev sagt under et båndskift.

Allerede før sygeplejersken når at ytre særlig meget af spørgsmålet, viser Iris med sin gestik (linje 2), at hun ønsker ordet, og i linje 4 skynder Iris sig at tage ordet og udvælger dermed sig selv som taler, før sygeplejersken er helt færdig med sit spørgsmål.

I den næste sekvens (linje 4-19) fortæller Iris om sine oplevelser med, hvordan kulde påvirker hende (linje 4-6), og hvad der efter hendes erfaring kan afhjælpe problemet (linje 8-17).

I hele sekvensen benytter sygeplejersken reflekterende lytning, der skal få Iris til at uddybe og forsætte med at fortælle. I linje 5 ytrer hun en simpel refleksion ved at gentage det sidste af Iris' ytring - *°når det koldt°* - måske fordi Iris allerede virker til at være meget ivrig efter at fortælle, ytrer sygeplejersken sin refleksion (og flere af hendes senere fortsættelsesmarkører i form af *ja*-udsagn) med lav lydstyrke. Sygeplejerskens reflekterende lytning i kraft af refleksion og fortsættelsesmarkører kommer ved mulige turafslutninger og opfordrer derfor Iris til at deltage aktivt ved at fortælle og dele mere.

I sekvensen ses desuden også, at Iris aktivt benytter sin gestik i interaktionen, fx i linje 11-12 hvor gestikken fungerer som ekstra information, der videregives – gestikken i linje 11-12 kunne meget vel betyde noget i retning af: *husk at tage nitroglycerin inden du går ud i koldt vejr*, uden at det er klart, om det er Iris selv, det kommer fra, eller om det er Iris' gengivelse af, hvad hun har fået at vide af en læge. Uanset hvad fungerer gestikken sammen med hendes ytringer som en introduktion til (ny) viden for de andre patienter, hvor troværdigheden af denne viden samt de andre patienters outcomeforventninger sandsynligvis øges pga. Iris' personlige erfaring og deling af denne. Endvidere fungerer gestikken og ytringerne også som et oplysende råd fra Iris til de andre patienter, og hun træder dermed ind i en rolle som coach for de andre patienter (jf. 4.5).

I eksemplets sidste sekvens (linje 19-33) starter sygeplejersken i linje 19 med at tage ordet og forholder sig til det, Iris har fortalt, ved at gøre opmærksom på, at de om lidt vender tilbage til *det med nitroglycerin*. I linje 20-21 stiller sygeplejersken så et nyt lukket spørgsmål – *ved i hva' der sker i kulden (0.3) med karrene* – hvilket både Iris og Morten svarer (rigtigt) på samtidig (linje 22-23). Sygeplejersken uddyber og forklarer så i linje 24-33, hvad der sker med karrene i kulden, og hvad årsagen er til at nogle mærker ubehag. Hun pointerer, at det er en naturlig proces, at karrene trækker sig sammen i kulde – *det gør de jo hos os alle sammen*, og ligeledes pointerer hun, at der ved åreforkalkning vil være små kar – læs forsnævrede kar – som ikke har fået ballonudvidelse, og

at det er derfor, der vil kunne opleves ubehag, når karrene trækker sig sammen (linje 26-31). Hun benytter desuden sin gestik i linje 29-30 til at illustrere, hvordan karrene trækker sig sammen. Ved at fremstille processen som naturlig samt ved dels at ligge tryk på *kortvarigt*, og dels ved at moderere sin påstand fra at alle mærker ubehag til nogle (linje 31-33), undgår sygeplejersken at fremstille det ubehag, som patienterne kan opleve, på en måde så det bliver sygeliggjort. Selve ordet *ubehag* nedtoner fx graden af alvor. Alt i alt bliver det at mærke symptomer i kulde altså fremstillet som et ændret livsvilkår med forståelige og naturlige årsager (og som Iris ytringer viser, kan afhjælpes), hvilket er med til at afdramatisere det.

Det er desuden også interessant, at sygeplejersken benytter det upersonlige pronomen *man* meget i sin forklaring, fx linje 25, 26, 28 og 31, for samtlige patienter har åreforkalkning, og hun kunne i stedet for vælge at benytte pronomenet *I*, fx *når i har tendens ...* osv. Ved at bruge pronomenet *man* undgår hun at fremstå som en ekspert, der taler ned til patienterne og forklarer dem, hvordan landet ligger, dvs. ”diagnosticerer” (jf. 2.4.2.2), men påtager sig mere en rolle som rådgiver.

I eksemplet her opnår sygeplejersken altså ved opfordringer – her i form af lukkede spørgsmål og reflekterende lytning – dels at få involveret og medinddraget patienterne, og dels få en patient til at fortælle og uddybe om egne erfaringer. Der bliver med Iris’ beretning taget udgangspunkt i en konkret oplevelse, hvorefter der er reflekterende observation (linje 22-24) og til sidst en abstrakt begrebsliggørelse (linje 25-33). Sygeplejersken samarbejder med patienterne, og hun får patienterne selv til at videregive vigtig viden, som det er ønskeligt, at patienterne har. Det betyder, at denne viden får en mere personlig og troværdig karakter. Endelig betyder opfordringerne også, at sygeplejersken får introduceret et emne, hun gerne vil fortælle om, på en måde så det virker til, at emnet opstår ud fra patienternes ytringer. Det er en snedig og effektiv måde at få et emne gjort ikke blot relevant og vedkommende på, men også vise hvorfor og hvornår det er godt at have denne viden. Sammen med årsagsforklaringen (linje 25-31) på symptomerne vil det øge chancen for, at patienterne motiveres til at drage egenomsorg, dvs. tage nitroglycerin hvis de oplever symptomer, når det er koldt.

#### **4.2.9 Eksempel 9**

Dette eksempel er fra 6. undervisningsgang (svarer til det 5. hjertemøde), og undervisningens emne er motion. I eksemplet har fysioterapeuten på baggrund af et spørgsmål fra en patient netop fortalt lidt om relative og absolutte faktorer i forhold til overlevelsesprocenter.

I linje 1-3 ytrer fysioterapeuten efter en længere forklaring<sup>51</sup> det deciderede svar på det spørgsmål, som en patient tidligere har stillet. Svaret har flere interessante elementer. For det første fremstilles det at kunne give en absolut risiko ud fra konditallet som et ubestrideligt faktum, som der ikke behøver argumenteres for andet end ved at bruge en etos appelform – *for det ved man*. Denne appelform forstærkes yderligere ved, at der bliver lagt tryk på ordet *ved*. For det andet bliver den information, der er i linje 1-3, også ytret i en logospræget appelform, der tales altså til patienternes fornuft. Fysioterapeuten laver desuden en selv-reparatur undervejs i sin ytring, hvor han vælger at gøre ytringen mere passiv og indirekte. Det gør han ved at fjerne den synlige agent *du* og ved at bruge hjælpeverbet *bliver*. På denne måde bliver hans formulering mere passiv og indirekte, end hvis han havde sagt: *hvis du forbedrer din kondition og dit kondital*. Dermed signalerer fysioterapeuten, at han ikke pålægger patienten at forbedre sin kondition og sit kondital, men at det er patientens eget valg. Han anerkender og respekterer dermed patientens autonomi, og han styrker også dennes self-efficacy, dels ved at signalere tiltro til, at patienten både selv kan se, at det er dennes opgave, og at det er en fornuftig opgave, og dels ved at overlade overvejelser samt valget om en evt. forbedring af konditionen til patienten selv.

I linje 4 viser fysioterapeuten gennem sin ytring - *det forstod i ikke så meget af* - at han godt er klar over, at det er svær og abstrakt viden, han har talt om, hvilket støtter påstanden om en logospræget appelform. Endvidere viser ytringen, at han ikke regner med, at patienterne har fået fat i hans pointe. Han bruger derfor også sin gestik – hvor han samtidig med ytringen rækker hånden afværgende frem for sig (linje 5) - til at signalere til patienterne, at han nok skal formulere det mere forståeligt ved at opsummere og uddybe, hvilket hans ytring i linje 8 også viser. Selvom to patienter i linje 6 og 7 med *jo*-ytringer angiver, at de formentlig har forstået, viser fysioterapeutens ytring i linje 8, at han enten dels ikke er sikker på, om det nu er rigtigt, og at han vil sikre sig, at de virkelig har forstået, og dels at han tager højde for de andre patienter, der ikke siger noget, og som måske ikke har forstået hans pointe. Fysioterapeuten viser dermed, at han dels prøver at tage hensyn til alle, og dels at han med sin intention om at opsummere og uddybe prøver at gøre den ytrede information mere forståelig og vedkommende.

Imidlertid bryder Carl-Bastian ind i linje 9, hvor han i delvis overlappende tale med fysioterapeuten fremsætter en opsummering af fysioterapeutens pointe - *jo større kondital du har jo længere levetid har du*. Den kommer til at fungere som en overgangsopsummering, således at de kan gå i gang med et nyt emne kort efter. Selvom fysioterapeuten ikke i dette eksempel aktivt gør noget for at få

---

<sup>51</sup> Den forudgående forklaring er ikke med i eksemplet.

patienterne til at ytre den vigtige pointe, er det præcis det, der bliver resultatet, og på denne måde samarbejder fysioterapeuten og patienterne om undervisningen, da patienterne bliver medinddraget. Sidst, men ikke mindst, er det værd at bemærke, at fysioterapeuten i linje 10 bruger adjektivet – *perfekt* - med tryk på til at signalere både en bekræftelse af korrektheden af patientens ytring, men ordet fungerer også som en anerkendelse og som ros til såvel Carl-Bastian som de andre patienter.

### 4.3 Delkonklusion

Det kan af eksemplerne (og optagelserne) ses, at de sundhedsprofessionelle gør en hel del i deres undervisning via kommunikationen for at inddrage patienterne og dermed motivere dem. Det kan også ses, at det nogle gange fungerer godt og andre gange mindre godt i forhold til formålet med at skabe aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg med alt, hvad dette indebærer . Jeg skal her samle mine resultater fra den foreløbige analyse og generalisere på dem.

Det kommunikative, de sundhedsprofessionelle gør, kan overordnet deles ind i fire kategorier, hvoraf jeg berører og uddyber de første to i denne delkonklusion, mens jeg i de følgende afsnit skal berøre og uddybe de sidste to kategorier:

- Formidle en masse (videnskabeligt veldokumenteret) viden
- Inddrage patienten aktivt i undervisningen
- Indtage og benytte forskellige roller
- Initiere, støtte og fremme gruppedynamik

Stort set al undervisning på samtlige seks hjertemøder kan karakteriseres som bygget op om grundelementet **viden** (jf. 2.3.6), hvilket stemmer overens med patientuddannelsesforløbets interne formålsbeskrivelse (jf. bilag 11). Det betyder, at de sundhedsprofessionelle vurderer, at patienterne har brug for viden. Når undervisningen udspringer af kerneelementet viden, betyder det imidlertid også ofte, at kommunikationen bliver en **videregivelse** af viden eller oplysninger, hvilket en del af kommunikationen bærer præg af. Det ses bl.a. ved, at de sundhedsprofessionelle trækker meget på foredragsgenren som diskursiv praksis i en (stor) del af undervisningen. Denne genre medfører visse vanskeligheder med at involvere og inddrage patienterne bl.a. pga. dens underliggende diskursive normer med en aktiv ”formidler” og passiv ”tilhører”, der begrænser mulighederne for dialog. En del viden bliver altså **videregivet** i stedet for **fremkaldt** i samarbejde med patienterne, hvilket klart udspringer af, at de sundhedsprofessionelle ser et underforstået behov for oplysninger og råd, efterspurgt af patienterne.

Mange af patienterne har givetvis også både en efterspørgsel af og et behov for viden, oplysninger og råd (jf. evt. bilag 8 spørgsmål 1). Det kan dog i højere grad (end det gøres i dette forløb) nyttiggøres i undervisningen til at **fremkalde** viden, oplysninger og råd i **samarbejde** med patienterne, hvor de sundhedsprofessionelle så at sige **assisterer** patienterne til at komme frem til det relevante for netop denne gruppe af patienter, som de sidder overfor. En del af tiden gør de sundhedsprofessionelle også dette, men de kan benytte sig af dette i lang højere grad end tilfældet er. Selvom meget af undervisningen bærer præg af videregivelse af viden i en foredragspræget diskurs, er de sundhedsprofessionelle opmærksomme på at prøve at inddrage og involvere patienterne indimellem. Når de prøver, lykkes det som regel også, og det gør kommunikationen langt mere dialogisk, hvilket er en fordel i forhold til at motivere patienterne. Jeg kunne derfor ønske, at de sundhedsprofessionelle ville fokusere mere på dels at bruge en anden genre mere end foredragsgenren, og dels at de prøver at inddrage og involvere patienterne mere, når de benytter foredragsgenren, fordi de generelt er gode til at inddrage patienterne aktivt, når de forsøger (jf. 5.3).

Inden jeg går over til at ekspliciterer mere, hvordan de sundhedsprofessionelle formidler den viden, de ønsker at give, og hvordan de søger at inddrage patienten i undervisningen, skal jeg kort forholde mig til hvilken af motivationssamtalens to faser, undervisningen fokuserer på.

Det virker ikke til, at der i undervisningen hverken ytres meget ambivalens fra patienternes side eller fokuseres på ambivalens fra de sundhedsprofessionelles side. Undervisningen og kommunikationen fokuserer netop på at styrke patienternes beslutning om og motivation for forandring samt udarbejde en plan, hvor der vejledes, gives råd og oplysninger, overvejes barrierer og strategier og fremkaldes forandringsudsagn. Det er alt sammen opgaver, der primært hører til i anden fase af motivationssamtalen. Det betyder også, at patienterne af de sundhedsprofessionelle skønnes at befinde sig i forberedelses- eller handlingsstadiet i Stages of Change modellen, og at kommunikationen bærer præg af at være målrettet til disse stadier (jf. 2.3.5.4). Ud fra mine observationer og ud fra fx eks. 1 med Morten ser det dog også ud til, at nogle patienter befinder sig i overvejelsesstadiet, hvilket der ikke i samme grad fokuseres så meget på fra de sundhedsprofessionelles side. Det kan i værste tilfælde betyde, at undervisningen for disse patienter ikke vil

føles vedkommende og relevant, da de befinder sig på et andet stadie end de stadier, som kommunikationen især målrettes imod<sup>52</sup>.

Viden formidles af de sundhedsprofessionelle ofte især i logos appelform, hvor der overvejende tales til patienternes fornuft og logiske sans, og mange oplysninger fremlægges som ubestridelige facts. De sundhedsprofessionelle bestræber sig i høj grad på at være objektive i deres beskrivelser ved bl.a. at bruge neutrale ord, og de understøtter ofte deres logos appelform med en etos appelform, der fungerer som en slags hjemmel, for at patienterne skal tage oplysningerne til sig, fx eks. 1 linje 50 *som er veldokumenteret* og eks. 9 linje 3 *for det ved man*. Etos skal sammen med logos appelformen desuden både gøre oplysningerne troværdige for patienterne og understrege patienternes eget valg, dvs. respekt for patienternes autonomi, ved at de selv må tage stilling til den viden og de oplysninger, de får stillet til rådighed.

Indimellem ses også brug af patos appelform, fx i eks. 3, hvor lægens analogier appellerer til patienternes følelser ved kommunikativt at stille et ulækkert billede op af kranspulsåreforsnævring.

De sundhedsprofessionelle prøver at gøre den viden de formidler relevant og vedkommende ved at inddrage patienterne med jævne mellemrum. Det foregår oftest på en tredelt måde, hvor de sundhedsprofessionelle fx stiller et spørgsmål, opfordrer gennem reflekterende eller opsummerende udsagn, hvilket initierer, at patienterne tager taleturen og kommer med en respons, hvorefter de sundhedsprofessionelle samler op på det ved at reflektere, rose, opsummere eller tilføje yderligere oplysninger.

Nogle gange bruger de sundhedsprofessionelle patienternes ytringer som introduktion til den viden, de gerne vil videregive, fx eks. 8.

Endvidere gøres der brug af principperne fra Kolbs læringscirkel (jf. 2.4.1) til at gøre den viden, der formidles, relevant, fx eks. 6. Den bruges også til at efterleve ønsket om patientcentreret kommunikation, hvor der tages udgangspunkt i patienternes situation og oplevelser, fx eks. 6 med relationen til madlavningssituationen eller eks. 4 linje 9 *hvis du nu tog noget nitroglycerin*.

---

<sup>52</sup> Der vil selvfølgelig være argumenter både for og imod, at der er patienter i gruppen, der befinder sig på andre stadier end de stadier, som kommunikationen mest målrettes mod. Fx kan de patienter, der er i overvejelsesstadiet blive så inspireret af de patienter, der er på andre stadier, at de nemmere flytter sig frem til disse stadier og dermed øger deres forandringsmotivation hurtigere end fx individuelle samtaler med sundhedsprofessionelle ville have kunnet.

Jeg nævnte i eks 1 lidt om, at det er vigtigt, at patienterne har et klart indtryk af formålet, da det vil gøre undervisningen mere vedkommende for patienterne. Derfor er det vigtigt, at de sundhedsprofessionelle redegør for formålet for hver enkelt undervisningsgang. Ikke bare hvad der skal ske, dvs. dagens program, men også hvad formålet med dagens undervisning er, og hvad de ønsker patienterne skal opnå og bidrage med i løbet af undervisningen.

Jeg vil her i punktform redegøre for, hvordan de sundhedsprofessionelle inddrager og involverer patienterne aktivt i undervisningen, hvilket antages at øge patienternes motivation, samt at de tager oplysningerne til sig, dvs. føler ejerskab.

- Brug af åbne såvel som lukkede spørgsmål. Overraskende nok fungerer de lukkede spørgsmål også godt i forhold til at få patienterne til aktivt at deltage i undervisningen, fx eks. 8.
- Brug af reflekterende lytning, der ofte opfordrer og fører til yderligere uddybning eller refleksion fra patienterne:
  - Lytte-markører som fx *ja*-udsagn.
  - Gentagelser af dele af patienternes ytringer
  - Refleksioner, der fortsætter tankerækken
  - Refleksioner, der omformulerer patientens ytring en smule
  - Refleksioner, der opstiller alternativer
  - Opfordringer, direkte eller indirekte.
- Brug af bekræftelse, der benyttes forsigtigt og med omtanke. Det fungerer ikke alene effektivt som støtte og ros, men også som opmuntring, hvilket også giver sig udtryk i, at patienterne uddyber og fortæller yderligere, fx eks. 7. Bekræftelsen har oftest form som et enkelt adjektiv, fx eks. 7 *sådan*, eks. 9 *perfekt*. Der bruges ofte tryk til at understøtte bekræftelsen.
- Brug af opsummeringer, specielt bruges samlende eller sammenknyttende opsummeringer. Som det ses i eks. 5, kan en samlende opsummering fint initieres af billedmateriale, så længe der understøttes med fx spørgsmål. Sammenknyttende opsummeringer som fx i eks. 7, hvor det positive fokus ytres til sidst, får patienterne til at forholde sig til det positive.
- Brug af gestik og blik til at opfordre patienterne til at tage ordet. Bruges desuden ved ytringer med samme formål som en understøttende funktion.

- Brug af humor<sup>53</sup>.

Til at fremkalde forandringsudsagn og mindske modstand benytter de sundhedsprofessionelle samme teknikker som i ovenstående elementer, som det ses i flere af eksemplerne, bl.a. eks. 1 og 2. Det skal selvfølgelig pointeres, at de sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis altid er bevidste om brugen af deres kommunikative elementer, hvilket er helt naturligt.

Det kan måske først se ud til, at der i undervisningen især fokuseres på det kognitive mål med at give patienterne en øget viden, og der er da heller ingen tvivl om, at dette mål anskues som havende stor betydning i forhold til at justere og ændre holdninger, værdier og overbevisning, dvs. affektivt mål. Men både det affektive og psykomotoriske mål (forandring gennem ændring af adfærd/tilegnelse af evne) imødegås gennem en del af de inddragende kommunikative elementer, hvor der er plads til, at patienterne forholder sig til oplevelser, følelser, succeser, barrierer og strategier. Det psykomotoriske mål tilgodeses især gennem uddannelsesforløbets fysiske træning og madlavning, men også gennem fx illustrationer af, hvordan man tager nitroglycerin korrekt, (jf. bilag 13B).

Til slut kan det konkluderes, at undervisningen både bærer præg af elementer fra empowerment- og persuasionsskolen, som alt det ovenstående viser.

## 4.4 Gruppedynamik

I det patientuddannelsesforløb jeg fulgte, deltog som sagt otte patienter og indimellem et par pårørende. Gruppen af patienter er bredt sammensat både med hensyn til, hvad de sygdomsmæssigt har været igennem og med hensyn til, hvor i forandringsprocessen de kan siges at befinde sig (jf. 2.3.5.4).

Det, at patienterne er så bredt sammensat, har selvfølgelig både fordele og ulemper, fx vanskeliggør den brede sammensætning de sundhedsprofessionelles mulighed for at gøre kommunikationen og undervisningen vedkommende og relevant og at målrette den til alle otte patienter både i forhold til, hvad de hver især har oplevet, hvor de er i forandringsprocessen, og hvilken af Miller og Rollnicks

---

<sup>53</sup> Humoren letter den ellers noget tunge fremstillingsform nogle gange, hvilket gør, at patienterne kan grine med eller selv tilføje noget humoristisk. Jeg har stort set ikke humoren med i analysen, da jeg vurderer den som mindre vigtig for motivationen end de andre elementer, men der ses en lille smule i slutningen af eks. 3.

grupper de kan siges at være placeret i. Der vil således altid blive hugget en tå og skåret en hæl, dvs. undervisningen bliver vurderet og tilpasset fra de sundhedsprofessionelles side alt efter patienterne og den konkrete situation, og visse ting må udelades, hvilket sygeplejersken også giver udtryk for i interviewet (se evt. bilag 10).

Når der alligevel vælges at have patientundervisning i grupper på afdelingen, hænger det selvfølgelig sammen med de fordele, der er ved at udføre undervisning til en gruppe – eller ideelt set snarere i samarbejde med en gruppe (jf. 2.4.2.1)<sup>54</sup>.

De to følgende eksempler, som jeg analyserer, er principielt set ret svære at placere som enten aktivering af gruppen eller brug af gruppedynamik, og det hænger sammen med, at når gruppen aktiveres, bruges gruppedynamikken nærmest også automatisk. Når jeg alligevel har inddelt det i to afsnit, hænger det sammen med, at jeg ønsker at vise forskellige ting med de to eksempler.

Transskriptionerne af eksemplerne kan ses dels på vedlagt CD-ROM og dels udskrevet i bilag 30-31.

#### **4.4.1 Aktivering af gruppen**

Følgende eksempel er fra 5. undervisningsgang (svarer til 6. hjertemøde). I interaktionen op til har sygeplejersken ytret, at hun ønsker, at patienterne taler om, hvad patienterne finder hhv. svært og let at ændre på i forhold til nogle af de livsstilsændringer, de er begyndt på.

Interaktionen om hvad patienterne finder hhv. let eller svært at ændre på, skulle gerne fange evt. ny ambivalens, hvilket de(n) sundhedsprofessionelle og patienterne kan hjælpe hinanden med at afklare, men interaktionen er også med til, at patienterne kan inspirere hinanden gennem succeshistorier, oplysninger og gode råd til overvindelse af det svære, dvs. strategier, eller som her støtte, rose og agere coach for hverandre.

Sygeplejersken har to gange inden starten på dette eksempel prøvet at ytre over for Bjørn, at det er godt, det han gør, fordi rugbrød i stedet for fx franskbrød til morgenmad er et godt alternativ,

---

<sup>54</sup> Plus det at det sandsynligvis er mindre omkostningsfuldt at have gruppeundervisning frem for individuel undervisning, der skal dække alt det, der foregår på patientuddannelsen.

ligesom fx branflakes<sup>55</sup> er det. Hun har dog ikke rigtig succes med at trænge igennem med bekræftelsen til ham og få ham til at indse, at det er godt nok og dermed styrke hans self-efficacy - hverken de to gange før eller nu som det ses i linje 1-3. Hun dropper da også her tredje gang hurtigt sin påbegyndte ytring, da Bjørn begynder at tale samtidig som hende. Ud fra Bjørns ytring i linje 2-3 og linje 12-13 ses det, at Bjørn tror, at det kun er godt nok, hvis man spiser cornflakes, og at han ikke kan klare det der cornflakes. Det kan siges, at hans outcome-forventninger til det skema, han har set (jf. linje 12), er så stærke, at han fejlagtigt opfatter det, som den eneste "rigtige" mulighed er at spise cornflakes eller lign. til morgenmad.

I eksemplet søger sygeplejersken at justere Bjørns opfattelse, da det dels er en forkert opfattelse (branflakes skal ses som et eksempel på fornuftig morgenmad), og dels forringer hans efficacy-forventninger, altså hans tro på, at han kan gennemføre den ønskede ændring.

Sygeplejersken har været opmærksom på, at Sørenns pårørende med sin adfærd har virket til at ville komme med en kommentar, hvilket ses i linje 5-7, hvor sygeplejersken først via gestikken og bagefter med sin ytring - *du må gerne (.) v vil du sig' noet øhhh* – opfordrer Sørenns pårørende til at tage taleturen.

Sygeplejerskens ytring er delt i to. Gestikken og ytringen *du må gerne* fungerer som en tilladelse og opfordring til Sørenns pårørende til at tage taleturen, og sygeplejersken gør derved opmærksom på, at de er fælles om opgaven med at støtte Bjørn og få ham til at indse, at det er godt, det han gør, at han kan ændre morgenmaden på andre måder, og at han ikke nødvendigvis skal spise fx branflakes.

Sygeplejersken indtræder i en ordstyrerrolle ved at udvælge og opfordre Sørenns pårørende til at tage taleturen. Sygeplejerskens anden spørgende del af ytringen - *v vil du sig' noet øhhh* – signalerer, at hun orienterer sig mod, at Sørenns pårørende ikke direkte har givet udtryk for at ville have turen, og at sygeplejersken derfor er en smule i tvivl om, hvorvidt Sørenns pårørende ønsker ordet.

Spørgsmålet giver desuden også bedre Sørenns pårørende mulighed for at afvise taleturen.

Selvom Sørenns pårørende egentlig starter taleturen med *nej*, fortsætter hun taleturen i linje 8. Hun overtager nærmest sygeplejerskens ytring fra linje 1, hvilket ses ved, at hun bruger samme slags formulering - *men jeg sad og tænkte på*. Denne type formulering kan benyttes og er effektiv til at indtræde i coachrollen (jf. 4.6.3). Hun fortsætter sin ytring med en rosende og støttende refleksion – *det du sir med med (.) rugbrød og det det der det da udemærket*.

---

<sup>55</sup> Bjørn kalder dem i eksemplet cornflakes.

Sygeplejersken har på denne måde succes med at initiere gruppedynamikken og få en fra gruppen til at overtage en coachrolle, og det viser sig, at det får Bjørn til at lytte bedre efter<sup>56</sup>. I linje 10 ytrer sygeplejersken et langt og stille °*ja::hh*°, som viser, at hun er enig med Søren's pårørende. Dette °*ja::hh*° er både et signal til Bjørn om, at hun er enig, hvilket grundet hendes faglige identitet styrker Søren's pårørendes udsagns troværdighed, men det er også et signal til Søren's pårørende om at fortsætte.

I linje 11 fortsætter Søren's pårørende med at rose og støtte gennem brugen af en adjektivisk underordningsforbindelse - *faktisk rigtig godt*, hvor adverbiet *faktisk* relaterer sig til både, hvad Bjørn har sagt og Søren's pårørendes tidligere ytrede ros. Hun bruger desuden både her og forud tryk til at understrege rosen, der fungerer som støtte og opmuntring. Ligeledes fungerer adverbiet *rigtig* som en styrkemarkør for hendes ros, støtte og opmuntring.

Bjørn kommer med en indvending i linje 12-15 – *jamen der står jo på det der skema med det der med cornflakes og det*, hvor han henviser til det skema, han har set, hvor cornflakes omtales.

Søren's pårørende starter i overlap med Bjørn, og på denne måde får hun igen gennem en rosende og gentagende ytring støttet Bjørn i det, han allerede gør. Derefter fortsætter hun sin ytring og fokuserer på Bjørn's anden brødtype - hvedebrød, som han i interaktionen op til eksemplet har fortalt om, at han spiser. Søren's pårørende henviser til, hvad sygeplejersken tidligere også har forsøgt at sige – *hvis du for eksempel ku' spise øh øhh med højere fibre*, og hun bekræfter rigtigheden af dette, samtidig med at hun giver Bjørn en oplysning og et råd om, hvordan Bjørn kan spise hvedebrød med højere indhold af fibre – *det kan du hvis du spiser det der levebrød* – hvor hun igen henviser til sygeplejersken og senere i linje 22 til diætistens undervisning.

Til sidst tilføjer Søren's pårørende i linje 23 *så er du faktisk hjemme*, der dels viser målet med ændring af morgenmadsvaner som overkommeligt og næsten nået, og dels igen roser og støtter Bjørn.

Interaktionen efter eksemplets slut fortsætter med, at Bjørn bl.a. taler om, at det er svært at vide om det brød, man spiser lever op til de krav som "hjerte-fornuftigt" brød skal have, når man køber det hos bageren. Det medfører, at flere patienter tager taleturen og kommer med forslag, gode råd, støtte osv. Gruppedynamikken fortsætter altså med at være aktiveret i lang tid efter eksemplets slut, og sygeplejersken lader gruppedynamikken udfolde sig og styrker den ved at forholde sig tilbagetrukket, hvor hun blot sørger for, at folk ikke taler for meget i overlap med hinanden.

---

<sup>56</sup> Både her i eksemplet og senere i interaktionen efter eksemplets slut.

Som det ses i dette eksempel kan andre fra gruppen fint varetage opgaver, som de sundhedsprofessionelle også har, fx være coach for hverandre, rose og støtte hinanden samt give råd gennem deres kommunikation – i nogle situationer måske endda bedre end de sundhedsprofessionelle pga. det ligeværdige magtforhold, der er mellem patientgruppens deltagere.

#### 4.4.2 Brug af gruppedynamik

Her er eksemplet fra 3. undervisningsgang, og det ekspliciterer, hvordan og hvorfor patienterne har glæde af hinanden. Interaktionen op til eksemplets start omhandler bl.a., hvordan patienterne kan bearbejde de oplevelser, følelser og tanker, de har/ har haft i forbindelse med at have fået en hjertesygdom.

Interaktionen starter med, at sygeplejersken i første sekvens – linje 1-9 – opsummerer og reflekterer over noget af det, hun og patienterne sammen har været inde på. Hun henviser bl.a. til deres interaktionen i linje 3 med *det var din veninde*, og på denne måde gør hun opsummeringen og refleksionen vedkommende og relevant for patienterne. Sygeplejersken prøver altså at tage udgangspunkt i en konkret situation, og i linje 4-5 stiller hun en situation op for patienterne, som er fælles for dem alle – *når i mødes her*. Denne situation fungerer ligeledes som en opfordring til, at de bruger undervisningsgangene såvel som resten af patientuddannelsesforløbet til at tale med hinanden. Sygeplejersken opfordrer på denne måde til en aktivering af gruppedynamikken og ekspliciterer, at patienterne kan gøre brug af hinanden. Hun ekspliciterer yderligere i linje 7-9, hvor hun taler om at *udveksle (.) tanker og følelser ik´*.

I anden sekvens – linje 10-26 – starter Carl-Bastian med at tage taleturen i linje 10. Han responderer på, det sygeplejersken har sagt, ved at tilkendegive sin mening om det at have fælles oplevelser – *det jo dejligt når man har prøvet det samme*. Herefter fortsætter Carl-Bastian i linje 10-17 med at reflektere over sin opfattelse og oplevelse af den konkrete interaktion, som har fundet sted såvel denne undervisningsgang som de andre gange. Undervejs viser Morten og Svenning desuden med deres ytringer i overlap med Carl-Bastian, at de er enige. Carl-Bastians ytringer viser, at han allerede her 3. undervisningsgang oplever, at det at snakke med de andre patienter betyder, at han ikke føler sig alene. Sygeplejersken viser, at hun lytter aktivt ved at ytre en reflekterende fortsættelse af Carl-Bastians tankerække, når han i linje 16 går lidt i stå, og hun så siger *helt alene i verden*. Således viser hun også, at hun kan sætte sig ind i patienternes situation og følelser, og hun

udviser dermed empati. Både Carl-Bastian og Svenning viser deres enighed med hendes reflekterende ytring gennem deres ytringer i linje 18-19. Herefter orienterer Carl-Bastian sig mod nogle af de andre patienter, som har haft et lidt anderledes sygdomsforløb end hans og Svennings, der minder om hinanden, og han relaterer, det han har sagt, til de andre patienter ved at sammenligne nogle af de andre patienters situation med hans og Svennings – *i har sikkert prøvet det samme* (linje 21).

Det, at patienterne ikke føler sig alene i deres situation, har stor betydning, fordi det er lettere at blive motiveret til at gennemføre forandringer, så man bliver en aktiv samarbejdspartner, der udøver egenomsorg med alt, hvad det indebærer, når man har ”lidelsesfæller” og sparringspartnere. Som det ses ud fra Svennings ytringer i linje 24-26, har det, at han har snakket og interageret med de andre patienter i gruppen medført, at han både har haft det bedre fysisk (såvel som psykisk og socialt, hvilket kommer til udtryk senere i interaktionen). Han har fx ikke været nødt til at bruge nitroglycerin siden sidste undervisningsgang, da samtalerne med de andre patienter og deres støtte har betydet så meget, at han enten ikke oplever symptomerne som så slemme, eller at han allerede har startet på små ændringer, der betyder, at symptomerne mindskes<sup>57</sup>. Svenning understreger med ordene *det er rent faktisk fordi vi har siddet her og snakket*, dels at det måske er overraskende (*rent faktisk*), og dels at støtten fra patienterne, og det, at de bruger hinanden, virker. På denne måde støtter og opfordrer han de andre patienter ved at eksplicitere, hvad det har betydet for ham. Samtidig kan det også siges, at han styrker de andre patienters outcome-forventninger til (sygeplejerskens) råd, om at det hjælper at bruge hinanden, fordi han kan fortælle om og dele sin personlige erfaring med rådet.

## 4.5 Delkonklusion

Gruppedynamik er en af de helt store fordele ved gruppebaseret patientundervisning.

Det ses ud fra eksemplerne, at patienterne kan agere coach for hinanden, at de kan støtte hinanden, og som det ses i nogle af de føromtalte ni eksempler inspirere hinanden samt dele en masse

---

<sup>57</sup> Det kunne fx være en ændring som at lytte til kroppens signaler i tide, fx tage hånd om sin stress. Det fremgår ikke af selve interaktionen, men ud fra mine observationer af patienterne i konteksten om patientundervisningen, ved jeg ud fra Svennings ytringer til de andre medpatienter, at han er meget psykisk påvirket af hele situationen med at have fået en hjertesygdom. Sådant en påvirkning kan påvirke hans fysiske symptomer, og det kan meget vel tænkes, at det, at han har talt lidt om det og set og hørt de andre patienter og deres situationer, gør at den psykiske påvirkning er mindsket (i hvert fald midlertidigt).

erfaringer. Det vil alt sammen støtte og styrke deres self-efficacy og øge deres motivation til at blive aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg.

De væsentligste fordele kan kort opridses i følgende punkter:

- Patienter på andre stadier i forandringsprocessen og i andre grupper i Miller og Rollnicks model kan gennem deres interaktion og adfærd virke inspirerende og motiverende på patienter med lav motivation og lav self-efficacy, og de kan dermed være medvirkende til at styrke disse patienters aktivitet og egenomsorg.
- Når patienterne deler deres personlige erfaringer med fx råd eller strategier, skaber det større troværdighed og ejerskab.
- Gruppen kan støtte, rose og opmuntre hinanden.
- Gruppedynamikken medvirker til, at patienterne skaber og får et nyt, godt netværk (jf. 2.3.5.3)
- Det ligeværdige forhold mellem patienterne i gruppen gør det nemmere for patienterne at agere rådgivere og coach for hinanden. Der er ingen forskudt magtbalance pga. faglighed o.a., som der er mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne, og derfor kan patienterne tillade sig at være mere direkte og komme med ”løftede pegefingre”, da de alle er i samme situation. Fx siger Bjørn til Carl-Bastian kort efter eks. 7 slutter: *husk at gå de andre dage med stavene ik´* (h5-d2-h6-d1-mj\_cd, 48946\_51295)<sup>58</sup>.

De to eksempler jeg har analyseret viser tydeligt, hvordan og hvorfor patienterne har glæde af hinanden (se evt. også bilag 34). Gennem al deres interaktion, verbalt og non-verbalt, på hele patientuddannelsesforløbet danner de nye netværk, hvor de påvirker og støtter hinanden. Det styrker både deres self-efficacy og deres motivation.

En anden stor fordel ved gruppedynamikken er, at patienterne virker til at ytre en del flere forandringsudsagn, når der er gang i interaktionen mellem patienterne (og de sundhedsprofessionelle), jf. evt. h4-d2-h5-d1-mj\_cd, 2856171\_2896401. Det er en fordel, fordi når patienterne ytrer forandringsudsagn, hører de sig selv formulere fx intention om forandring,

---

<sup>58</sup> Tallene (og bogstaverne) angiver, hvilken fil optagelsen er på samt tidspunktet for begyndelse og slutning. Se bilag 5 for instruktion i afspilning.

optimisme og positivitet ved forandring eller evt. ulemper ved gammel adfærd, og det vil igen styrke patientens motivation og self-efficacy (jf. 2.3.3).

Gruppedynamikken initieres, styrkes og fremmes af de sundhedsprofessionelle gennem:

- Åbne og lukkede spørgsmål (initierer og fremmer)
- Opfordringer (initierer og fremmer)
- Refleksioner (initierer og fremmer)
- Opsummeringer (initierer og fremmer)
- Holde sig i baggrunden, når gruppedynamikken kører, og lade patienterne interagere med hinanden – ”agere ordstyrer”, så patienterne holder sig til de overordnede emner og ikke taler alt for meget i munden på hinanden (styrker og fremmer)
- Udtrykke personlige positive holdninger for at understøtte patienternes budskaber (styrker og fremmer)

Når gruppedynamikken aktiveres og kører effektivt, dvs. patienterne taler meget og interagerer med hinanden, styrer de sundhedsprofessionelle interaktionen ved at komme med refleksioner eller opsummeringer, således at patienterne taler om emner, som de sundhedsprofessionelle ønsker, de beskæftiger sig med og forholder sig til, eller som de sundhedsprofessionelle vurderer, er vigtige for den konkrete patientgruppe<sup>59</sup>.

Det er selvfølgelig de sundhedsprofessionelles opgave at sikre muligheder og rammer for, at gruppedynamikken aktiveres og styrkes, således at gruppen af patienter og pårørende kan varetage de opgaver som gruppedynamikken giver mulighed for, at de kan udøve, fx coache og støtte hinanden.

Det er mit ønske, at de sundhedsprofessionelle ville fokusere mere på dette, for patientgruppen kan varetage eller overtage mange af de opgaver, som de sundhedsprofessionelle også har eller tager sig af. Fx kan patienterne i højere grad bruges til at ytre den viden og de oplysninger, som de sundhedsprofessionelle mener, er vigtige, som det sås i eks. 8, hvor Iris får fortalt en vigtig oplysning. Det vil formentlig give patienterne større ejerskab over undervisningen og dens

---

<sup>59</sup> Fx er der i casen et eksempel, hvor patienterne i ret lang tid får lov til at tale om ost - konsistens, smag, fedtindhold, hvor man køber den osv. - da dette af den sundhedsprofessionelle underviser vurderes at have så stor vigtighed for patienterne ud fra deres adfærd, verbalt og nonverbalt, at de har brug for en afklaring, dvs. afslutte interaktionen om osten for at være klar og åbne for nye emner i dagens undervisning, jf. evt. h4-d2-h5-d1-mj\_cd, 2455628\_2543306.

budskaber. Det vil formentlig også styrke deres tro på, at de kan forandre sig, når de oplever, at de har meget af den viden, der er nødvendig, og de kompetencer, der kræves, hvilket også vil give dem et større indtryk af, at forandringen er mere overkommelig, hvilket igen vil styrke motivationen. De sundhedsprofessionelle vil på denne måde også mere naturligt træde ind i en coachende rolle for hele gruppen, hvor de bl.a. supplerer, når patienterne mangler fx viden, opsummerer og styrer interaktionen ud fra de emner, som ønskes gennemgået.

## 4.6 Underviserens rolle

De sundhedsprofessionelle kan indtage forskellige roller i undervisningen. Jeg redegjorde for tre roller – eksperten, rådgiveren og coachen – der alle har deres berettigelse i patientundervisning alt efter den konkrete situation (jf. 2.4.2.2). Rollerne iscenesættes og indtages gennem de sundhedsprofessionelles kommunikation, og de har stor betydning for arbejdet med at motivere patienterne, da de både kan fremme og bremse involvering af patienten og dennes motivation.

I de følgende afsnit trækker jeg primært på og henviser til de eksempler, jeg har analyseret i det ovenstående, dels fordi jeg her har beskæftiget mig lidt med rollerne, og dels fordi alle tre roller kommer til udtryk i eksemplerne. Jeg vil dog også få steder henviser til bestemte steder i optagelserne og til mit arbejde med casen generelt.

### 4.6.1 Eksperten

Alle fire sundhedsprofessionelle indtager i deres undervisning ekspertrollen på forskellige tidspunkter. Nogle af gangene har det sin berettigelse, og er det mest naturlige valg, som fx når patienterne spørger om noget konkret, som de ikke ved, eller som de undrer sig over. Jeg beskrev i eks. 1 og 9, at henholdsvis Morten og Søren havde haft nogle konkrete spørgsmål, som de sundhedsprofessionelle besvarede. Disse spørgsmål, som omhandlede henholdsvis blodforsyning til hjertet efter en bypassoperation samt absolutte og relative faktorer i forhold til overlevelsesprocenter, ville de andre patienter (sandsynligvis) ikke kunne svare på, og det ville endvidere virke malplaceret, fordi Morten og Søren her efterspørger et ”ekspertsvar”. Det vil sige, at de i søgen efter et svar vægter de sundhedsprofessionelles faglige identitet og autoritet højt, og de tillægger ekspertens højere vidensniveau stor værdi i forhold til troværdigheden af svaret<sup>60</sup>. De

---

<sup>60</sup> De fleste ønsker helst en ekspert til at forklare, hvordan blodforsyningen til hjertet ser ud efter en bypassoperation, og hvis de fik det fortalt af en lægmand, ville de formentlig oftere tvivle på denne forklaring end ekspertens forklaring.

sundhedsprofessionelles brug af ekspertrollen i disse situationer, (som evt. kan ses på optagelserne umiddelbart før eks. 1 og 9), er derfor helt på sin plads og må siges at fungere effektivt i forhold til formålet med at motivere, da patienterne selvfølgelig har brug for afklaring og forståelse af de spørgsmål, de kommer med.

Andre gange er spørgsmålene eller udsagnene fra patienterne af en sådan karakter, at medpatienterne i virkeligheden lige så godt kunne være dem, der responderede i stedet for de sundhedsprofessionelle, jf. fx optagelserne – h6-d2-mj\_cd, 907958\_1058371, hvor fysioterapeuten benytter sig af dette og får patienterne til at respondere, og hvor han efterfølgende opsummerer og pointerer<sup>61</sup>. På denne måde coacher han mere patienterne, hvilket de sundhedsprofessionelle kan benytte sig meget mere af, da det naturligt vil involvere patienterne mere.

Hvis de sundhedsprofessionelle derimod selv vælger at svare eller respondere på fx spørgsmål, hvilket mest er tilfældet i casen, kan det i værste fald virke bremsende på hensigten om at involvere patienterne, da de sundhedsprofessionelle således nemt kan komme til at træde ind i den ”alvidende og dikterende ekspertrolle” eller den mere moderate rådgiverrolle.

Det virker desuden til, at de sundhedsprofessionelle især bruger ekspertrollen (såvel som rådgiverrollen) til at fremstå som troværdige og kompetente i forhold til den information og viden, de forsøger at videregive. En stor del af tiden fokuserer de på den sundhedsfaglige referenceramme i en logos og etos appellform og informerer om hjertesygdom, dets betydning, behandling, og hvad patienterne skal være opmærksomme på (efter deres mening).

I eks. 3 nævnte jeg, at lægen fra start havde fastlagt sin egen rolle på forhånd ved at sige, at hun vil holde en slags foredrag, hvilket er medvirkende til at fastholde hende i en ekspertrolle, fordi hun benytter en stor del af tiden til at **informere** patienterne ud fra, hvad de sundhedsprofessionelle mener, er vigtigt. Det giver, som jeg også har nævnt, begrænsede muligheder for patienterne til at deltage aktivt (jf. 4.3).

I eks. 6 siger diætisten i linje 11-14 - *så derfor så er denne her vigtig og ha med i i husker at det er selvføl- fedtet faktisk tæller dobbelt så mange kalorier per gram vi får indenbords af det (.) at det virkelig er det det batter og spare på*. Det ses af hendes første del af ytringen, at hun indtager en let dikterende ekspertrolle. Havde hun fx i stedet for valgt at spørge patienterne lidt ledende: *er det*

---

<sup>61</sup> Han er meget styrende i sin måde at gøre det på, men ideen er god nok. Samtidig får han på denne måde et værdifuldt indblik i, hvad patienterne ved, og hvor de muligvis har brug for ekstra viden.

*vigtigt at fedtet indeholder dobbelt så mange kalorier*, havde patienterne været nødt til respondere og fx sige *ja*, hvorefter hun kunne spørge åbent, om de så vidste hvorfor. Diætisten ville således måske have nået frem til samme budskab, men på en måde, der ville inddrage patienterne mere, da de så var nødt til at forholde sig aktivt til budskabet om, hvorfor det er vigtigt at vide, at fedt indeholder dobbelt så mange kalorier. Det ville heller ikke på samme måde placere hende i en ekspertrolle.

De sundhedsprofessionelle er efter min vurdering generelt gode til at holde sig fri af ekspertrollen, med mindre den direkte efterspørges af patienterne gennem spørgsmål, hvor den så selvfølgelig skal indtages og benyttes<sup>62</sup>.

#### 4.6.2 Rådgiveren

Ud fra min analyse er rådgiverrollen den rolle, som de sundhedsprofessionelle mest indtræder i og benytter. Det hænger i særdeleshed sammen med, at undervisningen er bygget op om, at de sundhedsprofessionelle på forhånd har defineret problemerne for patienterne inden for en sundhedsvidenskabelig referenceramme (jf. evt. bilag 12-17), og at der fokuseres på at give patienterne viden (jf. eks. 1 linje 9-11 & bilag 11). På denne måde har undervisningen allerede på det overordnede plan defineret patienternes problemer, problemernes betydning, og hvad patienterne derfor har behov for at vide, og patienterne skal derfor **informeres** om dette. Selvom der i undervisningen gives plads til at "forfølge" visse af de emner, som patienterne selv tager op, er der et ret planlagt program, som så vidt muligt skal holdes, hvilket ses ud fra de sundhedsprofessionelles PowerPoints. Dette program er målsættende og styrende for undervisningen, og det skal ideelt set give patienten den viden med tilstrækkelige forskellige alternativer og den støtte, der gør, at patienten bliver motiveret til forandring.

Alt dette er medvirkende til, at de sundhedsprofessionelle indtager og benytter rådgiverrollen meget.

De sundhedsprofessionelle gør meget ud af at få fortalt patienterne, at det er patienterne selv, der har beslutningsansvaret – fx eks. 1 *det ska´ jo ikke virke som såd´n en løftet pegefinger (.) at nu ska´ i dit og nu ska´ i dat øh det det en viden i får i forhold til hva er det der er vigtigt øhh og så ka i selv*

---

<sup>62</sup> Der er selvfølgelig undtagelser, fx laver en af de sundhedsprofessionelle i starten af forløbet en sammenligning mellem patienterne og teenagere i forbindelse med introduktion til takt og tone i undervisningen, og selvom sammenligningen formentlig er ment som en morsomhed, er det meget uheldigt, da den med det samme sætter den sundhedsprofessionelle i en (stærk) ekspertrolle, der signalerer meget stor magtforhold mellem den sundhedsprofessionelle og patienterne.

*træffe de valg øhhh og den beslutning i nu engang vil træffe i forhold til hva i vil ændre på og ikke ændre på.* Det er godt, de får ekspliciteret dette, og det er også godt, at de påpeger, at det ikke er en løftet pegefinger, da det viser dem som en rådgiver frem for ekspert.

Både sprogligt og retorisk gør de sundhedsprofessionelle endvidere meget for ikke at komme til at virke, som de løfter pegefingre, men derimod kommer med råd eller oplysninger, som patienter kan tage stilling til. I eks. 4 linje 45-46, hvor sygeplejersken siger: *så spørgsmålet er om man skal læg-sige tingene som de er*, ses det, hvordan budskabet *det bedste for jer vil som regel være at sige tingene lige ud* i stedet for formuleres som et spørgsmål. På denne måde bliver patienterne mere aktive og involverede, fordi de selv skal tage stilling og vurdere noget.

Sprogligt er det især via brug af modalverber, som fx *kan*, og via brug af det upersonlige pronomen *man*, som gør, at de sundhedsprofessionelle træder ind i rollen som rådgiver, dels fordi de understreger patienternes eget beslutningsansvar ved at opstille det som muligheder, og dels fordi de undgår at diktere og anvise, jf. evt. eks. 4 linje 44, eks. 6 linje 6 og eks. 8 linje 25-26.

Desuden bruges rådgiverrollen også til at distancere sig fra ekspertrollen, som det fx ses i eks. 3 linje 1-6, hvor det upersonlige pronomen *man* også bruges til dette.

### 4.6.3 Coachen

Coachrollen er generelt set den vigtigste af de tre roller, når de sundhedsprofessionelle arbejder med at motivere patienterne (jf. 2.4.2.2)<sup>63</sup>. Denne rolle indtager og benytter de sundhedsprofessionelle også en del, men de kan godt gøre endnu mere brug af den.

Coachrollen er mere dialogisk end rådgiverrollen, og den fokuserer i endnu højere grad på, at der er et samarbejde mellem patienterne og de sundhedsprofessionelle. Fx signalerer fysioterapeuten i eks. 2 linje 1 med ytringen *har vi gået det såd'n rimeligt igennem*, at de er fælles om opgaven, og han indtræder derfor her i en coachrolle.

Coachrollen kan desuden også sprogligt kendes ved formuleringer, der signalerer, at man ikke informerer. Dette gælder fx ved spørgsmål af arten *hva sir i til det her billede her* fra eks. 4 linje 1 eller ”*jeg tænkte at-formuleringen*” fra eks fra gruppedynamik (jf. 4.4.1 og bilag 30).

---

<sup>63</sup> Det skal nævnes, at ikke alle patienter nødvendigvis er klar til en coachrolle. Dem, der forventer en ekspert, vil i bedste fald synes, det er mærkeligt, hvis de sundhedsprofessionelle fx siger: *hvad tror du vil hjælpe på X problem, hvad mener du skal gøres?* I værste fald vil disse patienter miste tiltroen til de sundhedsprofessionelle og betvivle deres kompetencer.

Beslutningsansvaret overlades af coachen også til patienten, men en coach fokuserer mere på, at patienterne selv når frem til den relevante viden eller beslutninger gennem refleksioner, overvejelser og vurderinger, frem for at informere og oplyse om forskellige muligheder. De sundhedsprofessionelle bruger føromtalte teknikker, dvs. spørgsmål, refleksioner og opsummeringer, i såvel rådgiverrollen som coachrollen. I coachrollen bruges disse teknikker dog i højere grad til at få patienterne til selv at nå frem til (efterspurgt) viden samt overvejelser og strategier, frem for som i rådgiverrollen at få mulighed for at videregive information og checke om, patienterne har fået fat i budskaberne.

Ud fra det dialogiske samarbejde med patienten vil coachen få et indblik i, om patienterne mangler viden om noget, og coachen kan så styre interaktionen hen mod, at patienten efterspørger denne viden.

En coach viser også i højere grad interesse, forståelse og empati for patienterne end en rådgiver, hvilket de sundhedsprofessionelle er meget opmærksomme på at gøre. Som jeg har nævnt; de roser og opmuntrer, de lader patienterne forfølge en del emner, der kommer frem i løbet af interaktion, fx om ost (jf. fodnote 59), og de viser, at de lytter interesseret gennem bl.a. deres refleksioner og fortsættelsesmarkører<sup>64</sup>.

Alle disse ting betyder, at coachrollen har et mere ligeværdigt magtforhold mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne, hvilket er fremmede for motivationen. Endvidere vil den diskursive praksis, der knytter sig til coachrollen, naturligt adskille sig fra foredragsgenren, da den viden og de oplysninger og råd, som patienterne har brug for, fremkaldes i et dialogisk samarbejde.

## **4.7 Delkonklusion**

De sundhedsprofessionelle kan indtage og benytte de forskellige roller fra ytring til ytring, og de kan derfor veksle meget mellem rollerne. De indtager og bruger alle tre roller, men rollen som rådgiver er den mest fremtrædende af de tre roller, hvilket hænger naturligt sammen med undervisningens opbygning.

Der er ikke noget forkert i, at de sundhedsprofessionelle definerer problemerne inden for en sundhedsvidenskabelig referenceramme – det må anses for helt naturligt. Der er heller ikke noget

---

<sup>64</sup> De viser også deres empati gennem smalltalk med patienterne før og efter undervisningen.

galt i at have et overordnet mål at styre efter, det er faktisk helt nødvendigt. Når det så er sagt, så skal de sundhedsprofessionelle for at træde mere ud af rådgiverrollen og ind i coachrollen, som de allerede har teknikkerne til (jf. 4.6.3) være mere opmærksomme på, at patienterne ikke nødvendigvis i så høj grad definerer problemerne inden for samme ramme. De sundhedsprofessionelle må derfor være mere opmærksomme på, hvilke rammer patienterne definerer problemerne inden for og give mere plads til disse andre rammer. Samtidig må de også for at kunne coache bedre afvige mere fra det ret planlagte program eller i hvert fald styre interaktionen, således at programmets emner opstår ud fra et samarbejde mellem patienterne og de sundhedsprofessionelle, som det fx var tilfældet med nitroglycerin og kuldepåvirkning i eks. 8.

Jeg har tidligere nævnt, at alle tre roller har deres berettigelse, men at coachrollen er den vigtigste rolle i forhold til at motivere patienterne til at blive aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg. Det er derfor den rolle, de sundhedsprofessionelle skal bestræbe sig mest på at indtage, da den generelt bevirker, at patienterne bliver mere aktive og involverer sig mere, hvilket anses for at føre til øget motivation. Det kan nogle gange være svært at skelne mellem rådgiverrollen og coachrollen, da mange af de kommunikationsmæssige teknikker er de samme, men de vigtigste forskelle mellem de to roller er, at interaktionen i coachrollen er mere dialogisk, og at der i højere grad samarbejdes om at nå frem til den viden og de råd, der således altid vil skønnes vigtige af **begge parter**.

## 5.0 Diskussion

Jeg diskuterer og reflekterer i dette kapitel kort over min anvendte teori, metode og over analysens resultater. Jeg udarbejder også på baggrund af analysen en liste, der i punktform opstiller nogle handleanvisninger og forslag til forbedringer af patientundervisning.

### 5.1 Diskussion og refleksion over teori og metode

For at kunne undersøge hvordan de sundhedsprofessionelle gennem kommunikationen motiverer/søger at motivere patienterne, har valget af teori og metode været anvendelsesorienteret. Jeg har derfor ikke i særlig grad beskæftiget mig med at kritisere eller sammenligne teorierne, men jeg har selvfølgelig så vidt muligt sørget for, at teori og metode i forhold til deres bagvedliggende præmisser kan integreres og kombineres med hinanden. Både teori og metode anskuer mennesket som et socialt og aktivt individ, der er i konstant udvikling, og som indgår i et evigt samspil med andre mennesker og omgivelserne. Endvidere anskues interaktion som havende afgørende betydning i forhold til menneskelig såvel som social udvikling og forandring.

Motivation, egenomsorg, forandring og mange af de andre centrale begreber i specialet er omfangsrige og komplicerede – og hvordan de påvirkes kommunikativt, er ligeledes kompliceret og omfangsrigt. Der findes mange forskellige teorier og antagelser om begreberne. Jeg har derfor været nødt til at tage nogle valg om, hvilke teorier og antagelser jeg ville inddrage, og hvor meget jeg havde mulighed for at gå i dybden med dem. Det har bl.a. været en medvirkende årsag til mit valg af motivationssamtalen som ”hovedteori”, da denne teori dels redegør for mange aspekter, dels relaterer det til kommunikation, og dels tilbyder gode analysekategorier. Motivationssamtalen har vist sig mere effektiv end andre metoder i arbejdet med at skabe og påvirke motivation (Mabeck, 2005: 8), og samtidig bruger afdelingen i min case bl.a. motivationssamtalen som teoretisk og pædagogisk forankring for deres undervisning, og det har også været bestemmende for mit valg. Det kan evt. i bilag 35 ses, hvordan jeg forholder mig til de to kritikpunkter der oftest rettes mod motivationssamtalen.

Mit valg af et miks af diskursanalytiske tilgange og CA som min analytiske metode skyldes, at de er et oplagt valg i forhold til teorien og formålet med undersøgelsen, samt at de er forenelige med teorien. Metoden indebærer, at interaktionen undersøges i dens naturlige kontekst, og derfor lavede

jeg optagelser af patientundervisningen. Det kan selvfølgelig altid diskuteres om patientundervisningen påvirkes af, at der er et kamera og en fremmed person til stede, men dels gjorde jeg mit til, at min tilstedeværelse ikke skulle forstyrre, og dels virkede hverken patienter eller personale til at opføre sig anderledes, når kameraet var tændt, end når det ikke var.

Jeg har såvel i indsamlingen af min empiri som under analysen været opmærksom på min egen rolle. I selve analysen har jeg undersøgt, hvad der rent faktisk foregår i patientundervisningen, og jeg har efterstræbt at eksplicite og klarlægge mønstre eller væsentlige elementer i forhold til formålet med analysen. Jeg har desuden med teorien og metoden redegjort for, hvilken baggrund jeg er gået til analysen med, og jeg påpeger såvel i afsnit 5.3 som 7.0, hvad specialets undersøgelse kan bidrage med. Helt overordnet mener jeg derfor, at såvel min teori som metode har været applicabel og gavnlig at benytte i forhold til, hvad jeg ønskede at undersøge i empirien.

## **5.2 Diskussion og refleksion over analysens resultater**

Analysen knytter sig til ”typisk” humanistisk videnskab. Resultaterne kan ikke ubetinget siges altid at være effektive i arbejdet med at motivere. De sundhedsprofessionelle må altså altid reflektere over, det de gør, da individer og situationer er forskellige, men analysens resultater kan forhåbentlig skabe bevidsthed, give et indblik og eksplicite tavs viden om, hvordan man gennem kommunikation kan motivere.

Analysens resultater kan ikke generaliseres, da de blot omfatter en enkelt case. For at kunne generalisere ville det være nødvendigt at undersøge forskellige cases forskellige steder over længere perioder, hvilket ikke er muligt i forhold til dette speciale. Men analysens resultater kan som før beskrevet give et indblik samt evt. danne udgangspunkt for andre undersøgelser og arbejder.

Analysens resultater kan endvidere ikke sige noget sikkert om, hvorvidt den motivation og aktivitet patienterne udviser i patientundervisningen – der jo signalerer, om patienterne er aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg - er vedvarende over en længere periode. Det vil kræve yderligere undersøgelser over længere perioder, hvilket efter min mening kan anbefales.

Jeg kunne i analysen have valgt at fokusere mere på eksempler, hvor det ikke virkede som om, interaktionen fungerede efter de sundhedsprofessionelles hensigt om at motivere. Når jeg ikke har gjort dette, hænger det sammen med, at jeg i min problemformulering fokuserer på, hvad der gøres for at motivere, og hvordan dette gøres. Det betyder imidlertid ikke, at jeg ikke har forholdt mig

kritisk, da det at skabe bevidsthed om og klarlægge, hvad der gøres kommunikativt for at motivere, samt hvordan dette gøres, netop forholder sig kritisk udforskende til patientundervisningen<sup>65</sup>.

Analysens resultater viser, at motivation påvirkes og fremmes gennem forskellige lingvistiske og retoriske faktorer i interaktionen. Faktorer som involverer og medinddrager patienten aktivt i patientundervisningen. Involvering og medinddragelse af patienten giver altså øget motivation, men det er også værd at pointere, at involveringen skal stemme overens med, hvad patienten ønsker og magter i den konkrete situation, for at motivationen øges, hvilket Blohm & Christensen (2005) også har fundet frem til.

Jeg har valgt at fokusere på selve den verbale interaktion i analysen og kun inddrage det skriftlige materiale plus de udarbejdede supplerende spørgeskemaer samt det semistrukturerede interview sporadisk. Jeg anser ikke dette for problematisk, da det netop er den verbale interaktion, der er det bærende element i patientundervisningen. De PowerPoints, der anvendes i undervisningen, bruges til at illustrere, støtte og supplere de sundhedsprofessionelles interaktion med patienterne.

### **5.3 Liste med handleanvisninger og forslag til forbedringer**

Nærværende liste med handleanvisninger og forslag til forbedringer kan ikke generaliseres, da jeg kun har analyseret en enkelt case, men de kan have betydning og værdi for dels eventuelle fortsatte undersøgelser, og især dels for afdelingen, der har ”lagt krop” til min case. Det er mit håb, at listen vil ekspliciterer tavs viden, øge bevidstheden om praksissen og dens teoretiske forankring samt skabe refleksion og input til en fortsat kvalitetsudvikling af patientundervisningen. Listen er udarbejdet til de sundhedsprofessionelle som målgruppe.

- Start hvert hjertemøde med at gøre formålet for netop dette hjertemøde klart. Det ekspliciterer målet, viser hvad I forventer af patienterne, samt illustrerer hvad patienterne kan forvente og stille krav til.
- Brug Kolbs læringscirkel som et udgangspunkt for formidling af den viden, I ønsker patienterne skal have.
- Benyt mere patosappel.

---

<sup>65</sup> Desuden er det min overbevisning, at bevidsthed om og refleksion af effektive kommunikative metoder hos sundhedsprofessionelle vil medføre, at de vil søge at bruge disse metoder mere aktivt.

- Brug teknikker som åbne og lukkede spørgsmål, refleksioner, opsummeringer mere til at initiere interaktion indeholdende erfaringsdeling, refleksioner, overvejelser og vurderinger hos patienterne.
- Vær forsigtig, men præcis med brug af ros.
- Inddrag patienterne mere aktivt. De bevarer stadig deres autonomi og kan stadig sige fra, hvis de ikke vil bidrage i den konkrete situation.
- Indtræd og brug coachrollen mere.
- Initier og udnyt gruppedynamikken mere. Lad fx patienterne være coach for hinanden, brug patienter til at efterspørge og introducere viden, strategier mm., som I uddyber eller følger op på, eller lad patienterne kommentere og reflektere mere over informationer, der præsenteres.
- Vær tilbageholdene, når gruppedynamikken fungerer – indtræd som ordstyrer, der dels guider så undervisningens overordnede emne og formål holdes, og dels sørger for, at der ikke er for meget overlappende tale blandt patienterne.
- Overvej at udlevere PowerPoints evt. med plads til notater til patienterne. Patienterne kan på denne måde dels se informationerne igennem igen senere, evt. med deres pårørende, der ikke er med, dels se det I ikke nåede at gennemgå og evt. spørge til det senere, og dels notere praktiske ting til sig selv for bedre at huske det, som de oplever som vigtigt.

Til sidst vil jeg blot pointere, at patienterne ikke anskuer undervisningen som isoleret til selve hjertemøderne. De opfatter undervisningen som integreret i hele forløbet (jf. bilag 9), hvilket er godt, da de så føler, at tingene hænger sammen og giver mening i forhold til hinanden, og det vil klart styrke deres motivation til at blive aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg.

## 6.0 Konklusion

Jeg har undersøgt, hvordan de sundhedsprofessionelle gennem deres kommunikation i patientundervisningen i et konkret patientuddannelsesforløb motiverer/søger at motivere patienterne til at blive aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg, hvilket er det overordnede mål med patientundervisning.

Specialet har således undersøgt didaktiske elementer af patientundervisning gennem en fokusering på følgende spørgsmål:

- **Hvad gøres der i undervisningen for at motivere?**
- **Hvordan gøres dette?**
- **Og fungerer det efter hensigten?**

I teorikapitlet gjorde jeg rede for, hvad det vil sige at være en aktiv samarbejdspartner, der udøver egenomsorg. Disse to lidt uklare begreber blev præciseret til følgende:

- En aktiv samarbejdspartner vil sige, at patienten indgår i et partnerskab med de sundhedsprofessionelle gennem aktiv deltagelse og involvering.
- At udøve egenomsorg vil sige, at patienten udviser aktiv og målrettet handling, der indebærer ansvar for sygdomsbehandling samt opretholdelse og forbedring af sundhed og livskvalitet. Egenomsorg indbefatter som regel holdnings- og adfændsændringer.

Kommunikationen i patientundervisning skal derfor motivere og udstyre patienterne med redskaber til det overordnede formål, og kommunikationen er de sundhedsprofessionelles redskab. De sundhedsprofessionelle har en coachrolle i forhold til patienterne.

I teorien klarlagde jeg også, at motivation er en interpersonel og interaktionel proces, som derfor kan undersøges ved at analysere interaktionen mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne i patientundervisningen.

Til analysen benyttede jeg mig af diskursanalytisk metode, da denne metode kunne tilbyde nyttige og anvendelige redskaber i forhold til det, jeg ønskede at undersøge.

Ud fra analysen nåede jeg frem til, at der i patientundervisningens kommunikation gøres følgende for at motivere:

- Formidle en masse (videnskabeligt veldokumenteret) viden
- Inddrage patienten aktivt i undervisningen
- Indtage og benytte forskellige roller
- Initiere, støtte og fremme gruppedynamik

Viden formidles i især en logos og etos appelform, hvor der appelleres til patienternes logiske sans og fornuft. De sundhedsprofessionelle er meget objektive i deres videregivelse af viden og oplysninger, som tit bliver præsenteret som ubestridelige facts i et forholdsvist neutralt ordvalg. De sundhedsprofessionelle søger at gøre den viden, der præsenteres, relevant og vedkommende gennem følgende:

- brug af de fire stadier i Kolbs læringscirkel, fx relation til madlavning i forløbet eller til patienternes oplevelser
- sammenligninger og analogier, der skaber sproglige billeder
- præsentation eller uddybning af viden ud fra patienternes interaktion
- løbende inddragelse af patienterne

Patienterne søges inddraget i undervisningen gennem:

- Åbne og lukkede spørgsmål
- Reflekterende lytning, fx gentagelser, fortsættelse af tankerækken, opfordringer (jf. 4.3)
- Bekræftelse ofte i form af enkle adjektiver, der roser og støtter, men også opmuntrer til fortsættelse og uddybning
- Opsummeringer, specielt samlende og sammenknyttende opsummeringer
- Gestik og blik der opfordrer til at tage taleturen
- Humor

Når patienterne signalerer modstand, søger de sundhedsprofessionelle at gå med modstanden, dvs. primært lytte reflekterende, og evt. præsentere andre alternative perspektiver eller synsvinkler.

Når patienterne ytrer forandringsudsagn, søger de sundhedsprofessionelle at støtte med bekræftelse, der viser anerkendelse, de gentager forandringsudsagnet eller får patienterne til at uddybe yderligere gennem ovenstående teknikker.

De sundhedsprofessionelle indtager både ekspert-, rådgiver- og coachrollen, hvilket bl.a. gøres gennem den diskursive praksis knyttet til videregivelse af viden, hvor foredragsgenren er meget i spil (ekspert-, rådgiverrolle), eller gennem inddragelse af patienterne, hvor den diskursive praksis

bliver mere dialogisk (rådgiver- og coachrolle). De sundhedsprofessionelle benytter desuden også modalverber og personlige såvel som upersonlige pronominer, fx *man*, til at indtage bestemte roller, ved bl.a. gennem brugen af disse at signalere tilhørsforhold og påpege patienternes eget beslutningsansvar.

Gruppedynamikken initieres, styrkes og fremmes af de sundhedsprofessionelle gennem brug af åbne og lukkede spørgsmål, opfordringer, refleksioner og opsummeringer, samt ved at de sundhedsprofessionelle trækker sig tilbage og styrer samtalen som en slags ordstyrer, der dog også udtrykker positive holdninger for at understøtte patienternes gode budskaber.

Det kan ud fra ovenstående punkter konkluderes, at casen både har elementer fra empowerment- og persuasionsskolen (jf. 2.4.2). Der gøres, som det ses, meget for at inddrage og involvere patienterne i selve undervisningen, men samtlige seks hjertemøder er dog fortsat meget præget af kommunikation af foredragsmæssig karakter, dvs. kommunikation der ikke er dialogisk, og som ikke inddrager patienterne aktivt. En del af denne kommunikation er selvfølgelig helt på sin plads, eftersom de sundhedsprofessionelle også har brug for at formidle nogle vigtige informationer på denne måde. Når det er sagt, kan en del af den foredragsbaserede kommunikation med fordel erstattes med en mere dialogbaseret og patientinvolverende kommunikation.

En mulig årsag til at undervisningen indeholder meget foredragbaseret kommunikation, kunne være et ønske fra de sundhedsprofessionelles side om at sikre en videregivelse af alle de informationer og al den viden, som de mener, er vigtige for patienterne. Uheldigvis kan dette i værste tilfælde medføre, at patienterne ikke aktivt involverer sig samt ikke oplever undervisningen som relevant og vedkommende, enten fordi den ikke målrettes, der hvor patienten er i forandringsprocessen, eller fordi patienten sidder med andre spørgsmål og forventninger til undervisningen. Endelig kan patienten få det indtryk, at der ikke er tale om et partnerskab mellem ham/hende og de sundhedsprofessionelle. Det kan betyde, at patienten ikke påtager sig sit ansvar eller ikke tror på forandring, samt at patienten ikke oplever indflydelse og ejerskab. Alt dette forringer chancerne for at få en aktiv samarbejdspartner, der udøver egenomsorg.

Anvendes en mere dialogbaseret og patientinvolverende kommunikation vil de sundhedsprofessionelle stadig kunne videregive den viden, som de mener, er vigtig, men de kan langt bedre sikre, at patienterne aktivt involverer sig og oplever undervisningen relevant og

vedkommende, samt at de får dækket deres behov for fx råd om og støtte til strategier og svar på spørgsmål. Ligeledes vil patienten opleve både styrket self-efficacy og lettere påtage sig et ansvar, da der er tale om et partnerskab. En sådan tilgang vil betyde, at undervisningen bliver mere krævende for såvel de sundhedsprofessionelle som patienterne. De sundhedsprofessionelle vil ikke på samme måde kunne følge en nøje opsat dagsorden (jf. bilag 12-17), og de skal generelt være mere fleksible, mens patienterne skal reflektere og bidrage med mere. Til gengæld vil det højst sandsynligt betyde et bedre resultat i forhold til at motivere patienterne til at blive aktive samarbejdspartnere, der udøver egenomsorg.

## 7.0 Perspektivering

Patientundervisning er stadig et forholdsvist nyt fænomen, og hele området er præget af meget udvikling<sup>66</sup>, men der er ingen tvivl om, at patientundervisning er kommet for blive. Overalt bliver der oprettet flere og flere patientuddannelsesforløb, såkaldte patientskoler, hvor decideret patientundervisning er en væsentlig del af forløbet.

Patientuddannelserne deler sig desuden i to overordnede grupperinger. Den første gruppering er baseret på at sundhedsprofessionelle underviser patienterne, mens det i den anden gruppering er tidligere uddannede og herefter trænedede patienter, der underviser andre patienter<sup>67</sup>. Jeg har i specialet her kun beskæftiget mig med den første gruppering, men det er klart, at det vil være interessant at undersøge og sammenligne begge former. Jeg kunne sagtens forestille mig, at begge former havde forskellige værdier at byde på, som ville være nyttige at kombinere.

Med paradigmeskiftet fra en produktionskultur til en servicekultur, som er undervejs i sundhedssektoren (jf. 1.1), vil det være naturligt, at der kommer mere og mere fokus på interaktionen og samspillet mellem de sundhedsprofessionelle og patienterne. For at sikre at de patientundervisningstilbud, som patienter over hele landet bliver tilbudt, er/ kan blive af samme (høje) kvalitet, er det ikke alene nødvendigt at undersøge, hvilke tilbud der eksisterer, hvordan de er bygget op, og hvilket konkret sigte de har, men også i særdeleshed den kommunikation (den mundtlige, skriftlige og non-verbale) de benytter, hvordan denne virker, samt hvordan den anvendes mest optimalt i konkrete situationer.

Mange patientundervisningstilbud er blevet kritiseret for ikke at være nok forskningsmæssigt, teoretisk og pædagogisk forankret, men derimod at bygge på en pædagogisk indsats der primært har baggrund i de sundhedsprofessionelles egne personlige og kliniske erfaringer samt almindelig sund fornuft (fx Villadsen & Faurschou, 2007 & Maunsbach, 2002). En viden om og indsigt i kommunikationen i patientundervisning vil være gavnlige i et evt. fremtidigt arbejde med at klarlægge og undersøge, hvilke kommunikative elementer der fungerer mest effektivt i forskellige typer af patientundervisning samt sikre en bedre teoretisk og pædagogisk forankring. Det kan være med til at sikre, at patienter får tilbudt patientundervisningstilbud af nogenlunde samme kvalitet i

---

<sup>66</sup> Noget af det nyeste er fx eksperimenter med e-learning inden for patientundervisning (Christensen & Jensen, 2002: 146).

<sup>67</sup> Det kaldes også for Stanford-metoden, da den stammer fra Stanford (Lorig m.fl., 2005).

hele landet. Private patientuddannelses tilbud, som fx Gigtforeningen og visse kurser i VUC-regi, vidner fx om, at tilbuddene i den offentlige sundhedssektor i hvert fald ikke altid dækker disse behov.

Jeg har her i specialet undersøgt kommunikationen i en enkelt case. Som jeg var inde på i diskussionen (jf. 5.3), kan man ikke generalisere ud fra undersøgelse af en enkelt case. Imidlertid giver det et indblik i hele patientundervisningsfeltet, der dels kan bruges til et evt. videre arbejde med at undersøge kommunikationen i patientundervisning, og dels kan give den enkelte afdeling mulighed for øget bevidsthed om og indsigt i egen praksis, refleksion og mulighed for udvikling<sup>68</sup>.

Der eksisterer i Danmark ingen formelle krav til de sundhedsprofessionelle underviseres pædagogiske såvel som kommunikative kompetencer (Christensen & Jensen, 2002: 56-57). Endvidere er det alt efter de sundhedsprofessionelles profession forskelligt, hvor meget teori og praksis de i deres uddannelse har beskæftiget sig med de pædagogiske og kommunikative områder. I dag er det derfor op til de enkelte afdelinger, der tilbyder patientundervisning, at vurdere, hvad der er tilstrækkelige og gode kompetencer. I udlandet, fx USA, er man derimod begyndt at stille officielle krav til de sundhedsprofessionelles kompetencer herunder bl.a. de kommunikative i forbindelse med patientundervisning inden for hjerterehabilitering (Christensen & Jensen, 2002). Således er det ikke utænkeligt, at der i fremtiden vil komme deciderede uddannelses tilbud for de sundhedsprofessionelle for at sikre, at de har den nødvendige viden og kompetencer til at varetage patientundervisning, da der ikke er tvivl om, at det kræver gode pædagogiske, didaktiske og kommunikative kompetencer. Også her vil undersøgelser af kommunikationen i forskellige typer af patientundervisning være nyttig. Desuden vil officielle krav og evt. (efter)uddannelses tilbud til de sundhedsprofessionelle formentlig være med til at sikre en ensartet kvalitet i fremtidens patientuddannelses tilbud samt udstyre de sundhedsprofessionelle med gode kommunikative kompetencer til mødet med patienten i patientundervisningen.

---

<sup>68</sup> Sidstnævnte er præcis, hvad jeg bl.a. ønsker at bruge specialet til. Det er således aftalt med "casens" afdeling, at jeg holder et oplæg og afleverer en kopi af specialet til dem.

## 8.0 Abstract - Communication in Patient Education

This paper is an examination of communication in patient education in a case from a heart rehabilitation centre. The patient education is carried out by health professionals to a group of patients.

The goal of patient education is to encourage and motivate patients to become active “partners” that practises self-care, meaning that the patients get involved, initiate and perform activities concerning maintaining life, health and well-being. The tool for the health professionals to motivate the patients to the goal is communication.

The goal of this paper has been to examine the communication in patient education to find out:

- What is done in the education to motivate and encourage?
- How this is done?
- And if it is functioning according to the goal?

I have primarily used Miller & Rollnicks Motivational Interviewing theory and method and a mix of discourse analytic methods to examine the communication in patient education.

My conclusion is that the communication in patient education can effect motivation in patients.

Health professionals use four categories of communication strategies to motivate patients:

- They communicate a lot of scientific well-documented knowledge
- They involve patients actively in the patient education
- They adopt and use different roles, e.g. the expert, the counsellor and the coach
- They initiate and support the dynamic of the group.

This is done though different interactional methods e.g. open questions, reflective listening, support, confirmation, summing up and so on.

## 9.0 Litteratur

- Aborelius, Elisabeth: *Hvorfor gør de ikke som vi si'r? Teori og praksis om at påvirke menneskers livsstil*, (Revideret af Sundhedsfremmeafdelingen Ringkøbing Amt), 2002, Sundhedsfremmeafdelingen Ringkøbing Amt
- Bandura, Albert: *Self-efficacy – The Exercise of Control*, 1997, W.H. Freeman and Company
- Blohm, Majbritt Veise & Elsebeth Hovmøller Christensen: *Brugerdeltagelse & motivation – Påvirker brugerdeltagelse borgernes motivation i en rehabiliteringsproces – og i givet fald hvordan? En kvalitativ undersøgelse*, 2005, Masteropgave, Odense Universitetshospital (videncenteret)
- Christensen, Susan Lejsgaard & Birgit Huus Jensen: *Didaktik og patientuddannelse – Sygeplejens pædagogiske felt*, 2002, Gads Forlag
- Edwards, Derek & Jonathan Potter: *Discursive Psychology*, 1992, SAGE Publications
- Fairclough, Norman: *Discourse and Social Change*, 1992, Polity Press
- Granum, Vigdis: *Praktisk Patientundervisning*, 2003, Fagbokforlaget
- Holm, Lis: *Grundbog i tekstlingvistik*, 1998, Systime
- Hutchby, Ian & Robin Wooffitt: *Conversation Analysis*, 1998, Polity
- Illeris, Knud: *Læring*, 2006, Roskilde Universitetsforlag
- Jensen, Birte Østergaard: *Evidensbaseret patientundervisning*, 2002, speciale, Institut for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet
- Jensen, Leif Becker: *Ud af elfenbenstårnet – fortælle teknik for fagfolk der vil skrive en god historie*, 1994, Samfundslitteratur
- Jensen, Poul Erik: *Pædagogisk psykologi En elementær indføring*, 1981, Munksgaard
- Jørgensen, Charlotte & Merete Onsberg: *Praktisk argumentation*, 2. udg., 2001, Ingeniøren
- Jørgensen, Marianne Winther & Louise Phillips: *Diskursanalyse som teori og metode*, 1999, Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag
- Lorig, Kate: *Patient Education A Practical Approach*, 1996, SAGE Publications
- Lorig, Kate, Halsted Holman, David Sobel, Diana Laurent & Marian Minor: *Patientuddannelse – at leve med kronisk sygdom*, 2005, Komiteen for Sundhedsoplysning

- Lützen, Peter Heller: *Sproglig analyse og relevans – Sproget i brug – en grundbog*, 2004, Dansk lærerforening
- Mabeck, Carl Erik: *Introduktion til den motiverende samtale*, 2005, Munksgaard Danmark
- Miller, William R. & Stephen Rollnick: *Motivationssamtalen*, 2004, Hans Reitzels Forlag
- Nofsinger, Robert E.: *Everyday Conversation*, 1999, Wavwland Press
- Olsen, Stine Flod (red.): *At tale om forandring*, 2000, Tobaksskaderådet
- Pintrich, Paul R. & Dale H. Schunk: *Motivation in Education – Theory, Research, and Applications*, 2. edition, 2002, Merrill Prentice Hall
- Potter, Jonathan: *Representing Reality – Discourse, Rhetoric and Social Construction*, 1996, SAGE Publications
- Revstedt, Per: *Motivationsarbejde*, 2004, Hans Reitzels Forlag
- Salling, Anne-Lise: *Stimulation af patienters aktivitet og udvikling*, 1990, Dansk Sygeplejeråd
- Steensig, Jakob: *Sprog i virkeligheden – Bidrag til en interaktionel lingvistik*, 2001, Aarhus Universitetsforlag
- Strøm, Benedicte & Esben Q. Harboe: *Fornemmelse for forandring – danske erfaringer med forandringskommunikation*, 2006, Børsens Forlag
- Sørensen, Lotte Møller & Vagn Strandgaard: *Introduktion til Motivation og Empowerment*, 2007, Future Factor Media
- Söderkvist, Birgitta Klang (red.): *Patientundervisning*, 2001, Studentlitteratur
- Thyssen, Sven: *Motivation og indlæring*, 1972, Munksgaard
- Zwisler, Ann-Dorthe, Lone Schou & Lotte Vind Sørensen (red.): *Hjerterehabilitering – Rationale, arbejds metode og erfaringer fra Bispebjerg Hospital*, 2003, Hjerterehabiliteringen Kardiologisk klinik Y, Medicinsk Center, H:S Bispebjerg Hospital

## Artikler og andet materiale

- Dørfler, Lene & Helle Plough Hansen: *Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet*, rapport fra Sundhedsstyrelsen, 2005, Sundhedsstyrelsen, [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- Hesse, Morten: "Motiverende samtaler", [www.denmotiverendesamtale.dk](http://www.denmotiverendesamtale.dk), (februar 2008)
- Jacobsen, Mona Holkmann: "Patienter på skolebænken", Skopet – Magasin for ansatte på Herlev Hospital nr. 2, 2007

- Maunsbach, Margareta E.: "Patientundervisning og patientskoler – idégrundlag og praksis", Ugeskrift for læger nr. 45, 2002
- Mose, Anne Hvarregaard: *Patientundervisning En handleplan – 5 faser og 10 gode råd*, 2001, Kræftens Bekæmpelse
- Rosdahl, Gregers: "At kommunikere motiverende", [www.denmotiverendesamtale.dk](http://www.denmotiverendesamtale.dk) (februar 2008)
- Steensig, Jakob: "Transskriptionskonventioner", 06.01.04, Institut for lingvistik, Aarhus Universitet
- Villadsen, Birgit & Pernille Faurschou: "Patientundervisning skal forankres teoretisk", Sygeplejersken nr. 5, 2007
- Willaing, Ingrid, Nana Folmann & Anne Birgitte Gisselbæk: *Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter*, rapport fra Sundhedsstyrelsen, 2005, Sundhedsstyrelsen, [www.sst.dk](http://www.sst.dk)
- *Gruppebaserede patientuddannelser regioner og kommuner*, 2006, Danske Regioner
- *Sund hele livet*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, sep. 2002
- *699 varme termer – Leksikon til Sprogkundskab*, 1996, Aarhus Universitetsforlag