



Unni Knutstad, Kristian Larsen og Kari Toverud Jensen (red.)

FAGDIDAKTISKE TEMAER I HELSEFAGENE

Fagdidaktiske temaer i helsefagene

Unni Knutstad, Kristian Larsen og Kari Toverud Jensen (Red.)

Fagdidaktiske temaer i helsefagene

CAPELEN DAMM AKADEMISK

© 2023 Hanna Kvinge Augustin, Gertrud Averlid, Camilla Bernild, Karin Blomberg, Bjørg Christiansen, Torunn Erichsen, Sylvia Hansen, Lars Peder Kolås Henriksen, Elisabeth Hessevaagbakke, Peter Forde Hougaard, Kari Høium, Trude Løkhaug Jensen, Kari Toverud Jensen, Unni Knutstad, Heidi M. Kvalvaag, Kristian Larsen, Monica Holm Larsen, Niels Sandholm Larsen, Katrin Lindeflaten, Roger Marchen, Helle Mathar, Helene M. Storebø Opheim, Kjell Sverre Pettersen, Melissa Lindfield Solberg, Christine Tørris, Kirsten Jacobsen Ulfsby og Anne-Martha Utne Øygarden.

Dette verket omfattes av bestemmelsene i *Lov om opphavsretten til åndsverk m.v.* av 1961. Verket utgis Open Access under betingelsene i Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Denne tillater tredjepart å kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format, og å remixe, endre, og bygge videre på materialet til et hvilket som helst formål, inkludert kommersielle, under betingelse av at korrekt kreditering og en lenke til lisensen er oppgitt, og at man indikerer om endringer er blitt gjort. Tredjepart kan gjøre dette på enhver rimelig måte, men uten at det kan forstås slik at lisensgiver bifaller tredjepart eller tredjeparts bruk av verket.

Lisensvilkår: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Boka er utgitt med støtte fra OsloMet – storbyuniversitetets publiseringsfond.

ISBN Heftet utgave: 978-82-02-82701-4
ISBN PDF: 978-82-02-79487-3
ISBN EPUB: 978-82-02-83044-1
ISBN HTML: 978-82-02-83043-4
ISBN XML: 978-82-02-83045-8
DOI: <https://doi.org/10.23865/noasp.198>



Dette er en fagfelleverdert antologi.

Omslagsdesign: Cappelen Damm AS
Omslagsillustrasjon: Shutterstock

Cappelen Damm Akademisk/NOASP
noasp@cappelendamm.no

Innhold

Kapittel 1	Fagdidaktiske temaer i helsefagene – en introduksjon	7
	<i>Unni Knutstad, Kristian Larsen og Kari Toverud Jensen</i>	
Kapittel 2	Sygeplejestudiet under forandring – forberedelse af et uddannelseseksperiment	17
	<i>Camilla Bernild</i>	
Kapittel 3	Er det for mye praksis i sykepleierutdanningen? Historiske og sammenlignede erfaringer	35
	<i>Kari Toverud Jensen</i>	
Kapittel 4	Kompleksitet og gentagelse i klinisk arbejde	51
	<i>Helle Mathar og Niels Sandholm Larsen</i>	
Kapittel 5	Utfordringer med helsekommunikasjon i helseprofesjonspraksis: En pedagogisk-didaktisk analyse av helsekompetanse og den sosiale konteksten	67
	<i>Kristian Larsen og Kjell Sverre Pettersen</i>	
Kapittel 6	Teknologi og aktivisering i læringsfellesskap	91
	<i>Peter Forde Hougaard, Christine Tørris, Torunn Erichsen, Kari Høium, Kirsten Jacobsen Ulfsby, Trude Løkhaug Jensen og Helene Storebø Opheim</i>	
Kapittel 7	Vi trodde det skulle bli gull En kritisk vurdering av det pedagogiske designet i et mindre vellykket undervisningsopplegg	125
	<i>Peter Forde Hougaard, Anne-Martha Utne Øygarden, Roger Marchen, Sylvia Hansen og Kirsten Jacobsen Ulfsby</i>	

Kapittel 8 Læringsassistenter ufarliggjør naturvitenskapelige fag i sykepleie: En kvalitativ undersøkelse av et didaktisk eksperiment	151
<i>Heidi M. Kvalvaag, Melissa Lindfield Solberg, Lars Peder Kolås Henriksen, og Hanna Kvinge Augustin</i>	
Kapittel 9 Utvikling av lokale læreplaner som redskap for læring og vurdering i praksisstudier	171
<i>Bjørg Christiansen, Monica Holm Larsen, Karin Blomberg, Gertrud Averlid, Elisabeth Hessevaagbakke og Katrin Lindeflaten</i>	
Om forfatterne	191

KAPITTEL 1

Fagdidaktiske temaer i helsefagene – en introduksjon

Unni Knutstad Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Kristian Larsen Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Danmark

Kari Toverud Jensen Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Abstract: The objective of this anthology is to present the latest educational research in the field of health professions education. As researchers in higher education, we acknowledge an ongoing need to enhance pedagogical competence in professional education. In this introductory chapter, we will delve into various traditions, particularly within the Norwegian context, that have played a central role in the didactics of health education. These traditions revolve around themes focused on the purpose of education, the content it encompasses, the methods employed, and the assessment techniques utilized. Furthermore, a concise overview of all the chapters in the anthology is provided.

Keywords: educational research, health profession education

Målet med denne antologien er å presentere aktuell pedagogisk forskning for å rette oppmerksomhet mot didaktikk, mer spesifikt mot behovet for fagdidaktisk forskning i helsefagene. Antologien er utarbeidet innenfor forskningsgruppen Læring og samhandling ved Fakultet for helsevitenskap ved OsloMet – storbyuniversitetet. Vi har også inkludert samarbeidspartnere fra Københavns Professionshøjskole og Rigshospitalet København.

Patricia Benner deltok i 2000-årene i et stort tverrvitenskapelig forskningsprogram i USA kalt Preparation for the Professions Program (PPP). Medisinerutdanning, juristutdanning, revisorutdanning og teologiutdanning ble undersøkt i tillegg til sykepleierutdanning. Benner et al. (2010, s. 40) poengterte behovet for å rette oppmerksomhet og finansiering mot pedagogisk forskning og dessuten mot utvikling av pedagogiske emner i masterprogrammer. Dette for å lære opp nye generasjoner av lærere i profesjonsutdanningene. Som forskere på høyere utdanning ser vi at det fortsatt er behov for å satse på pedagogisk kompetanse i profesjonsutdanningene. I dette innledningskapitlet vil vi vise til ulike tradisjoner som særlig i norsk kontekst har vært sentrale innen helsefagenes didaktikk.

Det finnes ikke en enhetlig definisjon av didaktikk, hevder Werler (2011, s. 29), men didaktikk dreier seg om teorier om læring i undervisnings- eller veiledningssammenheng, noe vi ønsker å utdype i den kommende teksten. Noen spørsmål går imidlertid igjen i didaktikken, ofte formulert som hvordan- og hvorfor-spørsmål. Temaene sentreres rundt utdanningens hensikt, innhold, metoder og vurderingsformer. I fagdidaktikk er søkelyset rettet mot de enkelte fagenes undervisningsinnhold, mål og midler, men også mot de verdiene av filosofisk, politisk eller samfunnsmessig art som skal formidles i undervisningen (C.A. Larsen, 1997), eller mot hvordan didaktikk og fagdidaktikk skal involvere danning (Schnack, 1992). I fagdidaktikk er et sentralt tema hvordan underviserne kan reflektere over disse forholdene slik at studenten får maksimalt utbytte av de kunnskapene, ferdighetene, idealene og verdiene som utdanningen skal inneholde. Fagdidaktisk forskning kretser rundt profesjonsfagets læringsutbytter, verdier, kunnskapsinnhold og undervisningsmetoder som egner seg til å oppnå læring. I tillegg inkluderer fagdidaktikk evalueringsforskning.

Didaktikk

I et nordisk forskningssamarbeid har Midtsundstad og Hopmann (2011) undersøkt ulike didaktisk posisjoner ut fra praktiske, teoretiske og

vitenskapsteoretiske perspektiver. I vår sammenheng er de teoretiske perspektivene av spesiell interesse. Midsundstad og Hopmann (2011) påpeker at ulike didaktiske temaene kan belyses gjennom ulike teorier. Forsker man på innhold i utdanningene, kan curriculum- og læreplanteorier være av interesse. Dersom pedagogiske utøvere, lektorer, veiledere og lærere er utgangspunkt for forskningen, kan profesjonsteorier og handlingsteorier belyse temaet. Settes studenten under lupen, kan læringsteorier og klasseromsforskning være viktige bidrag. Nettopp studentene, mer presist hvordan studentene lærer, har fått særlig oppmerksomhet de seneste årene, etter at utdanningsmyndighetene innførte reformer for å øke gjennomstrømmingen i høyere utdanning. Styringen gjennom forskrifter og planer er nå beskrevet i læringsutbytter, mer presist som hva studenter skal oppnå gjennom utdanningene.

Sosialisering, kropp og praksislæring

Praksislæring består av et bredt spekter av teorier som ser på arbeidsplassen, klinikken eller en gitt praksis i stedet for på klasserommet (Nielsen & Kvale, 2003, 2009; Petersen, 2020). Innenfor helsefeltet har man for eksempel i denne tradisjonen sett på hvordan leger lærer i konkret klinisk arbeid (Akre & Ludvigsen, 1998; Bach et al., 2004; Wichmann-Hansen et al., 1999), og det har gitt opphav til studier av hvordan sykepleierstudenter langsomt sosialiseres inn i yrket, blant annet gjennom inspirasjon fra teorier om situert læring (se f.eks. Lave & Wenger 2003). Praksislæring trekker veksler på amerikansk pragmatisme og ikke minst på den amerikanske filosofen og pedagogen John Dewey, som hadde stor innflytelse på amerikansk og europeisk pedagogikk. Hans perspektiv dreier seg om at læring og mening er basert på sosiale og interaktive handlinger i ulike kontekster, deltagelse er viktig for læring (Englund, 2004). Læring i praksis er mer komplekst, unikt og ofte motsatt av læringen som kan struktureres i et klasserom. Under inspirasjon fra den franske sosiologen Pierre Bourdieu og hans praksisteori er det utviklet studier av sykepleierstudenters læringsprosess, der de i tillegg til det formelle læringsinnholdet også lærer gjennom kroppen, gjennom andre studenter og ikke minst i relasjoner til pasienter (K. Larsen, 1999) eller som en «romlig pedagogikk» (K. Larsen, 2013).

Sosiokulturelt perspektiv og praksisfelleskap

Det sosiokulturelle synet på læring har hatt en plass i profesjonsfagenes didaktikk. Kjernen i det sosiokulturelle synet er at læring skjer gjennom

deltakelse og i samspill mellom mennesker. I norsk sammenheng har Dysthe (2001) beskrevet sentrale trekk ved læringsprosessen i lys av det sosiokulturelle perspektivet. Læring er situert (forankret i en kontekst), grunnleggende sosial, distribuert (kunnskap deles) og mediert (formidler kontakt ved hjelp av redskaper eller artefakter) Dysthe (2003) hevder også at når man studerer et tema i et sosiokulturelt perspektiv, er det et sentralt punkt at man analyserer individet i et sosiokulturelt miljø, ikke individet alene (se f.eks. Jensen, 2006). Det er ulike retninger innen det sosiokulturelle læringsynet. Wenger (1998) vektlegger den sosiale retningen i framskrivningen av praksisfellesskapets plass i teorien om læring. Teorien er en videreføring av Lave og Wengers (2003) bok om situert læring, som omhandlet læringens betingelser og deltakelse i praksisfellesskap. Den sosiale teorien om læring kan ses som en videreføring av mesterlæretradisjonen, som har preget opplæring i håndverksfag.

Læring har ulike dimensjoner, men det er den sosiale dimensjonen som er utgangspunktet i Wengers forståelse. Det primære ved perspektivet er læring som sosial deltakelse, at mennesker er sosiale vesener som lærer gjennom fellesskap. Deltakelse henviser til en aktiv prosess i sosiale fellesskap og medfører konstruksjon av identiteter i relasjon til praksisfellesskapene. Ifølge Wenger (1998) kan læring i lys av sosial læringsteori forstås som en sosial deltakelse kjennetegnet ved integrering av deltakernes aktivitet, erfaring, utvikling og tilhørighet.

Refleksjon, kompetansenivå og ulike kunnskapsformer

Donald Schön (2016) er opptatt av ulike kunnskapsformer og er en sentral premissleverandør i studier av praksis gjennom begrepene refleksjon i handling og refleksjon over handling. Det underliggende nivået angår «viten i handling», som vanligvis ikke er bevisst. Den kompetente praktikerer vet mer enn hun eller han kan uttrykke. Viten er for det meste taus. Inspirert av dette har Kari Martinsen (1990, s. 60–71) beskrevet hvordan omsorg, som fungerer som en ordløs praksis, kan gjøres eksplisitt og diskuteres med andre kompetente praktikere samt videreformidles til nye i feltet.

Bruddet med formalisert regellæring og oppmerksomhet rettet utelukkende mot det kognitive ved utvikling av kompetanse står også sentralt i Dreyfus og Dreyfus (1986), som igjen inspirerte Benners (2001) studie *Fra novise til ekspert*. I praksisteoriene var kompetansenivåer fra kognitiv og

ekspisitt innsikt (regelkunnskap) til implisitt kroppslig kunnskap og intuisjon sentrale. Her er det ikke minst søkelys på det kroppslige, det sanselige og de dimensjonene ved læringsprosesser som ofte skjer ubemerket og skjult for både student og underviser.

Fagdidaktikk

Britt Ulstrup Engelsen (2012) skriver om fagdidaktikk i lærerutdanning. Hun beskriver ulike retninger i fagdidaktisk forståelse i utdanningspolitikk og planarbeid. Den tradisjonelle forståelsen av fagdidaktikk er en forståelse av fagets karakter og særtrekk, av dets historie og av dets rolle sammenliknet med andre fag, i forhold til samfunnet og utdanningssystemet. Fagdidaktikken vektla ulike fagsyn og ulike begrunnelser for fagenes plass i skolen. Etter hvert ble oppmerksomheten rettet mot valg av opplæringsmetoder som kan gi studentene best mulig læringsutbytte. Utdanningene er opptatt av hva som virker, av hvilke undervisnings- og veiledningsmetoder som gir ønsket læringsutbytte. Slik forstått kan fagdidaktikk ses som en undervisningsteknologi hvor klasserommet utgjør et laboratorium, hvor underviseren kan organisere og tilrettelegge hva som skal læres, og hvordan.

Kravet om evidensbasert undervisningspraksis har fått en sentral plass i den utdanningspolitiske debatten de senere årene. Det innebærer at den læringen som universitetsansatte tilrettelegger for, må ha grunnlag i mest mulig sikker kunnskap om hva som vil føre til at studentene oppnår et godt faglig læringsutbytte. Ut fra aktuelle utdanningspolitiske dokumenter skal fagdidaktisk forskning og refleksjon være rettet mot å finne ut hvordan man skal oppnå et læringsutbytte som samsvarer best mulig med faglige kompetansemål.

Særskilte fagdidaktiske temaer i profesjonsutdanninger

Engelsen (2006) poengterer at avstanden mellom forskningsfaget og studie-faget bør være minst mulig – særlig i høyere utdanning, der undervisningen blir forventet å være forskningsbasert. Her står vi overfor en utfordring i profesjonsfagene, nemlig at det kan være uklart hva som er forskningsfaget i profesjonsutdanninger, siden profesjonsfag er sammensatt av ulike disipliner og dessuten består av teoretisk og praktisk kunnskap. Profesjonsutdanninger skiller seg fra disiplin-fag, hevder Grimen (2008, s. 72). Han skiller mellom

homogene kunnskapsbaser, hvor alle elementer i kunnskapsbasen kommer fra en vitenskap, disiplin-fag, og heterogene kunnskapsbaser, som er satt sammen av elementer fra forskjellige vitenskapelige disipliner eller kunnskapsfelter. De heterogene kunnskapsbasene ses som typiske for profesjonskunnskap, noe som ikke minst er relevant når helseprofesjoner er tett forbundet og kjemper om arbeidsområder, kunnskapsmonopol, makt og autoritet (Abbott, 2005). Innenfor hver enkelt profesjonsutdanning har heterogeniteten også betydning. Læreplanenes innhold kan relateres til hva arbeidsoppgavene krever, det vil si integrering av kunnskapselementer, og planene kan relateres til disiplin-fagene eller være en kombinasjon av integrering av kunnskapselementer og disiplin-fag. I en studie av sykepleier-studenters konstruksjoner av sykepleie, gis det eksempler på hvordan prosesser knyttet til faglig integrering skjer i heterogene fag (Knutstad, 2015). Grimen (2008) vektlegger videre det pluralistiske i de ulike profesjonenes kunnskapsgrunnlag. Han poengterer at det er en blanding av teoretiske innsikter fra forskjellige vitenskapsområder, praktiske ferdigheter og for-trolighet med konkrete situasjoner. Kunnskap er både akademisk og vitenskapelig, praktisk og etisk.

Et sentralt fagdidaktisk tema i profesjonsutdanningene er å skape sammenheng mellom utdanning og praksis. Utdanningen skal forberede til yrkesutøvelse, og dermed blir utdanningens relevans for yrket et sentralt spørsmål. Hatlevik og Havnes (2017) legger i sitt kapittel «Perspektiver på læring i profesjonsutdanninger» vekt på ulike perspektiver på koherens (sammenheng) i profesjonsutdanninger, og argumenterer for forskning som bidrar til å skape bedre – og klarere – sammenhenger mellom utdanning og yrke.

Det sammensatte kunnskapsgrunnlaget stiller også spesifikke krav til ansatte i profesjonsutdanninger. Spørsmål som kan reises, er hvorvidt de ansatte i utdanningen skal ha oppdatert yrkeskompetanse, akademisk kompetanse tilsvarende doktorgrad eller kombinasjonsstillinger i utdanningsinstitusjonen og i helsetjenesten. Dickinson et al. (2022) benyttet begrepet *pracademics* for å synliggjøre krav om å kombinere academia med praksis. Studien utforsket erfaringene til *pracademics* fra ulike fagområder som underviser innenfor høyere utdanning. Forskerne problematiserer de motstridende kravene og utfordringene for undervisere og veiledere innenfor profesjonsutdanninger. Utfordringene relateres til å skape praksisinformert undervisning, mer presist å forberede studentene på «den virkelige verden» og på mangefasettert profesjonsidentitet. Deltakerne opplevde

flytende identiteter, noe som kunne skape usikkerhet i møte med ulike samarbeidspartnere. Motstridende krav i utdanning og klinikk har også fått oppmerksomhet i forskningen omkring «teori–praksis-gap» (Holen & Lehn-Christiansen, 2017).

Det stilles altså store krav til ansatte innenfor høyere utdanninger som utdanner framtidens profesjonsutøvere. Ett av kravene er at tilbudet de gir studentene, skal være forskningsbasert, noe som kan være komplisert i utdanninger sammensatt av flere fagområder. De ansatte møter virksomheter hvor det er ulike syn på både det teoretiske og det praktiske innholdet i utdanningen. Utvelgelsen av innhold til utdanningene synes mer komplisert på grunn av heterogeniteten som karakteriserer profesjonsfagene. Ut fra heterogeniteten stilles krav om integrering av kunnskapsområder for å relatere dem til profesjonenes oppgaver. Oppmerksomheten mot resultater av utdanningen og standardisering av læreplaner i retning av læringsutbytter og -metoder kan bidra til at det legges mindre vekt på dannelse og de formative prosessene, noe som synes nødvendig for å bidra til å utvikle etisk og faglig forsvarlig profesjonsutøvelse.

Engelsens (2006) anbefaling er en bred (fag)didaktisk forståelse som inkluderer en forskningsbasis for faglig undervisning. En slik forståelse ligger til grunn for denne antologien. Fagdidaktisk forskning kan ikke ha som siktemål kun å utvikle faglige undervisningsmetoder som kan gi studentene et læringsutbytte som samsvarer med gjeldende læreplans mål. Fagdidaktikken bør være bredere: Å vektlegge at ulike fagsyn eksisterer, og at læreplanens fagpresentasjoner har skiftet og igjen kan komme til å bli endret, er vesentlig. Det kritiske perspektivet må fram.

De ulike kapitlene

Kapittel 2 belyser et utdanningseksperiment hvor overgang mellom utdanning og yrke er hovedtema, og særlig gjennomgår det tredje utdanningsåret endringer. Det beskrives også et følgeforskningsprosjekt hvor følgene av forandringene studeres. Kapitlet kan ses som en type protokoll for et omfattende fagdidaktisk forskningsprosjekt, hvor ambisjonen er å styrke sammenhengen mellom utdanning og praksis og samtidig framskaffe kunnskapsbasert utdanningsplanlegging.

Kapittel 3, 4 og 5 reflekterer over sentrale begreper og diskusjoner innenfor fagdidaktikk. Forfatteren av kapittel 3 går historisk til verks i beskrivelsen av praksis i sykepleierutdanningen. Ved hjelp av aktuell litteratur

drøftes forholdet mellom teori og praksis, særlig i relasjon til akademisering og studentenes forberedthet for yrket. I kapittel 4 presenteres empiri relatert til kompleksitet i klinisk arbeid, og det argumenteres for gjentakelse som pedagogisk prinsipp. I kapittel 5 blir helsekompetanse trukket fram og drøftet som begrep. Kapitlet er basert på en spørreundersøkelse om *health literacy*. Kapitlet vektlegger de gruppene som har spesielle utfordringer med å nyttiggjøre seg all informasjon som gis om helse og sykdom.

Kapittel 6, 7 og 8 er alle studier av undervisningsaktiviteter planlagt og gjennomført ved utdanningsinstitusjonen.

I kapittel 6 analyseres fire undervisningsopplegg, caser, hvor teknologi-støtte har vært et vesentlig element i opplegget. Alle casene er blitt vurdert som vellykket undervisning og veiledning. I kapitlet gjøres en analyse av de fire casene ut fra felles kriterier. De fire undervisningsoppleggene som analyseres og diskuteres, er *flipped classroom*, en åpen digital læringsressurs i epilepsi og helseveiledning, digitale historiefortellinger og faglig refleksjon fra praksis samt Student-BEST, øvelse i teamarbeid via simulering. Studien viser blant annet hvordan teknologi kan bidra til å strukturere stoffet og aktivisere studentene. Kapittel 7 er en presentasjon av et emne innen sykepleierutdanning som det undervises i ved hjelp av *flipped classroom* som metode. Kapitlet har en etnografisk tilnærming og baseres på omfattende empirisk materiell, refleksjonsnotater og intervjuer av lærere, emnerapporter, studentvurderinger og resultater fra eksamen. Kapitlet presenterer funn og diskusjoner om hvorfor opplegget ikke ga forventede resultater. I kapittel 8 presenteres et utdanningseksperiment hvor bruk av læringsassistenter i opplæring av studenter i naturvitenskapelige emner studeres. Kapitlet presenterer *near peer teaching* og baseres på sosial læringsteori. Læringsassistentene ble benyttet i både undervisnings- og forskningssammenheng.

Kapittel 9 omhandler fagdidaktiske utfordringer i praksisstudier. Kapitlet tar for seg kontekstualisering av læringsutbytter gjennom utvikling og evaluering av lokale læreplaner. Målet er å styrke koherens, altså sammenhenger mellom utdanning og praksis. Studiens empiri er fokusgruppeintervjuer av studenter.

Referanser

- Abbott, A. (2005). Linked ecologies: States and universities as environments for professions. *Sociological Theory*, 23(3), 245–274.
- Akre, V. & Ludvigsen, S. R. (1998, 10. januar). Professionslæring og kollektiv kunnskap. *Tidsskrift for Den norske lægeförening*.

- Bach, B., Brinkkjær, U., Pallesen, I., Larsen, K. & Bayer, M. (2004). Speciallægeuddannelse i Danmark: en empirisk undersøgelse af tendenser indenfor speciallægeuddannelsen før implementeringen af den nye speciallægeuddannelse. Sundhedsstyrelsen, Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L. (2010). *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. Akribes AS. (Norsk utg. av *Educating nurses. A call for radical transformation*)
- Dewey, J. (2018). *Democracy and education: An introduction to the philosophy of education*. Alpha Editions.
- Dickinson, J., Fowler, A. & Griffiths, T.-L. (2022). Pracademics? Exploring transitions and professional identities in higher education. *Studies in Higher Education*, 47(2), 290–304. <https://doi.org/10.1080/03075079.2020.1744123>
- Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine. The power of human intuition and expertise in the age of the computer*. Basil Blackwell.
- Dysthe, O. (2001). Sosiokulturelle teoriperspektiver på kunnskap og læring. I O. Dysthe (Red.), *Dialog, samspel og læring*. Abstrakt.
- Dysthe, O. (2003). Teoretiske perspektiver. I O. Dysthe & K. S. Engelsen (Red.), *Mapper som pedagogisk redskap: Perspektiver og erfaringer*. Abstrakt.
- Wichmann-Hansen, G., Faurfelt, K. & Worsøe, M. (1999). *Læger lærer når de arbejder – men hvordan?* Forlaget Andra.
- Engelsen, B. U. (2012). Metodeorientering og læreplanlojalitet – fagdidaktikk i læreplaner for lærerutdanningen. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 96(4), 258–268. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2987-2012-04-02>
- Engelsen, B. U. (2006). Samme sak: Fagdidaktikk i lærerutdanningen og fagdidaktikk som akademisk disiplin? *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 90(1), 5–15.
- Englund, T. (2004) John Dewey: Den pragmatiska utbildningsfilosofin. I K. Steinsholt & L. Løvlie (Red.), *Pedagogikkens mange ansikter* (s. 376–391). Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.
- Hatlevik, I., Havnes, A. (2017): Perspektiver på læring i profesjonsutdanninger – fruktbare spenninger og meningsfulle sammenhenger. I S. Mausethagen & J. C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 191–203). Universitetsforlaget.
- Heggen, K. (1995). *Sykehuset som «klasserom»: Praksisopplæring i profesjonsutdanninger*. Universitetsforlaget.
- Holen, M. & Lehn-Christiansen, S. (2017). Drømmen om sammenheng. *Tidsskrift for Professionsstudier*, 13(25), 25–35.
- Jensen, K. T. (2006). *Å være student i en feltbasert utdanning: en analyse av studenters felleskap som kontekst for læring og identitetsdannelse* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.
- Knutstad, U. (2015). *Sykepleierstudenters konstruksjoner av sykepleie: En analyse av kunnskapsgrunnlaget i norsk sykepleierutdanning* [Doktorgradsavhandling]. Aarhus universitet.
- Nielsen, K. & Kvale, S. (2009). *Mesterlære: Læring som social praksis*. Hans Reitzel.
- Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- Larsen, C. A. (1997). Didaktik: Om didaktikken som planlægningsvirksomhed og om dens systematiske placering i pædagogikken. I E. Jensen (Red.), *Didaktiske emner – belyst gennem 12 artikler*. Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Larsen, K. (2013). At finde rundt i klinisk praksis og om de enkelte rums funktion og betydning. I S. Glasdam & S. Hundom (Red.), *Læring i og af klinisk praksis* (s. 105–123). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

- Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider: observationsstudie af praktikuddannelse indenfor sygeplejerskeuddannelsen* [Doktorgradsavhandling]. Københavns universitet.
- Martinsen, K. (1990). Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I T. K. Jensen, L. U. Jensen & W. C. Kim (Red.), *Grundlagsproblemer i sygepleien: etik, videnskapsteori, ledelse og samfund* (s. 60–84). Philosophia.
- Midtsundstad, J. & Hopmann, S. (2011). Didaktiske posisjoner i et nordisk perspektiv. I J. H. Midtsundstad & T. Werler (Red.), *Didaktikk i Norden* (s 47–65). Portal.
- Nielsen, K. & Kvale, S. (Red.). (2003). *Praktikkens læringslandskab: At lære gjennom arbeide*. Akademisk forlag.
- Petersen, K. A. (2020). Ligheder og forskelle i nyere teorier om praktikernes erkendelsesgrundlag. *Praxeologi – et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker*, 2, e3123.
- Schön, D. (2016). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge.
- Schnack, K. (1992). *Dannelse og demokrati: Udvalgte artikler*. Danmarks Lærerhøjskole.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning and identity*. Cambridge University Press.
- Werler, T. (2011): Norden – made by education. Komparative dimensjoner. I J. H. Midtsundstad & T. Werler (Red.), *Didaktikk i Norden* (s 25–46). Portal.

KAPITTEL 2

Sygeplejestudiet under forandring – forberedelse af et uddannelseseksperiment

Camilla Bernild Center for sundhedsfagligt forskning (UCSF) og Hjertecentret, Rigshospitalet, Danmark

Abstract: The following chapter presents an investigation of the institutional context and learning processes through an experimental intervention restructuring the final year of nursing education. Recruitment and retention challenges continuously increase and are likely worsened by the gap between theory and practice, or education and clinic, which often result in new nurses experiencing “practice shock”. The purpose of the investigation is to strengthen the students’ professional identity and readiness for practice, including (1) strengthening the link between theory and practice by structuring the educational trajectory such that clinical placement is the focus of the bachelor projects, (2) strengthening students’ clinical competences by testing clinical competences in new ways, and (3) changing education and clinical placements to reduce the length of time between clinical placement and completed education. This interdisciplinary investigation is positioned between action research and intervention research and uses institutional ethnography as the epistemological foundation. Through a comparative and longitudinal design, similarities and differences are identified between the original (control group, n = 56) and the experimental (intervention group, n = 56), at a highly specialized hospital. Observations, questionnaires, grade registration and interviews are conducted and include perspectives from students, recent graduates, teachers from both school and clinic, as well as nursing managers. This experimental and multi-methodological design enables valuable insight into the effects of restructuring nursing education – for the current experimental intervention, and for perspectives on nursing education at large.

Keywords: experimental intervention, professional identity, clinical competence, readiness for practice, nursing education

Sitering: Bernild, C. (2023). Sygeplejestudiet under forandring – forberedelse af et uddannelseseksperiment. I U. Knutstad, K. Larsen & K. T. Jensen (Red.), *Fagdidaktiske temaer i helsefagene* (Kap. 2, s. 17–33). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.198.ch2>
License: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Indledning

I dette kapitel beskrives et igangværende udviklings- og forskningsprojekt *NEW – Nursing Education and Work*. Projektet er både et *uddannelseseksperiment*, der med henblik på at forbedre overgangen mellem studie og arbejde i sygeplejen, afprøver en ny måde at organisere og tænke sygeplejestudiets afsluttende år, og et *følgeforskningsprojekt*, der skaber viden om betydningen af disse forandringer. Indledningsvist udpeges der nogle centrale udfordringer i sygeplejerskeuddannelsen, der danner baggrund for projektet. Herefter beskrives selve uddannelseseksperimentet – altså det der afprøves, hvorefter der reflekteres over de forskningsmæssige metoder. I kapitlet lægges vægt på at vise sammenhængen mellem de fagdidaktiske bestræbelser i uddannelsesændringen og den valgte forskningstilgang, som er valgt med henblik på at tilvejebringe vidensbaseret uddannelsesplanlægning.

Baggrund

De stigende rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer inden for sygepleje presser klinisk uddannelse og oplæring og fordrer skærpet opmærksomhed på, hvad der er på spil i overgangen fra at være studerende til at være nyuddannet sygeplejerske, samt hvad der kan gøres for at dæmme op for nogle af udfordringerne (Tussing et al., 2022). I dansk kontekst er det registreret, at 80 % af nyuddannede sygeplejerske oplever et stort arbejdspress, og at 8 % har haft en sygemelding på grund af stress, hvor mere skal overkommes og introduktionsperioder med mentor kan blive forkortet (Dansk Sygepleje Råd, 2018; Rekrutteringssurvey Rapport, n.d.; Sørensen, 2018).

Der er foretaget mange undersøgelser af problemfeltet omkring transitionen mellem studie og arbejde i sygepleje i forskellige perspektiver, ligesom forskellige tiltag er afprøvet, evalueret og afrapporteret – særligt set fra et postgraduat perspektiv (Bakon et al., 2018; Hampton et al., 2020; Meyer et al., 2017). Et studie set fra den prægraduate side viser, at mange afsluttende studerende oplever, at de mangler kompetence til at håndtere vanskelige mellem menneskelige situationer, og at de mangler tid til at udføre sygepleje, særligt når det drejer sig om varetagelsen af grundlæggende sygepleje og psykosociale problemstillinger (Kalankova et al., 2021). Allerede som studerende gør mange sig bekymringer om begyndelsen på arbejdslivet. En spørgeskemaundersøgelse, der inkluderer over 2000 sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker, viser, at 80 % af de

adspurgte er bekymret for, om der vil være tid nok til at lære dem op, 60 % er bekymret for, hvordan kommende kolleger vil tage imod dem og 60 % får ondt i maven ved tanken om de fejl, de kan komme til at begå i jobbet (Jahanshahi, 2020).

Selvom udfordringer i overgangen eller transitionen mellem uddannelse og arbejde i sygeplejen ikke er et nyt fænomen (Tingleff et al., 2010), så viser nye opgørelser og rapporter, at der fortsat er rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer både på studiet, i arbejdet og i overgangen mellem de to, hvor bekymringer for og oplevelser af manglende støtte og tryghed i begyndelsen af arbejdslivet som sygeplejerske forværrer oplevelsen af det som ofte benævnes praksischok (Graf et al., 2020).

Både sygeplejerskeuddannelse og sygeplejepsiksis – og forholdet mellem dem, er kendetegnet ved at være forskelligartet på tværs af regioner, lande og kontinenter. Det anses derfor relevant at foretage en undersøgelse af sammenhængen mellem organisering af uddannelse og opstart på arbejdsliv, der forholder sig til de konkrete institutionelle forhold, der gør sig gældende her. Bestræbelsen i dette kapitel er at vise, hvordan uddannelseseksperimentets konkrete fagdidaktiske mål er samtænkt med de metodiske tilgange i følgeforskningen, og at dette kan inspirere ud over det specifikke eksempel.

Forskningsoversigt

I det følgende skitseres kort centrale forskningsbidrag vedrørende teori-praksisforholdet, spørgsmålet om professionsidentitet, samt institutions- og transitionsforholdet – særligt i dansk kontekst. Der vil blive argumenteret for, hvorfor det er disse tre dimensioner af sygeplejerskeuddannelse og overgangen mellem studie og arbejde i sygepleje, der bliver forfulgt i projektet.

Teori-praksisforholdet

Sygeplejerskeuddannelse er som bekendt en vekseluddannelse, og i Danmark har man en fordeling, hvor 120 ECTS gennemføres i skolen og 90 ECTS i klinisk praksis (Sygeplejerske, n.d.). Forholdet mellem teori og praksis i uddannelsen har været genstand for diskussion gennem mange år – særligt inden for professionsbachelorområdet, hvor antagelsen ofte er, at sammenhæng mellem de to er lig med kvalitet i uddannelse, og at

dette vil styrke handlekompetencen hos de uddannelsessøgende (Holen & Lehn-Christiansen, 2017). Ifølge en samlende rapport over et større forskningsprogram om teori og praksis i professionsuddannelserne er teori og praksis ofte omtalt som en modsætning, hvis koblingsmuligheder er fyldt med barrierer. I rapporten anbefales det, at forståelsen af teori, praksis og forholdet mellem dem tematiseres og diskuteres mellem undervisere fra skolen, de studerende og kliniske undervisere/vejledere, og at praksisnær teori dyrkes mere på professionshøjskolerne og teorinær praksis mere i klinikken (Haastrup et al., 2013).

Anden forskning lægger mere vægt på, at sygeplejerskeuddannelsen befinder sig i forskellige institutionelle kontekster på forskellige niveauer, som alle stiller forskellige krav til de studerende (Lehn & Holen, 2020). I denne optik kan teori-praksis-forholdet ses som et overvejende institutionelt anliggende med tilhørende forskellige logikker. Denne forskning beskriver, at der i den klinisk del af uddannelsen, er tre forskellige og til tider konkurrerende logikker, der gør sig gældende på en og samme gang, nemlig logikken i relationel sygepleje, plejeproduktionslogikken og plejeuddannelseslogikken. Disse logikker stiller forskellige krav til de studerende og deres vejledere og undervisere i klinikken, hvor de studerende skal leve op til alle de formaliserede skolastiske krav om teoretisk at skriftliggøre sig (plejeuddannelseslogik), samtidig med at de skal lære at indgå i relationer med patienter og deres pårørende i praksis (logikken i relationel pleje) samtidig med, at de skal lære at dette foregår i en praksiskontekst, hvor effektivisering og tempo er en betingelse (plejeproduktionslogikken). Med andre ord: der er mange og forskellige krav i sygeplejerskeuddannelsen, hvor teori-praksisforholdet kan ses som konkurrerende logikker, der presser de studerende (Lehn & Holen, 2020).

Professionsidentitet og vidensformer

En omdiskuteret dimension af uddannelse i sygepleje er udvikling af fagidentitet – eller professionsidentitet. Noers forskning viser, at professionslæring er en dannelsesproces med to spor: det identitets- og det strategifokuserede, hvor førstnævnte hjælpes på vej af ”afgørende læringsøjeblikke”, som læring i samarbejde med gode rollemodeller og konkrete møder med patienter/borgere, og sidstnævnte drejer sig om at håndtere de mange (uddannelses)krav (Noer, 2016).

Ifølge Lehn-Christiansen og Holen følger sygeplejerskeuddannelsen den aktuelle læringsmålsstyrede uddannelsestænkning, hvor uddannelsesaktiviteterne bidrager til den overordnede kompetenceprofil, altså det andet spor, men ikke til det første spor, hvor man som studerende udvikler sig ind i sygeplejen og ikke væk fra den – professionsidentitet dækkes ikke af læringsmålbeskrivelserne, da den hverken kan trænes, måles, eller udprøves (Lehn & Holen, 2020). De skriver, at der er: *”al mulig grund til at tage identitetsaspektet ift. uddannelse meget seriøst og i langt højere grad at give det plads i uddannelsestænkningen”* (Lehn & Holen, 2020, s. 219).

Dannelse af professionsidentitet er kompleks og foranderlig i et dynamisk samspil mellem professionen og den kontekst, hvori den agerer og skabes både af et professionsinternt og et professionseksternt pres, som led i en anerkendelseskamp og forhandling med omverden (Wackerhausen, 2009). Sygeplejefprofessionen har desuden et sammensat vidensgrundlag, hvor både naturvidenskabelige vidensformer med dertilhørende algoritmebaserede kompetencer, humanvidenskabelige vidensformer med dertilhørende kommunikative- og relationelle kompetencer, og samfundsvidenskabelige vidensformer, der giver kompetence til klinisk lederskab inden for de institutionelle rammebetingelser er centrale (Bernild, 2022). I det følgende trækkes tre centrale og sammenhængende forhold i professionen frem, som projektet er særligt opmærksom på, nemlig forholdet til patient, forholdet til andre professioner og forholdet til institutionen.

Relationen mellem patient/borger og pårørende og sygeplejerske(studerende) er medkonstituerende for udviklingen af professionsidentitet. Forskning viser for eksempel, at sundhedsprofessionelle i dag bliver udfordret på deres faglige autoritet, da viden om sygdom og behandling er tilgængelig for alle, og der i stigende grad er en forventning om medinddragelse (Brænd & Larsen, 2017).

Samarbejdsrelationer med andre sundhedsprofessionelle er af stor betydning for dannelse af professionsidentitet, herunder hvordan man forstår kerneopgaven og prioriterer kompetenceudvikling (Wackerhausen, 2009). Ifølge Hindhede og Larsens forskning er feltet præget af kamp om prestige, hierarkier og dominans, hvor sygeplejefprofessionens kerneopgaver og humanistiske vidensformer er i risiko for at blive marginaliseret (Hindhede & Larsen, 2020).

De institutionelle rammebetingelser for udførelsen af sygepleje er medkonstituerende for udvikling af professionsidentitet. Forskning viser blandt andet, at klinisk uddannelse ofte foregår i en tempofyldt praksis, hvor de studerende bliver konfronteret med rationeret pleje – det vil sige, at den enten helt mangler eller kun partielt bliver gennemført, og hvor grundlæggende sygepleje og fokus på kommunikative kompetencer kan blive nedprioriteret (Kalankova Dominika, 2021). Fra alle sider bliver den ikke-tekniske og kommunikative side af sygeplejes sat under pres.

Institutions- transitionsforholdet

Forskning viser, at nyuddannede sygeplejerskers start på arbejdslivet er præget af problemer med både realitets- og transitionschok (Jensen, 2018). De møder kvalitetsstyringsmekanismer overalt i institutionen, som presser deres praksis, og de bliver konfronteret med, at det i sygeplejepraksis er vigtigt at identificere kritisk sygdom og at forebygge dødsfald, fordi døden i mange tilfælde er en fejl. Dette resulterer i en form for ”fejlskræk”. Nyuddannede sygeplejersker reagerer med vrede, skyld, tristhed, angst, ironi og sarkasme i mødet med kolleger, pårørende og patienter, og hvor det bliver et individuelt anliggende at håndtere (de urimelige) strukturelle betingelser (Jensen, 2018). I lighed med denne konklusion, viser Brænd og Larsen i deres studie om norske sygeplejerskers holdninger til deres faglige praksis i et sundhedsvæsen styret af New Public Management, at sygeplejerskerne subjektiverer kritikken af forhold i praksis og retter den mod sig selv i stedet for den takstbaserede effektivisering og standardiseringen af praksis (Brænd & Larsen, 2017). Og en undersøgelse foretaget af DSR viser, at aktiviteten i sundhedsvæsenet mellem 2001 og 2018 er steget markant mere end sygeplejestillinger, hvilket betyder at 68 sygeplejersker i 2018 foretager de samme pleje- og behandlingsopgaver, som 100 sygeplejersker gjorde i 2001 (Wang, 2018). Institutionerne i både den primære og sekundære sektor presser rammerne for sygeplejepraksis gennem kvalitetsstyring og effektivisering. Der er således institutionelle og strukturelle betingelser, der kan presse de nyuddannede sygeplejersker.

Opsamlende på forskningen i problemfeltet i forhold til nærværende studie kan det fremhæves, at der vil være fokus på hvordan

teori-praksisforholdet forstås og forvaltes af såvel de studerende, som vejledere og undervisere og i sammenhæng hermed, hvordan de institutionelle strukturer og kontekster har betydning for udviklingen af professionsidentitet, herunder hvilke vidensformer der henholdsvis fremmes og udgrænses i uddannelse og transition fra studie til arbejde.

Uddannelseseksperimentet

De mange og kontinuerlige ændringer i sygeplejerskeuddannelsen har alle haft til hensigt at uddanne sygeplejersker, der kan løse de opgaver, som de stilles overfor i sundhedsvæsenet ved netop at afstemme samspillet mellem teoretisk og klinisk undervisning, studie- og arbejdsliv og mellem uddannelsen og aftagerfeltet (Noer, 2016). På linje hermed er det fagdidaktiske mål med nærværende uddannelseseksperiment at styrke de studerendes professionsidentitet og praksisparathed, herunder:

1. at styrke koblingen mellem teori og praksis ved at strukturere uddannelsesforløbet, så de studerendes bachelorprojekter tager udgangspunkt i den klinik de er i, og bringes tilbage med henblik på forankring i klinisk praksis
2. at styrke de studerendes kliniske kompetencer ved at udprøve kliniske kompetencer på nye måder
3. at mindske afstanden fra klinisk undervisning og endt uddannelse ved at bytte om på rækkefølgen af skole og klinik i det afsluttende år

I et bredt samarbejde mellem skole og klinik, der inkluderer to skoler, uddannelsesenhed på regionalt niveau, en stor kommune, et psykiatrisk center og et stort hospital, er der udarbejdet en særskilt studieårsbeskrivelse, som afprøves for 56 sygeplejestuderende, der har gennemført det afsluttende år fra september 2021 til juni 2022. Målet er, at det efter afprøvning og relevant justering skaleres til hele regionen.

Antallet af studerende, der indgår i projektet, er besluttet på baggrund af pladser på de to hospitalscentre, der er udvalgt til at være testcentre for afprøvning.

Nedenstående tabel illustrerer den strukturelle forskel på ordinært forløb og projektforsløb angivet i uger hen over hhv. efterårs- og forårssemesteret:

Tabel 1 Den strukturelle forskel mellem ordinært forløb og projektforsløb

Ordinært forløb																						
Uge	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	1	2	3	4	5
Aktivitet	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	
Uge	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Aktivitet	T	T	T	T	T	T	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	E	E	D	
Projektforsløb																						
Uge	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	1	2	3	4	5
Aktivitet	T	T	T	T	T	T	K	K	K	K	K	K	K	K	K	B	B	B	B	B	B	
Uge	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Aktivitet	B	B	B	B	B	B	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	K	E	E	D	

K: Klinisk undervisning, T: teoretisk undervisning på skole, B: bachelorprojekt, E: bacheloreksamen, D: dimission

Som det fremgår, er fordelingen mellem kliniske og teoretiske ECTS de samme, men de er fordelt forskelligt. I projektforsløbet vil den kliniske undervisning i projektet være opdelt i to perioder på henholdsvis 8 uger og 12 uger. De studerende vil være tilknyttet det samme kliniksted i de to perioder. Mellem de to kliniske perioder udarbejder de studerende i samarbejde med medstuderende et bachelorprojekt, som er forankret i den konkrete praksis, som de befinder sig i. Dette er forskelligt fra det ordinære forløb, hvor de studerende er på klinik i hele 6. semester, hvorefter de har valgfag og skriver bachelorprojekt på 7. semester, for derefter at være færdiguddannede.

I projektforsløbet introduceres de studerende i *første klinikperiode* til de patientforløb og den sygepleje, der er på den afdeling, hvor de skal gennemføre deres kliniske forløb. Her trænes selvstændig klinisk beslutningstagen for og med patienter og pårørende. De studerende vil blive vejledt i at finde relevante kliniske problemstillinger, som der kan arbejdes videre med i bachelorprojektet. I afslutningen af klinikforsløbet afholdes et ”innovativt værksted”, hvor foreløbige forståelser af kliniske problematikker og perspektiver drøftes med medstuderende og kliniske vejledere/undervisere. Målet er, at der i bachelorprojektet arbejdes med en klinisk sygeplejefaglig problemstilling, der både har relevans og værdi for patienter og pårørende og har relevans og værdi for sygeplejerskers arbejdsfelt og sygeplejefprofession.

Efter udarbejdelsen af bachelorprojektet påbegyndes *anden kliniske periode*, hvor der trænes, øves og udøves selvstændighed i klinisk lederskab. Her skal de studerende arbejde videre med den viden, de har fået fra

arbejdet med bachelorprojektet. De studerende planlægger og faciliterer en konference, hvor de i dialog med den afdeling de er i, formidler relevante pointer og perspektiver fra deres skriftlige del af bachelorprojektet, herunder en drøftelse af muligheden for at realisere de ideer og perspektiver, som bearbejdningen af problematikken har givet, hvor formålet er at skabe kvalitet og værdi for patienter og sygepleje i afdelingen. Det er hensigten, at de studerende får erfaring med at forankre viden i praksis, og at praksisfeltet får gavn af den ny viden, som de studerende kommer med. De studerendes erfaringer og evaluering af denne proces, bidrager til klinisk forankrede refleksioner, som udprøves til den afsluttende mundtlige eksamen, hvor bachelorprojektet forsvares.

I afslutningen af begge kliniske perioder afholdes en intern klinisk prøve, der med afsæt i klinikstedets sædvanlige organisering fokuserer på den studerendes kompetence hvad angår klinisk beslutningstagning med inddragelse af vidensformer i sygepleje på 6. semester og klinisk lederskab med fokus på tværgående samarbejder i patientforløbene på 7. semester. Til forskel fra den nuværende prøveform, vil prøven være ”*reel klinisk*”, idet de studerende ikke skal udarbejde skriftlige oplæg og forberede mundtlige oplæg, men bliver vurderet på deres kliniske kompetencer, og hvor underviser fra skolen deltager i det kliniske felt, bedside. Målet er, at de studerende fokuserer på klinisk sygepleje *i* praksis (at udøve sygepleje) i stedet for en skriftlig opgave om klinisk sygepleje (at skrive om sygepleje).

Metodologi

Udforskningen af og betydningen af ”NEW-omlægningen” af sygeplejestudiets afsluttende år er etableret i et bredt samarbejde mellem flere forskningsinstitutioner på tværs af Danmark. Som anbefalet af flere uddannelsesforskere (Feiring et al., 2017) anlægges en kritisk analytisk tilgang, som reflekterer ser på betydninger af forholdet mellem de studerende/nyuddannede og den kontekst de befinder sig i – både de aktører, som de er i relation til i forbindelse med deres uddannelse og nyansættelse, og hvordan institutionelle mikro- og makrokontekster influerer på læringsforløbene. For at få greb om det, er der truffet en række metodiske valg såvel som valg af forskningsmæssige nedslag konkretiseret i tre ”arbejds pakker”, der afspejler de ændringer, der konkret er afprøvet i projektføreløbet. I det

følgende beskrives først de metodiske valg, hvorefter arbejdspakkerne præsenteres. Figuren nedenfor illustrerer de forskningsmetodiske tilgange, som i efterfølgende tekst vil blive uddybet.

Metode og design	Vidensbidrag
Aktionsforskning – Interventionsstudie	Mulighedsbetingelser for at bedre overgangen mellem studie og arbejde gennem forandring skabt i samarbejde på tværs af sundheds- og uddannelsesinstitutionen Effekt af uddannelsesændringen
Komparativt og longitudinelt	Forskel mellem ordinært forløb og projektforløb Udvikling over tid: fra start af 6. semester og et halvt år ind i arbejdslivet
Institutionel etnografi	Forholdet mellem de handlende subjekter (her studerende/nyuddannede, vejledere, undervisere og ledere i klinisk praksis, samt undervisere fra skole) og de institutionelle kontekster for sygeplejerskeuddannelsen
Mixed Method	Besvarelser fra spørgeskema, registrering af karakter, fravær og første arbejdsplads for alle inkluderede vil i dialog med kvalitative interviews om og observationer af læring i praksis, kliniske eksaminer, bachelorkonferencer og eksaminer, samt analyser af bachelorprojekter give et alsidigt empirisk materiale, som kan besvare om og hvordan uddannelsesændringerne bidrager til bedre overgang mellem studie og arbejde set fra flere perspektiver

Figur 1 Projekt NEW: metodologi.

Aktionsforskning – interventionsstudie

Projektet er en afprøvning af noget nyt i en given social sammenhæng – et slags eksperiment, hvor mulighedsbetingelserne for at forbedre en praksis gennem forandringer, undersøges med brug af forskningsmetoder. Metodisk er det en form for aktionsforskning. Aktionsforskning er kendetegnet ved, at der skabes forandringer for og med de aktører aktionen vedrører, samtidig med at selve forandringsprocesserne er genstand for vidensproduktion (Bernild, 2018). Da udformningen af projektforløbet ikke er udarbejdet i direkte samarbejde med sygeplejestuderende, men derimod aktører inden for teoretisk og klinisk uddannelse i sygepleje på tværs af skole og klinik, og at projektforløbet afprøves i den form, som *er* beskrevet, har det også karakter af at være et interventionsstudie, hvor effekten af en given intervention vurderes (Aggarwal & Ranganathan, 2019). Det er vigtigt at fremhæve, at der ikke efterstræbes kontekstfri, kausal og objektiv viden om sammenhængen mellem uddannelsesændringen og overgangen mellem studie og arbejde, men derimod nuanceret og mangefacetteret viden om sammenhængene.

Komparativt og longitudinelt

For at få nuanceret indsigt i betydningerne af en uddannelsesomlægning, er der valgt et komparativt greb, der kan udpege forskelle mellem det ordinære forløb og indhold i det afsluttende studieår og projektforsløbet, set i forhold til sammenhæng mellem teori og praksis, skole og klinik samt udvikling af professionsidentitet og parathed til selvstændig sygeplejepspraksis. Konkret vil de 56 studerende i projektforsløbet i de to testcentre blive sammenholdt med de 56 studerende i det ordinære forløb, som er fordelt på tre andre centre. Således indgår alle afsluttende studerende på samme hospital. Der vil være opmærksomhed på, at der kan være selektionsbias, da de studerende i projektforsløbet har valgt at deltage i en ny ordning for deres uddannelse, hvilket kan tyde på et vist overskud. Omvendt oplyste mange, at deres motivation for at vælge deltagelse var et ønske om at komme i praktik på netop de centre, der var udtaget som testcentre, og altså ikke et ønske om at deltage i et projekt i sig selv.

For at kunne tilvejebringe viden om overgangen fra studie til arbejde som en proces, er der desuden valgt et longitudinelt design (Caruana et al., 2015), hvor de studerendes *transition* fra studie til arbejde følges over tid. Konkret følges de fra de påbegynder deres kliniske praktik på 6. semester til et halvt år efter endt uddannelse.

Institutionel etnografi

Både det ordinære forløb og projektforsløbet foregår i en hospitalskontekst – nærmere bestemt højt specialiseret somatik – ligesom de begge udgår fra samme professionshøjskole med samme rammer og krav og mål for læring. Refleksioner over betydningen af denne kontekst for sygepleje og uddannelse vil blive eksploreret gennem et institutionel-etnografisk (IE) greb, som forbinder en given praksis – hvad der reelt gøres – med de institutionelle kontekster for praksis (Smith, 2006), og som vurderes som værende en brugbar metode i uddannelsesforskning (Kearney et al., 2019).

Med IE er der en forpligtelse til at begynde forskningen med at observere *materielle forhold* i folks 'hverdag', hvilket betyder at der er fokus på de fysiske aspekter snarere end de symbolske aspekter af den sociale praksis (Smith, 2006). Derfor vil blikket være rettet mod de konkrete funktioner i deltageres aktiviteter i modsætning til mere abstrakte og fortolkede

betydninger af deres aktiviteter, for eksempel: ”hvad gør de studerende/nyuddannede og deres vejledere/makkere og undervisere?” Deres handlinger er i fokus frem for deres meninger, perspektiver og italesatte værdier. I dette projekt ansues kommunikation mellem mennesker også som en handling (Habermas, 2006), hvorfor at eksempelvis observation af samtaler mellem studerende, patienter og vejledere betragtes som en handling, der er koordinerende for efterfølgende handlinger.

De interview der bliver foretaget i projektet er med afsæt i IE ikke et spørgsmål om at etablere en slags vindue til deltagerens indre oplevelser, men for at afdække ”ruling relations”, som er med-konstituerende for de lokale erfaringer og oplevelser (Devault, 2006). Således er opmærksomheden rettet mod deltagerens perspektiver og forestillinger om det at være professionel, og hvordan de erhverver og danner professionsidentitet – og hvad der er med til at forme disse forestillinger.

I IE arbejdes der med en bred definition på *arbejde*, hvor der både henvises til betalt og ulønnet arbejde. I IE refererer *arbejde* til de aktiviteter, folk deltager i, der tager tid, kræfter og intention. I nærværende studie, betyder det at ”det at studere” bliver anset som arbejde på samme måde som det, de nyuddannede udfører. Selvom projektet netop drejer sig om overgangen fra studie til arbejde, anses begge dele altså som en form for arbejde, og det interessante er, hvordan de er forskellige i praksis.

I et IE-perspektiv lever vi i en tekstmedieret samfund, hvor man som IE-forsker skal forsøge at forbinde materielle aspekter fra hverdagen til deres sociale organisation. Tekster henviser til ethvert dokument af en fast og replicerbar karakter, som både har et lokalt niveau og et ”højere niveau eller metaniveau”. Undersøgelsen af tekster tjener til at forbinde det lokale med det ekstra-lokale, hvor tekster fungerer som en slags ’spor’ til at forklare forbindelserne mellem de to. Tekster hjælper med at besvare spørgsmål om hvordan folks hverdag er koordineret af diskurser, politikker og systemiske strukturer (Smith, 2006). I dette projekt er det både uddannelses- og sundhedssektorer, herunder projektets studieårsbeskrivelse og sundhedssektorens tekster som fx retningslinjer og stillingsbeskrivelser.

IE giver samlet set et metodisk greb, der kan indfange betydningerne af, at de studerende bevæger sig i og imellem forskellige institutioner – her uddannelses- og sundhedsinstitutionen, hvor spørgsmålet om teori og praksis også er et spørgsmål om forskellige organisationer og institutioner med hver deres politiske kontekster, metatekster og konkrete tekster.

Mixed Method

For at opnå bredere viden om, hvad uddannelsesændringerne betyder, set fra både de studerende, de nyuddannede, klinikken og skolens perspektiv, anvendes mixed method (Shorten & Smith, 2017), hvor spørgeskemaundersøgelser, registreringer, observationer, individuelle og fokusgruppeinterview samt dokumentanalyser informerer hinanden, og tilsammen skaber et rigt empirisk materiale. I det nedenstående beskrives kort spørgeskemaundersøgelsen og registreringerne, da resultaterne herfra informerer det samlede studie.

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer de 112 inkluderede (56 i hvert forløb) sygeplejestuderende de to uddannelsesforløb. Undersøgelsen bliver udført over to gange i begge forløb: Første gang i afslutningen af deres 6. semesters kliniske forløb og anden gang umiddelbart efter færdiggjort uddannelse. Det longitudinelle design vil kunne bidrage med indsigt i uddannelsesforløbenes forskellighed og de studerendes vurdering af parathed til deres kommende erhverv. Spørgeskemaet vil måle på de studerendes vurdering af de to uddannelsesforløb i forhold til 1) sammenhæng mellem bachelorprojekt og klinisk praksis, 2) udprøvningen af deres kliniske kompetencer ved intern prøve, 3) egne kliniske kompetencer, 4) klinikstedets involvering i deres studieforløb, samt 5) forventet parathed i rollen som nyuddannet sygeplejerske.

Der foreligger en del spørgeskemaer, der på forskellig vis skalerer nyuddannede sygeplejerskers selvvaluerede praksisparathed, men der kunne ikke identificeres et brugbart spørgeskema, som på sikker vis måler nyuddannedes parathed til det erhverv, som de skal til at varetage (Hampton et al., 2020). Med inspiration fra et eksisterende spørgeskema (Work-Readiness-Scale) (Caballero et al., 2011), samt relevant forskning, er der derfor udarbejdet et spørgeskema, der specifikt retter sig mod projektets konkrete delelementer. Validitet er søgt gennem hhv. face- og content validitet (Gray, 2014).

For at få et estimat for den generelle trivsel i den kliniske uddannelse i de to organiseringer og det første halve år af arbejdslivet som sygeplejerske, vil der som supplement til spørgeskemaundersøgelsen foretages registrering af sygefravær i den kliniske del af det afsluttende studieår samt et halvt år ind i arbejdslivet. I tillæg hertil, registreres de studerendes karakterer fra såvel kliniske prøver som bachelorprojekt. Dette for at få et indblik i betydningen af uddannelsesomlægningen ift. den faglige

præstation i et skolestisk perspektiv. Og endelig registreres hvorvidt de studerendes første arbejdsplads er samme sted som den afsluttende klinik eller et andet sted.

Arbejdspakker

Forskningsprojektet er delt op i tre arbejdspakker, der afspejler uddannelseseksperimentets formål og indhold, nemlig 1) at øge klinisk kompetence ved indførelsen af reelt kliniske prøver, 2) at øge sammenhængen mellem teori og praksis ved at integrere klinikforløb og bachelorprojekt, for hermed 3) at øge praksisparathed og forbedre transitionen fra studie til arbejde – hvilket også tilstræbes ved at mindske afstanden fra klinik til endt uddannelse. Arbejdspakkerne og deres specifikke formål og metoder illustreres i nedenstående figur.

AP	Kliniske eksaminer	Bachelorforløb	Transition
Formål	Komparativt at undersøge hvordan kliniske kompetencer kommer til udtryk og vurderes, herunder hvilke refleksion- og vidensformer der træder i henholdsvis forgrund og baggrund i de to eksamensformer	A: Undersøge betydningerne af, at de studerende arbejder med en klinisk forankret problemstilling i deres bachelor, der via konferencen bringes tilbage til afdelingen (klinisk perspektiv) B: komparativt at undersøge betydningerne af, at de studerende i projektforsløb arbejder med en klinisk forankret problemstilling i deres bachelor hen over en længere periode for selve projekterne og for den afsluttende bacheloreksamen (skolestisk perspektiv)	A: komparativt at undersøge om og hvordan uddannelsesændringerne sætter sig igennem i transitionen fra studie til arbejde for studerende/nyuddannede, herunder oplevelsen af praksisparathed B: komparativt at undersøge om og hvordan aftagerfeltet vurderer en forskel mellem de nyuddannede sygeplejersker i de to forløb
Metoder	<i>Spørgeskemaundersøgelse</i> N=112 (56/56) Registrering af karakterer ved klinisk prøve: N=112 (56/56)	<i>Spørgeskemaundersøgelse</i> N=112 (56/56) Registrering af karakterer ved bacheloreksamen: N=112 (56/56)	<i>Spørgeskemaundersøgelse</i> N=112 (56/56) Registrering af fravær under og efter uddannelse samt første ansættelsessted N=112 (56/56)

AP	Kliniske eksaminer	Bachelorforløb	Transition
	Observation af mundtlig del af klinisk prøve: N=8 (4/4)	A: Observation af konferencer (dem, de studerende afholder i klinikken om deres bachelorprojekt): N=8	A: Observation af de studerendes (senere nyuddannede sygeplejersker) praksis i klinikken, inklusive interview: N=12 (6/6) X4:
	Fokusgruppeinterview med:	Fokusgruppeinterview med:	Første gang i starten af deres kliniske periode.
	1. projektstuderende	1. De studerende	Anden gang i slutningen af deres kliniske periode.
	2. ordinærstuderende	2. Kliniske vejledere og undervisere	Tredje gang i begyndelsen af deres ansættelse som sygeplejerske.
	3. kliniske vejledere/undervisere	3. Ledere i klinikken	Fjerde gang et halvt år ind i arbejdslivet.
	4. undervisere fra skole	B: Diskursanalyse af bachelorprojekter: N=8 (4/4), der efterfølgende valideres af analyse af alle inkluderede bachelorprojekter: N=112 (56/56)	B: Interview med ansættende ledere af nyuddannede sygeplejersker, hvor de har ansat:
		Observation af bachelor-eksamen: N=10 (5/5)	<ul style="list-style-type: none"> nyuddannede fra projektforløb nyuddannede fra ordinært forløb nyuddannede som havde sidste klinik på egen afdeling nyuddannede som ikke havde sidste klinik på egen afdeling
Perspektiver	Teori-praksis/ skole/ klinikforholdet, professionsidentitet og vidensformer i udprøvningen af kliniske kompetencer	Teori-praksis/skole/klinikforholdet, professionsidentitet og vidensformer i bachelorforløb	(Videre)udvikling af professionsidentitet, vidensformer i klinisk praksis, (sundheds)-institution i transitionen mellem studie og arbejde i sygepleje

Figur 2 Projekt NEW – arbejdsplaner (AP).

Afrunding

Formålet med uddannelseseksperimentet ”at øge fokus på kliniske kompetencer, øge sammenhængen mellem teori og praksis/skole og klinik i bachelorforløbet, samt mindske afstanden mellem klinik og endt uddannelse med henblik på overgangen fra studie til arbejde i sygepleje” kan anskues som en arbejdshypotese, der grundet de komplekse kontekster og sammensatte

betingelser, undersøges, belyses og ekspliciteres i arbejdsplakkernes forskellige metoder. Med særlig opmærksomhed på de institutionelle forholds betydning for teori-praksis/skole-klinik-forholdet, (videre)udvikling af professionsidentitet og vidensformer i sygepleje, tilegnelse af kliniske kompetencer og praksisparathed, vil projektet bringe både de studerendes/de nyuddannedes, klinikkens og skolens perspektiver frem. Det er intentionen, at det eksperimentelle design med det dertilhørende komparative, longitudinelle, kritiske og multimetodisk greb muliggør tilvejebringelse af viden om betydningerne af tilrettelæggelse af sygeplejestudiet – ikke blot ”NEW-organiseringen”, men mere generelle perspektiver.

Referencer

- Aggarwal, R. & Ranganathan, P. (2019). Study designs: Part 4-Interventional studies. *Perspectives in Clinical Research*, 10(3), 137–139. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_91_19
- Bakon, S., Craft, J., Wirihana, L., Christensen, M., Barr, J. & Tsai, L. (2018). An integrative review of graduate transition programmes: Developmental considerations for nursing management. *Nurse Education in Practice*, 28, 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.10.009>
- Bernild, C. (2018). *Pårørendeinddragelse i praksis – et aktionsforskningsprojekt på en hospitalsafdeling*. Roskilde Universitet.
- Bernild, C. (2022). Kliniske studier. I K. Hoffmann & E. Vestergaard (Red.), *At studere sygepleje – find din vej gennem sygeplejerskeuddannelsen* (3. udg., s. 92–128). Gads Forlag.
- Brænd, J. A. & Larsen, K. (2017). Transformasjon av en profesjon – sykehuset mellom penger og pasienter. I M. Feiring, T. I. Juritzen, I. Ruud Knutsen & K. Larsen (Red.), *Kritiske perspektiver i helsefagene – utdanning, yrkespraksis og forskning* (s. 207–233). Cappelen Damm Akademisk.
- Caballero, C. L., Walker, A. & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2011). The work readiness scale (WRS): Developing a measure to assess work readiness in college graduates. *Journal of Teaching and Learning for Graduate Employability*, 2(1), 41–54. <https://doi.org/10.21153/jtlge2011vol2no1art552>
- Caruana, E. J., Roman, M., Hernández-Sánchez, J. & Solli, P. (2015). Longitudinal studies. *Journal of Thoracic Disease*, 7(11), E537–E540. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2072-1439.2015.10.63>
- Dansk Sygepleje Råd. (2018). Notat: Sygefravær blandt nyuddannede sygeplejersker. Dansk Sygepleje Råd. https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_-_sygefravaer_blandt_nyuddannede_sygeplejersker.pdf
- Devault, M. L. (2006). Institutional ethnography: Using interviews to investigate ruling relations. I D. E. Smith (Red.), *Institutional ethnography as practice* (s. 15–44). Rowman & Littlefield.
- Feiring, M., Juritzen, T. I., Knutsen, I. K. & Larsen, K. (Red.). (2017). *Kritiske perspektiver i helsefagene: Utdanning, yrkespraksis og forskning*. Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.19>
- Graf, A. C., Jacob, E., Twigg, D. & Nattabi, B. (2020). Contemporary nursing graduates’ transition to practice: A critical review of transition models. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 3097–3107. <https://doi.org/10.1111/jocn.15234>
- Gray, D. E. (2014). *Doing research in the real world* (3. udg.). Sage Publications.
- Haastrup, L., Hasse, C., Pilegaard Jensen, T., Damgaard Knudsen, L. E., Laursen, P. F. & Nielsen, T. K. (2013). *Brobygning mellem teori og praksis i professionsbacheloruddannelserne – sammenfattende rapport*.

- Habermas, J. (2006). *The theory of communicative action – the critique of functionalist reason*. Polity Press.
- Hampton, K. B., Smeltzer, S. C. & Ross, J. G. (2020). Evaluating the transition from nursing student to practicing nurse: An integrative review. *Journal of Professional Nursing*, 36(6), 551–559. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.08.002>
- Hindhede, A. L. & Larsen, K. (2020). Prestige hierarchies and relations of dominance among health professionals. *Professions and Professionalism*, 10(2), 1–20. <https://doi.org/10.7577/pp.3447>
- Holen, M. & Lehn-Christiansen, S. (2017). Drømmen om sammenhæng. *Tidsskrift for Professionsstudier*, 13(25), 25–35. <https://doi.org/10.7146/TFP.V13I25.96969>
- Jensen, C. (2018). *Nyuddannede sygeplejerskers møder med realiteterne på medicinske afsnit i reformerede sygehuse en institutionel etnografisk undersøgelse* (Doktorgradsavhandling). Roskilde Universitet.
- Kalánková, D., Bartoníčková, D., Kirwan, M., Gurková, E., Žiaková, K. & Dominika, K. (2021). Undergraduate nursing students' experiences of rationed nursing care – a qualitative study. *Nurse Education Today*, 97(104724). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104724>
- Kearney, G. P., Corman, M. K., Hart, N. D., Johnston, J. L. & Gormley, G. J. (2019). Why institutional ethnography? Why now? Institutional ethnography in health professions education. *Perspectives on Medical Education*, 8(1), 17–24. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0499-0>
- Lehn, S. & Holen, M. (2020). Læreprocesser i klinisk sygeplejerskeuddannelse: Viden og erfaringer fra projekt PÅ TVÆRS. Roskilde Universitet. <https://forskning.ruc.dk/da/publications/læreprocesser-i-klinisk-sygeplejerskeuddannelse-viden-og-erfaring-2>
- Meyer, G., Shatto, B., Delicath, T., & Von Der Lancken, S. (2017). Effect of curriculum revision on graduates' transition to practice. *Nurse Educator*, 42(3), 127–132. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000325>
- Natasha Jahansahi. (2020, 21. august). Forskere: Sygeplejerskemangel udgør en alvorlig trussel for patientsikkerheden. *Altinget Sundhed*. <https://www.altinget.dk/artikel/forskere-sygeplejerskemangel-udgoer-en-alvorlig-trussel-for-patientsikkerheden>
- Noer, V. R. (2016). 'Rigtige sygeplejersker' – uddannelses-etnografiske data af sygeplejersker studieliv og dannelsesprocesser. *Tidsskrift for Professionsstudier*, 12(23). <https://doi.org/10.7146/TFP.V12I23.96757>
- Rekrutteringssurvey Rapport. (n.d.). Rekrutteringssurvey Rapport, marts 2021 DATA INDSAMLET I PERIODEN OKTOBER 2020 TIL OG MED MARTS 2021.
- Shorten, A. & Smith, J. (2017). Mixed methods research: Expanding the evidence base. *Evidence Based Nursing*, 20(3), 74–75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102699>
- Smith, D. E. (2006). *Institutional ethnography as practice*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Sørensen, L. K. (2018). Ubesatte sygeplejerskestillinger i regioner og kommuner. DSR Analyse, 1–3.
- Sygeplejerske. (n.d.). Retrieved June 17, 2021, from <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2016/508>
- Tingleff, E. B., Rossen, C. B. & Buus, N. (2010). Transitionen fra at være studerende til at være nyuddannet i psykiatrien. *Klinisk Sygepleje*, 3, 23–33.
- Tussing, T. E., Chipps, E. & Tornwall, J. (2022). Next generation of nurses: Considerations for successful recruitment. *The Journal of Nursing Administration*, 52(11), 569–571. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001211>
- Wackerhausen, S. (2009). Collaboration, professional identity and reflection across boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), 455–473. <https://doi.org/10.1080/13561820902921720>
- Wang, D. Y. (2018). NOTAT Aktivitetsvæksten på sygehusene 4 gange større end stigningen af sygeplejersker siden 2001.

KAPITTEL 3

Er det for mye praksis i sykepleierutdanningen? Historiske og sammenlignede erfaringer

Kari Toverud Jensen Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet, Norge

Abstract: There is a kind of consensus that clinical practice is where you learn nursing knowledge, that the practical part should be expanded and developed, and that theory only strengthens the legitimacy of the subject and the practitioners. These assumptions may be correct, but they may benefit from some counterarguments. Developments in nursing take place not only through long-term thinking but also across conventions about how things are and should be. This discussion chapter asks why clinical practice as a learning arena should be discussed, researched, and questioned. It investigates the issue further and asks whether there is too much clinical practice in nursing education, whether this results in students having insufficient theoretical competence to support them in practical situations, and whether we become better practitioners by being better theoretically prepared. This chapter is intended as input in the debate about the consensus that clinical practice **is** the place to learn nursing.

Keywords: clinical practice, nurse education, theoretical position, different learning arenas

Introduksjon

Den regjeringsoppnevnte helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4) la i februar 2023 frem sin vurdering av tiltak for å imøtekomme fremtidens krav for gode og effektive helse- og omsorgstjenester. Der blir det trukket frem økt teknologisk utvikling, aldrende befolkning, oppgaveglidning og kortere liggetid som noen av utfordringene samfunnet står overfor. Kommisjonen legger vekt på viktigheten av å sikre innholdet i utdanningene slik at helsepersonell kan møte disse utfordringene, og den trekker frem hindringer som spesielt sykepleierutdanningene står i. Der EU-direktivets (Europaparlamentet & Rådet for Den europeiske union, 2005) krav til praksisens lengde i sykepleierutdanningen kan ses som en av hindringene, er her sykepleierutdanningene i en særstilling innen helsefagutdanningene. Den fagdidaktiske utfordringen utdanningen står i, er hvordan det bør tilrettelegges for at studentene skal få best mulig læringsutbytte som samsvarer med faglige kompetansemål og fremtidens krav, når halvparten av utdanningen består av praksisstudier. Dette diskusjonskapitlet undersøker hvorfor klinisk praksis som læringsarena bør diskuteres, undersøkes og stilles spørsmål ved.

Sykepleierutdanningens praksisstudier har vært og er et diskusjonstema som skaper både emosjoner og debatt. Fra den første sykepleierutdanningen ble etablert i Norge (1868) til nedgangstidene i 1930-årene var det økonomiske argumenter for å ha «sykepleierelever» i sykehusene. Elevene var billig arbeidskraft. Helt frem til 1970-årene ble økonomiske argumenter brukt for å opprettholde en høy andel praksis i sykepleierutdanningen (Larsen, 2006; Melby, 1990). Praksis var rett og slett et økonomisk argument.

Sykepleierutdanningen fikk nye vilkår i 1967, noe som bekreftet at elevene fortsatt var arbeidshjelp, med krav om nattevakter og sommervikariater uten lønn. Først i 1975 fikk elevene studentstatus, og helge- og sommerarbeid falt bort (Larsen, 2006). Frem til overgangen da elever ble til studenter ved sykepleierutdanningen var utdanningen organisert ved lærlingordning, hvor idealet for utdanningen var håndverkstradisjonene. Elevene skulle lære faget av den erfarne sykepleieren ved å observere utøvelsen av sykepleie og deretter selv få prøve seg under veiledning og korreksjon.

I rammeplanen fra 1987 ble praksis redusert til 50 prosent av utdanningen (KUD, 1989). Fordelingen av teoretiske og praktiske studier har siden holdt seg på samme nivå, i stor grad basert på resultatet av Bologna-prosessen, som pågikk mellom 1999 og 2010. Målet med prosessen var å

harmonisere høyere utdanning i Europa. En følge av Bologna-prosessen er innpass av EU-direktivet 2005/36/EC (Europaparlamentet & Rådet for Den europeiske union, 2005), som regulerer antall timer studenten skal ha i praksis, og hvilke kliniske områder de må være innom. Sykepleierutdanningen skal til sammen ha minimum 4600 timer, hvorav minstekravet til teoretiske studier er 1533 timer, mens minstekravet til praksisstudier er 2300 timer. Kravet om et større minstekrav i praksisstudier enn i teoretiske studier kan ha begrunnelse i de store europeiske landene som har føringer i Den europeiske union (EU), som Frankrike og Tyskland. Disse landene har sykepleierutdanning på ulike nivåer, der det laveste opptaksnivået krever ungdomsskole (Lahtinen et al., 2014), noe som kan sammenlignes med helsefagarbeiderutdanning (Utdanning.no, 2023). Hvis vi ser til våre naboland, er det interessant at EU-land som Danmark, Sverige og Finland har lagt mer vekt enn Norge på de teoretiske studiene. Den danske og den finske sykepleierutdanningen går over 3,5 år, tilsvarende 210 studiepoeng, hvorav 90 studiepoeng er knyttet til praksisstudier og 120 til teoretiske studier. Både Sverige og Norge har sykepleierutdanning med 180 studiepoeng. Den svenske sykepleierutdanningen har 45 studiepoeng knyttet til praksisstudier og 135 studiepoeng knytte til teoretiske studier. Norge opererer med praksisstudier tilsvarende 90 studiepoeng (Lahtinen et al., 2014; Råholm et al., 2010) og er, sammenlignet med våre naboland, således det landet som har færrest studiepoeng (90) innen teoretiske studier. Et betimelig spørsmål er hva som er begrunnelsen for å opprettholde så stor andel praksisstudier i Norge, når EU-land vi sammenligner oss med, tolker EU-direktivet og vektleggingen av studienes sammensetning annerledes.

Den norske utdanningens innhold har endret seg fra 1868 og frem til i dagens bachelorgrad, men innholdskomponentene er i stor grad de samme – fra kunnskap, ferdigheter og holdninger til dagens læringsutbytte i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Vektleggingen av komponentene har imidlertid variert gjennom historien. Det som tidlig ble vektlagt, var ferdigheter, men aller viktigst var holdninger og personlige egenskaper. Teori utgjorde opprinnelig kun en liten del av utdanningen (Lerheim, 2000).

Universitets- og høyskoleloven (2005) likestilte høyskoler og universiteter i kravet om forskning, og det ble åpnet opp for at ansatte kunne søke om opprykk og mulighet for akkreditering av høyskole til universitet. Denne ordningen har medført at mange av sykepleierutdanningene i Norge de siste ti årene har gått fra å være høyskoler til å bli del av universiteter.

Fusjonsprosessene innen høyere utdanning, som kom i etterkant av det såkalte Stjernø-utvalgets utredning (NOU 2008: 3), har også bidratt til at sykepleierutdanninger ved tidligere høyskoler i stor grad har blitt innlemmet i nye og gamle universiteter.

Tekstens tilblivelse

Denne teksten har blitt til gjennom studier av de historiske utfordringene den norske sykepleierutdanningen har stått i. Disse utfordringene er beskrevet av blant annet Kari Melby (1990), Kjellaug Lerheim (2000) og Johanne Louise Larsen (2006) samt i tekster av Martha Raile Alligood (2014) og Mark Risjord (2011) om forskning, refleksjoner og forståelse rundt sykepleiers kunnskapsbidrag. Jeg har i tillegg gjort litteratursøk på akademisering eller vitenskapeliggjøring av sykepleie, overgang av sykepleierutdanning fra høyskole til universitet, forholdet mellom teori og praksis i sykepleierutdanningen samt teori-praksis-gapet i sykepleie. Kapitlet er dermed bygget opp rundt ulike diskusjoner basert på egen og andres forskning, henvisninger, referanser og personlige perspektiver (Booth, 1996) rundt temaene:

- sykepleierutdanningens innlemmelse i akademia
- det ideelle forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap i sykepleierutdanningen
- gapet mellom teori og praksis
- sykepleierstudenters forberedelse til yrket

Sykepleierutdanningens innlemmelse i akademia

Enkelte vil hevde at sykepleierutdanningens overgang til universitetsutdanning har redusert studentenes profesjonsidentitet ved å skape distanse til den praksisen studentene skal utøve sitt yrke i (Gillett, 2012); at denne overgangen har medført en spenning mellom universitetsansattes streben etter å imøtekomme kravet om økt forskning og publisering og kravet om å utdanne studenter til en praksisnær hverdag. Andre vil hevde at denne endringen har bidratt til at utdanningen er styrket. I Storbritannia var det en del motstand mot universitetsreformen i 1992, da de polytekniske

høgskolene ble universiteter over natten. En studie av diskurser i britiske aviser om sykepleierutdanning i tidsrommet 1999–2009 viser til en negativ holdning til sykepleierutdanningens økende akademiske karakter. Det ble hevdet at det utdannes sykepleiere som er både for «smarte» og for «fine» til å utøve omsorg og stell. Det ble argumentert for at det å flytte sykepleierutdanningen fra sykehus til universitet også endret det faglige innholdet ved at utdanningen ble mer akademisert, og det ble hevdet at denne flyttingen påvirket hvem som blir sykepleiere (Gillett, 2012). Det ble også hevdet at det å være sykepleier ganske enkelt krever et «good heart», eller at «good nurses are born not made» (Heffer, 2009).

Motstanderne mot disse ytringene argumenterte for at denne typen meninger reises på en antiintellektuell diskurs om at en utdannet sykepleier ikke er en omsorgsfull sykepleier og langt mindre en kompetent sykepleier (Watson & Thompson, 2000).

Diskursen pågår fortsatt. David Oliver, medisiner og geriater, ytret seg i *British Medical Journal* om at dagens sykepleiere har avanserte og uavhengige roller som er avgjørende for helsetjenestene, og som krever kvalifikasjoner (Oliver, 2017). Oliver trekker frem at det offentlige helsevesenet i Storbritannia (National Health Service, NHS) sitt rammeverk for sykepleie vektlegger «care, compassion, commitment, courage, and communication – with ‘competence’ seemingly an afterthought» (Oliver, 2017, s. 1). Han poengterer at dette er egenskaper alt helsepersonell skal ha som et grunnleggende utgangspunkt, og hevder at disse egenskapene alene er ikke tilstrekkelig. For å levere moderne helsetjenester kreves bredere vitenskapelig, sosiologisk og teknisk kunnskap og ferdigheter, ikke et smalt søkelys på praktiske oppgaver (Oliver, 2017). Oliver viser til en studie av Aiken et al. (2014), som sammen med kollegaer fra ni europeiske land har studert forholdet mellom sykepleierbemanning, utdanning og dødelighet. De finner at pasientdødeligheten er lavere jo høyere andel utdannede sykepleiere det er i et team. I vurderinger av britisk sykepleieforskning (Corner & Glasper, 2015) vektlegges forskningens betydning for utviklingen av blant annet pasientomsorgen.

After assessment by a panel of expert researchers it has been determined unequivocally that the nursing research carried out by individual universities makes a substantial difference to frontline care delivery, to quality of life outcomes, to health policy and to wider society and to the UK economy. (Corner & Glasper, 2015, s. 295)

Ser vi til det medisinske feltet, som har stor betydning for utviklingen av sykepleiefaget, har ny kunnskap om for eksempel diagnostisering og behandlingsmetoder eksplodert (Rose, 2006). En nyere systematisk oversiktsstudie av Cousins et al. (2022) finner at sykepleierstudenter ikke har forbedret nivået av smertekunnskap og holdninger til smertebehandling de siste tjue årene. Dette poenget er interessant også i norsk sammenheng hvor de medisinske emnene ble styrket på starten av 2000-tallet, noe som medførte at sykepleiefagets modeller, teorier og begreper ble fjernet fra planverket (Mekki, 1999). I forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) er det i stor grad videreført. I norsk sammenheng synes ellers planene for sykepleierutdanning å være stabile med tanke på utdanningens innhold (Knutstad, 2015). Kan det være at det teoretiske kunnskapstilfanget i sykepleierutdanningen bør styrkes ytterligere?

Det ideelle forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap i sykepleierutdanningen

Gjennomgangsspørsmålet i sykepleierutdanningen har til enhver tid vært hvilken kunnskap sykepleiere trenger for å utøve god sykepleie (Alligood, 2014). Det som det særlig synes å stå om i sykepleierutdanningen, er vektleggingen av teoretisk og praktisk kunnskap, de ulike læringsarenaene og hva som læres hvor, når og hvordan. Spennet mellom det teoretiske og det praktiske kan synes kunstig, som at det å utføre praktiske handlinger ikke forutsetter teoretisk kunnskap og forståelse. Gjennom praktiske handlinger må studentene benytte teoretisk kunnskap om sykdomsprosesser, anatomi, psykologi, etikk og kommunikasjon, for å nevne noe. Gilje (2017) skriver at komplekse arbeidsoppgaver ofte krever et heterogent kunnskapsgrunnlag. Profesjonsutøveren må i selve handlingssituasjonen make å koordinere og flette sammen ulike former for disiplinarykunnskap og praktisk kunnskap. Profesjonell yrkesutøvelse kan ikke reduseres til et spørsmål om forholdet mellom «teori» og «praksis». Det dreier seg heller ikke bare om å anvende teoretisk kunnskap i praktiske situasjoner (Gilje, 2017, s. 32).

I 2019 ble felles retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS) innført. Retningslinjen for sykepleierutdanningen (2019) tilfredsstiller EU-direktivets krav om at 50 prosent av utdanningen skal være praksis. De fleste andre helse- og sosialfagutdanninger i Norge har adskillig kortere del av utdanningen i praksisstudier, mer på linje med den svenske sykepleierutdanningen (jf. Råholm et al., 2010). Det er interessant at det i

liten grad diskuteres hvorfor denne forskjellen i vektlegging av teoretisk og praktisk innretning av forholdsvis like fag i like land eksisterer. Henriksen et al. (2020) diskuterer hvilke krav til klinisk praksis de forskjellige sykepleierutdanningene i Europa står overfor. De refererer til at det ikke finnes dokumentasjon på hvor mange kliniske timer som trengs for å utdanne en dyktig sykepleier. De hevder også at det ikke er noen garanti for at studenter har tilegnet seg nødvendige ferdigheter bare fordi de har vært til stede i kliniske studier i et gitt antall timer. Dette er på linje med Hale (2003), som poengterer at sykepleierutdanningene i Australia og USA har færre timer i praksis enn i Storbritannia og Europa. Det er ikke omstridt at disse landene utdanner kompetente og dyktige sykepleiere. Mallaber og Turner (2006) sammenligner sykepleierutdanningen med fysioterapiutdanningen i Storbritannia, som har 1000 timer praksis, og spør betimelig: «Having completed less than half of the clinical hours that nurses are required to do, would anyone suggest that Physiotherapists are not competent upon qualifying?» (s. 113).

Cipher et al. (2021) viser til at det ikke er enighet om hvilken type, kvantitet og kvalitet av klinisk erfaring som er nødvendig for å utdanne kompetente sykepleiere. Mallaber og Turner (2006) hevder at det å ta oppmerksomheten bort fra antall praksistimer vil bidra til å endre dialogen mellom utdanningsinstitusjon og eksterne profesjonelle samarbeidspartnere.

Simulering som læringsarena har også vært utprøvd erstattet med praksisstudier, og Hayden et al. (2014) rapporterte at selv om simulering erstattet opp mot 50 prosent av praksisstudiene, ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller i kunnskap og kritisk tenkning hos studentene ved slutten av utdanningen eller seks måneder etter endt utdanning.

Forskningen det vises til her (Cipher et al., 2021; Hale, 2003; Hayden et al., 2014; Henriksen et al., 2020; Mallaber & Turner, 2006), tydeliggjør manglende enighet, argumenter og kunnskap om hvor stor andel praktiske studier en student trenger for å bli en kompetent sykepleier. Det er et tankekors at en utdanning som i seg selv skal baseres på forskning, i så liten grad er basert på forskning.

Gapet mellom teori og praksis

Mot slutten av 1960-årene ble gapet mellom teori og praksis første gang nevnt i sykepleielitteraturen (Risjord, 2010). Skillet mellom teori og praksis kan forstås som et skille mellom skole (universitet) og klinikk. Johannesen

et al. (2018, s. 29) beskriver teori som et sett antagelser om et fenomen. Teori kan dermed forstås som et sett antagelser om fenomener som kan være gjenkjennelige i praktiske situasjoner, som pasientfenomener, men også en idé, en situasjon, en ting eller alt det vi kan ha erfaringer med og tanker om (Johannesen et al., 2018, s. 29). Erfaringsmessig brukes også begrepet teori om teoretisk kunnskap, det boklige og det akademiske og ofte i motsetning til praksis. Praksis relateres til sykepleierens handlinger. H.S. Kim (2010) beskriver praksisdomenet i sin teoretiske kategorisering av sykepleie som hva sykepleieren gjør, og at praksis er knyttet til to prosesser: handling og refleksjon over handling.

Risjord (2011) hevder at bekymring for forholdet mellom teori og praksis ikke var et spørsmål kun om pedagogikk eller kun om å oversette vitenskapelige funn til nyttig klinisk praksis, men om begge deler. Risjord (2011) trekker frem Carper (1978), som gjennom sin klassifisering av sykepleiekunnskap som empirisk, estetisk, etisk og personlig kunnskap poengterte at det er et skille mellom teoretisk og praktisk kunnskap, der hun plasserte estetisk og personlig kunnskap som mønstre av praktisk kunnskap. Etisk og empirisk kunnskap så hun på som uavhengig kunnskap, som hun beskriver som sykepleievitenskap og sykepleieetikk. Larsen et al. (2002) hevder at erfaringen med gapet mellom teori og praksis er et produkt av historie og kultur og er sosialt konstruert. De poengterer at sykepleiere forholder seg til sine kollegaer og sin nære yrkeshverdag, og hevder at «nurses are, to some degree, 'blind' about knowledge from basic research» (Larsen et al., 2002, s. 207). Fossum et al. (2022) har gjennomført en litteraturstudie over hvor sykepleiere innhenter kunnskap som de benytter i sin kliniske praksis, fra. De finner at den foretrukne informasjonskilden er kollegaer. Videre finner de at sykepleiere i stor grad stoler på egen og andre fagpersoners kliniske erfaring. Forskningsbasert kunnskap ble sjelden eksplisitt omtalt som noe man søker aktivt. Jensen et al. (2023) har studert sykepleieledere i spesialisthelsetjenesten om implementering av kunnskap og forskning, og de finner at verken sykepleielederne selv, deres egne ledere eller sykepleierne hadde nødvendig kunnskap eller, i noen tilfeller, interesse for å drive med forskning. Disse studiene er tankevekkende, sett i lys av den forskningen på sykepleiepraksis og pasientfenomener som finner sted (Jensen, 2019; Jensen & Knutstad, 2019).

En annen interessant tanke er om denne forståelsen er arv etter Kari Martinsen, som med sin omsorgsfilosofi har hatt innflytelse på både norsk og dansk sykepleie. Der hennes grunnforståelse er at omsorg som

sykepleiens grunnlag først og fremst er en moralsk relasjonell praksis. Hun vektlegger at sykepleiens kunnskapsgrunnlag baseres på pasienters og sykepleieres levde erfaringer, der kunnskap forstås som sanselig, kontekstuell og konkret (Martinsen, 1993, 1996). I et slikt perspektiv har forskning og evidensbasert praksis muligens liten innflytelse. Så skal det sies at Kari Martinsen de senere årene har åpnet opp for at evidensbasert medisin har betydning (Kirkevold, 2013). I et intervju i tidsskriftet *Sykepleien* (Fonn, 2019) uttrykte hun en åpning for forskningsbasert kunnskap, men at slik kunnskap ikke er nok, og at erfaringskunnskap er vel så viktig (Fonn, 2019, s. 73). Hun hevder her et litt mer nyansert syn på hva sykepleiere må kunne, som anatomi og fysiologi, i tillegg til at de må ha mye teknisk kunnskap (Fonn, 2019, s. 75).

Gapet mellom teori og praksis omtales ofte som noe uønsket, og Greenway et al. (2019, s. 1) definerte teori-praksis-gapet på denne måten: «The gap between the theoretical knowledge and the practical application of nursing, most often expressed as a negative entity, with adverse consequences.»

Gallagher (2004) har studert «gapmetaforen» i litteraturen, og hvordan teori-praksis-gapet har influert sykepleierutdanningens forståelse av kunnskap. Begrepet «gap» har blant annet blitt beskrevet med metaforer som en bro, et skisma, en golf, en skilsmisse eller en dikotomi. I begrepet gap ligger det også forventninger om at gapet skal bli helet, lukket, forenet eller i det minste harmonisert. Gallagher konkluderer med at troen på «gapet» fremdeles er kraftfullt:

The «gap» evokes criticism from all sections of the nursing profession based on the assumption that theory and practice are separate experiences. Yet, there exists a paradox in the belief that demonstration, and exposition will provide evidence that theory and practice have been brought together by the student. (Gallagher, 2004, s. 267)

Det er interessant at det synes å være studentens oppgave å redusere gapet mellom teori og praksis (jf. Gallagher, 2004). Hvilke forutsetninger har studentene for å kunne se to ulike virksomheter – med ulike oppgaver, som å behandle syke mennesker og å utdanne studenter – bli ett? For at studentene skal kunne forstå det kompliserte samspillet mellom sykepleiens ulike kunnskapsbaser, synes det nødvendig for studentene å ha solid teoretisk kompetanse. Kan det være at studentene tilegner seg for lite teoretisk ballast til å føle seg trygge i praktiske situasjoner? Er det slik at vi

blir bedre praktikere ved å være teoretisk bedre rustet? Hva bidrar i så fall teoretiske kunnskap med, som kan styrke og komplettere klinisk praksis, og hvilken teoretisk kunnskap trenger sykepleierstudenter eksplisitt for å bli kompetente sykepleiere?

Sykepleierstudenters forberedelse til yrket

Sykepleierutdanningen er delt mellom ulike læringsarenaer og gjennomføres i ulike virksomheter, utdanningsinstitusjoner og helseinstitusjoner som har ulike oppgaver og mål. Halvparten av studietiden foregår i praksis. Likevel opplever studentene at de ikke er forberedt som nyutdannede sykepleiere. Hva er det vi gjør feil? Kan denne opplevelsen av manglende forberedelse forstås som utfordringer knyttet til ansvar, rolle, ferdigheter og kunnskap? Det vil si at forventningene til nyutdannede sykepleiere, i liten grad blir vektlagt både i utdanningsinstitusjonene og i praksisstudier. Studentene er således uforberedt på de kravene og det ansvaret som venter dem i praksissituasjoner. Kan det være slik at utdanningsinstitusjonene i liten grad forbereder studenter på den virkeligheten som møter dem, som mangel på kvalifisert personell og dermed mangel på rollemodeller (Jentoft et al., 2021)?

J.-S. Kim (2020, s. 1) hevder at sykepleierstudenter etablerer sin faglige rolle gjennom klinisk praksis. En «mixed method»-studie fra 2014 viser imidlertid at sykepleierstudenter opplever at de best lærer sykepleie i relasjoner med pasienter og dernest med sykepleiere i avdelingen (Vågan et al., 2014). Dette støttes delvis av Liljedahl et al. (2015), som har sammenlignet hva sykepleierstudenter og medisinerstudenter lærer i praksis, og som fant at det som peker seg spesielt ut, blant annet er at sykepleierstudenter hadde pasienten i søkelyset for sin læring, mens medisinerstudentene rettet oppmerksomheten mot legen. Medisinerstudentene så pasientene som caser som skal observeres, men ikke som involvert i deres læringsprosess. Sykepleierstudentene, derimot, opplevde at det var noe å lære av hver pasient de møtte, og de ønsket å møte så mange pasienter som mulig. Det å bygge relasjoner til pasientene ble ansett som verdifullt for læring. Det er interessant å spørre seg: Når vil studenter oppleve å være forberedt for praksis, når det å lære er basert på å møte flest mulige pasienter?

Ser vi i stedet til Hatlevik (2012), som har studert sykepleierstudenters oppfatninger av sammenhengen mellom teori og praksis, viser hennes studie at studentenes forståelse av sammenhengen var direkte påvirket av deres refleksjonsferdigheter og teoretiske kunnskap.

Ifølge en studie av Terum et al. (2009) opplever sykepleiere et gap mellom det de lærer i løpet av utdanningen, og de kravene som blir stilt til dem som sykepleiere, spesielt på området praktisk kompetanse. Studien til Terum og kollegaer har sammenlignet opplevd praktisk kompetanse hos sykepleierstudenter og medisinerstudenter mot slutten av studiet og tre år etter endt utdanning. Overraskende funn var at sykepleiere opplevde et større gap enn legene, sett i lys av at sykepleierstudenter forholdsvis har mer praksis enn leger i sin utdanning. En av tolkningene til Terum et al. (2009) av forskjellen var at «praktisk kompetanse også handler om å være trygg på egen teoretisk kompetanse», og at det kunne argumenteres for at sykepleierutdanningen inneholder for lite teoretisk kunnskap.

Gapet har også fått skylden for å vanskeliggjøre studentenes læringsprosesser og for forståelsen av sammenheng mellom de ulike læringsarenaene og lærings situasjonene. Monaghans (2015) litteraturstudie avdekket at nyutdannede sykepleiere føler seg lite forberedt for praksis, at de opplever manglende tillit til egne evner, og at det var for lite avsatt tid til å styrke deres kliniske ferdigheter. Kan det tenkes at det å oppleve seg lite forberedt til praksis og å oppleve manglende tillit til egne evner handler om at den nyutdannedes teoretiske ballast er for mangelfull?

Ved vektlegging av forskning, teoretisk kunnskap og refleksjonsferdigheter i utdanningen vil sykepleiere i større grad stå rustet til å ivareta pasientene og deres situasjon på et tydeligere og bredere kunnskapsgrunnlag, eller som Kirkevold (2019, s. 60) presiserer: «Det er min påstand at uten en tydelig sykepleiestemme som klart og begripelig kan argumentere for når og hvorfor pasienter trenger profesjonell sykepleie, så kan man heller ikke kjempe overbevisende for at pasienten skal få den nødvendige sykepleien.»

Avslutning

Jeg har i dette kapitlet søkt å omvurdere sentrale spørsmål omkring teoretisk og praktisk kunnskap med søkelys på sykepleierutdanning. Jeg har trukket inn historiske forandringer samt hvordan utdanningens innhold vektlegges i Norge og sammenlignende land.

Jeg har reflektert over om «gapet» eller de manglende forberedelsene nyutdannede sykepleiere opplever, kan være et «rop» om økt kunnskap – kunnskap som bidrar til økt kompetanse for å være rustet til å møte samfunnsutviklingen, økt kulturelt mangfold, økt teknologisering, økt kunnskapsnivå i befolkningen, kortere liggetid, oppgaveglidning, aldrende

befolkning og økt antall pasienter. For å imøtekomme denne utviklingen trenger sykepleiere et solid kunnskapsnivå som i tillegg til kliniske ferdigheter må imøtegå evnen til prinsipielle resonnementer, avveining av motstridende hensyn og evnen til å kunne kommunisere med alle typer pasienter og pårørende. Men de trenger også solid kunnskap om sykdomsprosesser, anatomi, fysiologi, bakteriologi, komorbiditet, legemiddelhåndtering og hygiene, for å nevne noe. Det å være godt forberedt til praksis dreier seg mer om forståelse og faglig trygghet enn om telte timer.

Vi vet fortsatt for lite om hva og hvordan sykepleierstudenter lærer, og det trengs mer forskning på området. En aktuell studie kunne være å sammenligne den australske utdanningsmodellen med 800 timer praksisstudier med den europeiske modellen med 2300 timer praksisstudier, med søkelys på hvor forberedt studentene er til yrket. Eller man kunne sammenligne våre naboland med den norske modellen: Hva er forskjeller og likheter, og hvordan vurderer sykepleierstudentene i de ulike landene sin forberedthet? Hvordan ser avtagerne (arbeidsgiverne) og mottagerne av sykepleieres utøvelse på kunnskapene, ferdighetene og kompetansen deres? Vi mangler fortsatt systematisk kunnskap om hvordan studenter kobler læring fra de ulike arenaene og setter den sammen til utøvelse av kunnskapsbasert sykepleie.

Hvorfor praksis har forrang, er ikke vanskelig å forstå: Det er jo i praksis det skjer! Men om studentene lærer best ved å tilbringe halve utdanningen der, og om det gjør dem best mulig forberedt til å bli sykepleiere, er fremdeles et uavklart spørsmål. Dette kapitlet har i så måte bidratt med noen motargumenter.

Referanser

- Aiken, L.H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T. & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory: Utilization and application* (5. utg.). Elsevier.
- Booth, Y. (1996). Writing an academic essay: A practical guide for nurses. *British Journal of Nursing*, 5(16), 995–999.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–23.
- Cipher, D. J., LeFlore, J. L., Urban, R. W. & Mancini, M. E. (2021). Variability of clinical hours in prelicensure nursing programs: Time for a reevaluation? *Teaching and Learning in Nursing*, 16(1), 43–47. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2020.05.005>

- Corner, D. J. & Glasper, A. (2015). Does UK nursing research have an impact on care delivery? *British Journal of Nursing*, 24(5), 294–295. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.5.294>
- Cousins, M., Lane-Krebs, K., Matthews, J. & Johnston-Devin, C. (2022). Student nurses' pain knowledge and attitudes towards pain management over the last 20 years: A systematic review. *Nurse Education Today*, 108, Artikkel 105169. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105169>
- Europaparlamentet & Rådet for Den europeiske union. (2005). Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EC av 7. september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/ud/rapporter_planer/rapporter/vedlegg_utrykte/europaparlaments_radsdirektiv_200536/id494917/
- Fonn, M. (2019). Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien*, 105(1). <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>
- Fossum, M., Opsal, A. & Ehrenberg, A. (2022). Nurses' sources of information to inform clinical practice: An integrative review to guide evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(5), 372–379. <https://doi.org/10.1111/wvn.12569>
- Gallagher, P. (2004). How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nursing education. *Nurse Education Today*, 24(4), 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.01.006>
- Gilje, N. (2017). Profesjonskunnskapens elementære former. I S. Mausethagen og J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 21–33). Universitetsforlaget.
- Gillett, K. (2012). A critical discourse analysis of British national newspaper representations of academic level of nurse education: Too clever for our own good? *Nursing Inquiry*, 19(4), 297–307. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00564.x>
- Greenway, K., Butt, G. & Walthall, H. (2019). What is a theory-practice gap? An exploration of the concept. *Nurse Education in Practice*, 34, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.10.005>
- Hale, C. (2003). Interprofessional education: The way to a successful workforce? *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10(3), 122–127.
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S. & Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN national simulation study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2), 3–40. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30062-4](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30062-4)
- Hatlevik, I. K. R. (2012). The theory-practice relationship: Reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 868–877. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05789.x>
- Heffer, S. (2009, 14. november). Will patients really get better by degrees? *Daily Telegraph*.
- Henriksen, J., Löfmark, A., Wallinvirta, E., Gunnarsdóttir, Þ. J. & Slettebø, Å. (2020). European Union directives and clinical practice in nursing education in the Nordic countries. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 3–5. <https://doi.org/10.1177/2057158519857045>
- Jensen, K. T., Hougaard, P. F. & Knutstad, U. (2023). Nursing leaders' perspectives on research in specialist health services: A descriptive study. *Nursing Open*, 10(4), 2403–2413. <https://doi.org/10.1002/nop2.1495>
- Jensen, K. T. (2019). PhD thesis in nursing science: Relevance or academisation? *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(2), 95–104. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-03>
- Jensen, K. T. & Knutstad, U. (2019, 20. februar). Slik har sykepleieforskningen utviklet seg. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.75607>
- Jentoft, N., Gundersen, E. D. & Hellang, Ø. (2021). *Hvordan rekruttere nyutdannede sykepleiere? – praksis i studiet viser vei* (FOU-rapport 14 – 2021). NORCE Samfunn. <https://www.ks.no/globalassets/regioner/ks-agder/Rapport-Hvordan-rekruttere-nyutdannede-sykepleiere-NORCE-UiA-KS-Agder.pdf>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

- Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3. utg.). Springer.
- Kim, J. S. (2020). Relationships between reality shock, professional self-concept, and nursing students' perceived trust from nursing educators: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 88, Artikkel 104369. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104369>
- Kirkevold, M. (2013). Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget? I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier: En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (s. 265–275). Cappelen Damm Akademisk.
- Kirkevold, M. (2019, 16.februar). Trenger vi sykepleieteori? *Sykepleien*, 107(1), 58–61. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/02/trenger-vi-sykepleieteori>
- Mekki, T. E. (Red.). (1999). *Tiltak for å styrke sykepleierutdanningen: Rapport fra et utvalg* (Rapport). Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Knutstad, U. (2015). *Sykepleierstudenters konstruksjoner av sykepleie. En analyse av kunnskapsgrunnlaget i norsk sykepleierutdanning* [Doktorgradsavhandling]. Aarhus Universitet.
- KUD. (1989). Praksisstudier i sykepleierutdanningen. Innstilling fra utvalg oppnevnt av Kultur- og vitenskapsdepartementet i 1987 (Sundin-utvalget). Kultur- og vitenskapsdepartementet.
- Lahtinen, P., Leino-Kilpi, H. & Salminen, L. (2014). Nursing education in the European higher education area: Variations in implementation. *Nurse Education Today*, 34(6), 1040–1047. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.011>
- Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L. & Madsen, J. K. (2002). There is no gap «per se» between the theory and practice: Research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. *Nursing Outlook*, 50(5), 204–212.
- Larsen, J. L. (2006). Hode – hjerte – helse – hånd: Sykepleierutdanning i Bergen 1908–2006. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2481441>
- Lerheim, K. (2000). *Et perspektiv på sykepleieforskning i Norge i fortid og nåtid*. Forlaget Sykepleien. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2016020508150?page=5
- Liljedahl, M., Boman, L. E., Fält, C. P. & Laksov, K. B. (2015). What students really learn: Contrasting medical and nursing students' experiences of the clinical learning environment. *Advances in Health Sciences Education*. 20, 765–779. <https://doi.org/10.1007/s10459-014-9564-y>
- Mallaber, C. & Turner, P. (2006). Competency versus hours: An examination of a current dilemma in nurse education. *Nurse Education Today*, 26(2), 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.08.002>
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Tano.
- Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger*. Tano.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp: Norsk Sykepleierforbunds historie*. Cappelen.
- Monaghan, T. (2015). A critical analysis of the literature and theoretical perspective on theory-practice gap amongst newly qualified nurses within the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 35(8), e1–e7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.006>
- NOU 2008: 3. (2008). *Sett under ett: Ny struktur i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2008-3/id497182/>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Oliver, D. (2017). David Oliver: Why shouldn't nurses be graduates? *British Medical Journal*, 356. <https://doi.org/10.1136/bmj.j863>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Risjord, M. (2010). *Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy*. Wiley-Blackwell.
- Risjord, M. (2011). Nursing science. I F. Gifford, D. Gabbay, P. Thagard & J. Woods (Red.), *Handbook of the philosophy of science: Philosophy of medicine* (Bd. 16, s. 489–522). Elsevier.

- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties*, 1(4), 465–484. <https://doi.org/10.1017/S1745855206004078>
- Råholm, M.-B., Hedegaard, B. L., Löfmark, A. & Slettebø, Å. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from bachelor's degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126–2137. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05331.x>
- Terum, L. L., Smeby, J.-C. & Vågan, A. (2009). Kronisk misnøye. *Sykepleien*, 93(15), 28–29. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kronisk-misnoye>
- Universitets- og høyskoleloven. (2005). *Lov om universiteter og høyskoler* (LOV-2005-04-01-15). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>
- Utdanning.no. (2023, 7.august). Helsefagarbeider. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider>
- Vågan, A., Erichsen, T. & Larsen, K. (2014). En mixed methods studie: Sykepleierstudenters syn på kunnskap og læring. *Sykepleien Forskning*, 9(2), 170–181. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0087>
- Watson, R. & Thompson, D. R. (2000). Recent development in UK nurse education: Horses for courses or courses for horses? *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1041–1043.

KAPITTEL 4

Kompleksitet og gentagelse i klinisk arbejde

Helle Mathar Institut for Sygepleje- og Ernæringsuddannelser, Københavns Professionshøjskole, Danmark

Niels Sandholm Larsen Institut for Sygepleje- og Ernæringsuddannelser, Københavns Professionshøjskole, Danmark

Abstract: The adjective “complex” is used frequently to describe health and health-care services. We talk about complex interventions being delivered in complex organizations to patients suffering from complex diseases. Thus, the executive order for Danish Nursing Education concludes that healthcare has become more complex and hospitalized patients are sicker. To cope effectively and adequately with the challenges of modern healthcare, prepared and qualified nurses are needed. The question is: What characterizes situations that are described as complex by students during clinical training? In this chapter, we examine how nursing students describe complexity in clinical work. The empirical starting point is interviews with Danish nursing students conducted in the spring of 2020. We conclude that, from an educational point of view, more focus on repetition and learning-by-doing during basic training may help graduates to become more competent and experienced in handling the complexity of clinical work.

Keywords: complexity in clinical training, nurse education

Indledning

Inden for sundhedsfag tales der om kompleks sygdom, komplekse interventioner og komplekse situationer og organisationer. Der er fokus på at uddanne sygeplejersker til at løse komplekse problemstillinger og til at virke i komplekse organisationer. I bekendtgørelse til den danske sygeplejerskeuddannelse fremgår det bl.a., at *den uddannede selvstændigt skal kunne håndtere komplekse situationer i sygepleje* (Udannelses- og Forskningsministeriet, 2016). Spørgsmålet er hvad der karakteriserer situationer, der beskrives som komplekse af de studerende under klinisk uddannelse. I dette kapitel vil vi undersøge hvordan kompleksitet i klinisk arbejde beskrives af sygeplejestuderende og hvilke læringsmæssige udfordringer dette rejser. Undersøgelsens empiriske afsæt er interviews med studerende på Sygeplejerskeuddannelsen København i foråret 2020, og vi argumenterer for en øget vægtning af gentagelse som pædagogisk princip i tilrettelæggelse af sygeplejerskeuddannelsen, så de studerende selvstændigt kan håndtere elementer af komplekse situationer i sygepleje.

Baggrund

I en sundhedsfaglig kontekst er kompleksitet et adjektiv, der henviser til en sygdomstilstand, en arbejdsproces eller et patientforløb, der betragtes som sammensat eller indviklet. Forklaringer på, at tilstande, forløb og situationer er karakteriseret ved kompleksitet, eller ved stigende kompleksitet, relateres typisk til øget produktivitet, kortere indlæggelsestider og øget sundhedsfaglig specialisering (Sundhedskartellet, 2014; Vinge, 2018). Hertil kommer, at flere patienter kommer igennem behandlingsforløb, og at den ydede sygepleje i sygehusvæsenet skal udføres på kortere tid. Patienterne har ofte flere konkurrerende lidelser, der skal tages højde for i den aktuelle pleje. Derfor har der i en årrække været fokus på, at sygeplejerskeuddannelse nødvendigvis må ruste kommende sygeplejersker til at håndtere kompleksitet. Det drejer sig om håndtering af patienter, der har sammensatte helbredsproblemer, og om at kommunikere på tværs af organisationer og samarbejde med flere faggrupper om behandling og pleje. De samfundsmæssige forventninger til nyuddannede sygeplejerskers evner til at håndtere kompleksitet, afspejles i den danske bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelse (Udannelses- og Forskningsministeriet, 2016).

Dannelsesidealet er generalister, der kan fungere selvstændig, og kan løse komplekse problemstillinger i et højt specialiseret sundhedsvæsen (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016). Generalister, der kan indtage forskellige roller, generalister, der tænker kritisk, kan forholde sig analytisk, reflektivt til egne og andres kompetencer og navigere i kompleksitet (Sundhedskartellet, 2014). I uddannelsestænkningen er ambitionen at ”bygge bro mellem de to læringsrum”, skole og klinik, men overordnet viser uddannelsesforskning, at brobygningen sker på uddannelsesinstitutionens præmisser, at didaktiske greb og rationaler fra teoretiske uddannelseselementer fortrænger vejledning, sidemandsoplæring og ”learning by doing”, der traditionelt hører til pædagogiske greb i klinisk uddannelse. Konsekvensen er, at der stilles skarpt på målrettet progression i læring, betoning af abstrakt viden og refleksivitet (Holen & Lehn-Christiansen, 2017).

I Blooms taksonomi udpeges tre overordnede domæner for læring, det kognitive, det affektive og det psykomotoriske domæne (Bloom, 1956). Det affektive domæne relateres til holdninger og følelser, det kognitive til viden og forståelse, kritisk, abstrakt tænkning og det psykomotoriske domæne dækker omgang og manipulation af genstande, dvs. konkret fysisk omgang og samhandlen mellem den lærende og omverden. Domænerne er hierarkiseret, således at kognitive og affektive domæner rangerer over det psykomotoriske. I et historisk perspektiv ligger uddannelsens svar i forlængelse af denne hierarkisering, idet der prioriteres uddannelsestilrettelæggelse og læringsmål, der understøtter læring inden for de affektive og kognitive domæner (Bjørk, 2006). Omvendt ses en udgrænsning af strategier der understøtter tilegnelse af kropslig viden og knowhow (Christiansen et al., 2019; Petersen, 2004; Region Hovedstaden & Aalborg Universitet, 2020; Sundhedskartellet, 2014).

Metode

Undersøgelsesspørgsmålet er, **hvordan kompleksitet beskrives i klinisk arbejde af sygeplejestuderende og hvilke læringsmæssige udfordringer rejser dette?** Første del af spørgsmålet bliver belyst via interviews med 6 studerende, fem kvinder og én mand, der har gennemført 6. semester. 6. semester på sygeplejerskeuddannelsen i Danmark er det længste kliniksemester på 20 uger og semestrets tema *Selvstændig sygeplejepraksis*, er rettet mod selvstændig varetagelse af klinisk beslutningstagning og klinisk

lederskab i sygepleje i samspil med patient/borger og pårørende i stabile, akutte og/eller komplekse pleje- og behandlingsforløb.

De studerende har været i praktik både på hospital og hjemme-sygepleje. De studerende blev pga. corona og nedlukning i Danmark interviewet via Zoom/online. Interviewene blev optaget og gennemført i overensstemmelse med principperne om frivillighed og person- og institutionsanonymitet. Interviewene blev gennemført af forfatterne. Alle studerende der indgår, er anonymiseret, således at de ikke kan identificeres. Data er opbevaret og håndteret ifølge gældende etiske og retslige anvisninger.

Interviewene tog afsæt i et indledende spørgsmål, som lød: *Tænk på en konkret situation fra din sidste praktik, som du oplevede som kompleks. Beskriv situationen. Hvad bestod det komplekse i?*

Indholdsanalyse

Interviewene blev optaget og transskriberet ordret. Transskriptionerne blev analyseret ved hjælp af indholdsanalyse. Analysen blev udført i tre trin:

- Transskriptioner læses og genlæses for at opnå en samlet fornemmelse af indholdet og identificere tekstpassager (meningsenheder), der vurderes som centrale.
- Tekstpassagerne grupperes og sammenfattes (kondenseres) i kategorier.
- Ud fra de sammenfattede kategorier udpeges der temaer, der opsummerer essensen af hver kategori. Hvert tema navngives ved hjælp af et indholds-karakteristisk ord (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004; Hsieh & Shannon, 2005).

I sidste del af dette kapitel vil vi argumentere for verdens ældste pædagogiske princip om gentagelse som svar på anden del af undersøgelsesspørgsmålet: *Hvilke læringsmæssige udfordringer rejser de sygeplejestuderendes beskrivelser af kompleksitet?*

Resultater

De studerendes beskrivelser af komplekse situationer i klinisk uddannelse kan kondenseres til flere tematikker. Vi vil i dette kapitel præsentere to tematikker, som præsenterede sig i det empiriske materiale: *komplekse*

patienter og komplekse sammenhænge. Matrix i figur 1 illustrerer den analytiske proces, der er beskrevet i metodeafsnittet.

Table 1 Hvordan beskrives kompleksitet i klinisk arbejde af sygeplejestuderende:

Meningsenheder	Sammenfatning i kategorier	Tematikker
<p>"Der var mange ting med hende. Hun var kraftigt overvægtig, havde diabetes, KOL og var sengeliggende....."</p> <p>Han havde en svær psykiatrisk diagnose, og noget med hjertet. Han smed om sig med sin bakke..."</p>	<p>Konkurrerende/ modsatrettede behov og problemer</p>	<p>Komplekse patienter</p>
<p>"Man skal ringe til mange; bliver sendt videre til mange. Hvem har ansvar for hvad?"</p> <p>"Det gør det meget svært eller komplekst hvor skal jeg ringe hen, hvad betyder forkortelserne? Hvis jeg havde haft de rigtige numre, de rigtige ord"</p>	<p>Hvem gør hvad, høj grad af arbejdsdeling, specialisering</p> <p>Vanskelige arbejdsforhold</p>	<p>Komplekse sammenhænge</p>

Komplekse patienter

Temaet komplekse patienter bliver beskrevet af alle sygeplejestuderende. Fx fortæller en studerende da hun bliver bedt om at fortælle om en kompleks situation (i sygeplejeforløbet på 6. semester): ” Ja det husker jeg meget tydeligt. Jeg var i praktik i hjemmesygeplejen. Jeg stod ude ved en borger, der havde fået fjernet en absces og skulle have skiftet forbindelse. Der var mange ting med hende. Hun var kraftigt overvægtig, havde diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og var sengeliggende. Hun manglede en fod og havde en stor absces på ballen, hvor man kunne få en hel hånd ind. Jeg kom der pga. abscessen, der skulle renses, og der skulle skiftes forbindelse. Sårskift og forbindelse var en kompliceret affære, hvor jeg var oplært af en sårspecialist. Det var kompliceret, fordi borgeren ikke havde den rigtige madras eller de rigtige bleer. Hun ville ikke bruge lagen, hovedpude, dynebetræk. Hun ville bare ligge på en for lille plastikmadras. Der var afføring på madrassen. Borgeren burde ligge på en vekselryksmadras. Desuden var forbindingen kompliceret med vakuum, og det var endnu mere kompliceret pga. borgerens overvægt, diabetes, senkomplikationer og sengesituation. Vakuummet...”

Komplekse patienter i sygepleje kan hænge sammen med patienters helbredstilstand. Dette kan og bliver beskrevet med inspiration af Virginia Hendersons teori om grundlæggende behov, se boks 1. Komplexiteten i patientens helbredstilstand forøges med antallet af påvirkede behovsområder (Henderson, 2017).

Styrken af påvirkninger på behovsområderne har ligeledes indflydelse på kompleksiteten i patientens helbredstilstand. Hvis flere behovsområder er stærkt påvirkede, øges kompleksiteten (Odense Universitets hospital, 2021). Og det er formentlig det som flere studerende beretter om. Patienterne har mange behovsområder, der er stærkt påvirkede.

Alle studerende bliver bedt om at fortælle om en kompleks situation i sygeplejeforløbet på 6. semester. En anden studerende fortæller efter lidt tænkepause om en psykiatrisk patient, der bliver indlagt på hjerteafdelingen: *”Han var fejlplaceret ellerøh dobbeltindlagt. Han havde en svær psykiatrisk diagnose, jeg kendte ham godt fra min praktik i psykiatrien. Men nu var han indlagt her, fordi han fik noget med hjertet. Han smed om sig med sin bakke og følte sig ikke forstået. Han var ret utilfreds med hele situationen”. Hvad skete der så bagefter? ”Så fik vi afklaret det kardiologiske med ham og sendt ham videre. De somatiske sygeplejersker var klart udfordret. Det var ikke hans hjertesygdom, der var kompleks. Det var den pædagogiske omgang med ham, der var kompleks”.*

Komplexiteten forøges endvidere, når antallet af iværksatte behandlinger, der interagerer med hinanden, øges. Jo mere ustabil patientens helbredstilstand er og jo mindre patienten **kan og vil** indgå i relationer og kommunikere, desto højere grad af kompleksitet karakteriserer patientens helbredstilstand.

BOKS 1

1. At trække vejret
2. At spise og drikke (ernæring)
3. At udskille kroppens affaldsstoffer
4. At gå, sidde og ligge, at bevæge sig fra en stilling til en anden (mobilisering, indtagelse af stillinger)
5. At sove og hvile
6. At vælge tøj, at klæde sig på og af
7. At regulere legemstemperaturen
8. At holde kroppen ren og soigneret, at beskytte hud og slimhinder (personlig hygiejne)
9. At undgå farer i omgivelserne, at undgå at skade andre (sikkerhed og tryghed)
10. At kommunikere med andre ved at udtrykke følelser, behov, bekymringer, eller meninger (meningsfuld kontakt)
11. At praktisere egen tro og egne værdier (livsværdier)
12. At arbejde eller være engageret i produktiv beskæftigelse (produktivitet)
13. At foretage rekreative aktiviteter (velvære og adspredelse)
14. At lære, at opdage, at udvikle sig

Kilde: (Henderson, 2017)

En patients tilstand kan beskrives som stabil, problematisk eller akut livstruet (Kirkevold, 1996). De to sidste tilstande karakteriseres som komplekse. Den stabile tilstand er karakteriseret ved, at patientens liv ikke er truet. Øvrige kendetegn er, at der er tid til at inddrage patientens perspektiv i planlægning og udførelse af sygeplejehandlinger med henblik på at fremme sundhed og det gode liv. Problemer og mål er kendte, der er få påvirkede behovsområder, og der er god evne og vilje til kommunikation (Odense Universitets hospital, 2021).

En problematisk patientsituation er karakteriseret ved, at der er mange påvirkede behovsområder, problemerne er uklare, udefinerede og symptomerne er usædvanlige i forhold til patientens tidligere tilstand. Situationen er afgrænset og slutter, når problemet er klarlagt og løsningen er fundet. Det vil sige at situationen stabiliseres. Patientens inddragelse i afklaring af problemerne samt løsning af disse kan variere. Alternativt kan tilstanden udvikle sig til en akut tilstand.

En akut livstruet tilstand stiller krav om øjeblikkelig handling – der er handletvang. Tilstanden har udviklet sig brat, uventet og er ustabil. Der er påvirkning af flere livsvigtige behovsområder. Problemer og mål er uklare, og antallet af iværksatte behandlinger er stort. Formålet er umiddelbart at forebygge varige mén og dødsfald. Forandringen i tilstanden er afgrænset tidsmæssigt og kan udvikle sig til dødsfald, men også nedgraderes til en problematisk eller stabil tilstand (Odense Universitets hospital, 2021; Vinge, 2018). De studerendes patientsituationer, kan i forhold til ovenstående, beskrives som problematiske og begge er karakteriseret ved handletvang. Men nogle studerende er alene i praksis og er derfor uden umiddelbar supervision.

Komplekse sammenhænge

I dag er sundhedsvæsenet langt mere komplekst end tidligere. Forudsigeligheden bliver mindre og mindre. Komplekse sammenhænge kan opstå som følge af måden sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis. En studerende fortæller om komplekse sammenhænge: *”Når man er helt ny og grøn, så er det nervepirrende at ringe til en instans, man ikke kender. Man ved ikke, hvem der har ansvaret for leverancer. Vi har hver vores rolle, men oplever også manglende ansvar. Man skal ringe til mange, bliver sendt videre til mange, indtil der er én, der bider på. Hvem der har ansvar for hvad, er også komplekst. Vi kom som sygeplejersker, fordi der var*

en absces der skulle renses. Alt det øvrige plejemæssige, var social og sundhedsassistenternes¹ regi. Så hvorfor endte jeg med at bestille bleer mv.? Fordi jeg ser et problem, som jeg gerne vil løse. Men det komplekse er også fedt, der opstår behov for min viden”.

Dybest set beretter den studerende om noget meget banalt. Det er jo en hel banal problematik, at der mangler bleer, måske rigtige bleer, der skal bestilles. Men når bleer ikke bare kan købes i det lokale supermarked, men skal indkøbes gennem en organisation, så bliver det banale pludselig komplekst. Der opstår banale problematikker i komplekse sammenhænge. Hvad er det, der gør det komplekst for den studerende? Det er, at vedkommende skal forstå den kommunale sundhedsplejes organisering.

Den studerende fortæller, at det er fedt at kunne noget. Den læring, der ligger i at blive professionel/ at indgå i professionelle sammenhænge kræver tid. At give en patient ble på, at sætte vakuumdrænage på sår etc. er ikke kun procedurer den studerende skal prøve én gang. Sikker og skånsom udførelse af procedurerne kræver håndelag. Håndelag forudsætter, at man har udført og afprøvet procedurerne gentagende gange, på forskellige patienter og i forskellige kontekster. Kliniske færdigheder involverer både det kognitive, affektive og psykomotoriske domæne, samt et specifikt kendskab til patienten og dennes situation (Larsen et al., 2015). Det er ikke kun en kognitiv tilegnelse, der finder sted. Sikkerheden i at udføre kliniske færdigheder er først og fremmest vigtig af hensyn til patienternes sikkerhed og velvære, og kræver gentagne øvelser i det kliniske felt og i forskellige situationer (Benner, 2013).

En anden studerende fortæller ligeledes om komplekse sammenhænge: *”Her for nogle uger siden skulle jeg have udskrevet en patient. Og jeg skulle sikre mig, at hjælpemiddeldepotet havde udleveret de rigtige ting. Jeg ringede rundt til fire forskellige numre og blev viderestillet tre gange. Det gør det meget svært eller komplekst. Hvor skal jeg ringe hen, og hvad betyder forkortelserne? Hvis jeg havde haft de rigtige numre, de rigtige ord. Hvis jeg ikke har helt styr på, hvordan jeg skal gribe tingene an, så er det svært at udskrive folk. Genoptræningsplan, udskrivelsesresume, plan til kommunen osv.”*

Komplekse sammenhænge i sygeplejerskers arbejde handler om koordination, samarbejde, overgange, kommunikation, overblik og ansvarsfordeling og alle de mange samarbejdspartnere. Komplekse sammenhænge kan vedrøre den kompleksitet, der opstår som følge af måden, som sundheds- og

1 På norsk: helsefagarbeider

socialvæsenet fungerer på i praksis, og adskiller sig fra temaet komplekse patienter, fordi denne form for kompleksitet ikke udspringer af forhold relateret til patienternes behov eller helbredssituation. Vinge skriver om organisatorisk kompleksitet, at det er den form for kompleksitet, som fylder mest for sygeplejerskerne. Det handler særligt om, at der er mange aktører involveret i patient/borger-forløb, at der er uklar dokumentation, uklar kommunikation og uklarhed over ansvar og arbejds gange (Vinge, 2018).

Men for den studerende, der er ved at lære sygepleje, består udfordringerne af mere end organisatoriske benspænd. I processen med at lære sygepleje fylder også motoriske udfordringer, kliniske færdigheder og teknisk viden om dræn, sug og pumper. Den studerende beskriver, at det kræver fingersnilde og øvelse at placere en forbindelse, så sug, seng og bleer passer sammen. Derudover står vedkommende alene hos patienten og er tvunget til at handle, så godt hun kan, hvilket kræver stor fingerfærdighed og nøjagtighed (Bjørk, 2006). En helt central udfordring i forlængelse heraf er hvorledes de studerende bliver understøttet i at tilegne sig fingerfærdighed og nøjagtighed.

Hvilke læringsmæssige udfordringer rejser de studerendes beskrivelser af kompleksitet?

De studerendes udsagn kan koges ned til følgende: Kompleksitet betegner det at handle, kommunikere og træffe beslutninger i situationer og sammenhænge med interagerende og konkurrerende komponenter. Det er betegnende for beskrivelserne, at det ikke er løsningen af problemet i sig selv, der udgør den største læringsmæssige udfordring. Det er de kontekster, der omkranser og influerer på problemløsningen, der beskrives som dominerende kilder til læringsmæssige udfordringer. De læringsmæssige udfordringer knyttes til den organisatoriske kontekst: en patient som både har en psykiatrisk og en somatisk problemstilling, men som er indlagt på en hospitalsafdeling, der er beregnet til at håndtere hjerteproblematikker. En patient med et hjælpebehov i egen bolig; her udfordrer problemløsningen arbejdsmiljø, grænseflader mellem bolig og arbejdsplads, og organisatoriske snitflader mellem hospital og kommune.

At lære betyder at sammenkoble noget med det, der allerede er. Sammenkoblingsprocesser har assimilative og akkomodative træk.

Assimilative sammenkoblingsprocesser er kendetegnet ved at indoptage noget nyt i eksisterende strukturer. Der er tale om mentale processer hvor nye påvirkninger indarbejdes i etableret viden, forståelsesmåder, bevægelsesmønstre eller handlepotentialer. I assimilative processer udvides, underbygges eller bekræftes eksisterende viden om verden. Akkomodative processer er omvendt kendetegnet ved, at eksisterende viden og indsigt udfordres i mødet med det nye. Akkomodativ læring forudsætter revision af det, man ved om verden og sig selv. Akkomodativ læring er typisk kendetegnet ved brud med kendte indsigter og handlemønstre. Akkomodativ læring er derfor energikrævende og fordrer eftertanke og rekonstruktion af viden om verden (Illeris, 2015). Både assimilativ og akkomodativ læring er tidskrævende og hviler på gentagne møder mellem kendt og ukendt, mellem gamle og nye indsigter. Møder med både kendte og ukendte problematikker og situationer er nødvendige for sammenkoblingsprocesser og dermed for bearbejdning, refleksion og rekonstruktion af viden.

Gentagelse – et underkendt greb, der understøtter klinisk læring i komplekse kontekster

I dette afsnit vil vi argumentere for genindførelse af verdens ældste pædagogiske princip: gentagelse, i sygeplejerskeuddannelsen. At gentage betyder ifølge den danske ordbog at udføre igen, at gøre efter, eftergøre, at repetere. I det følgende vil vi beskrive, hvordan gentagelse kan og ikke kan understøtte læring, også i komplekse situationer. Beskrivelser af gentagelse, som didaktisk greb og social praksis går langt tilbage i historien. Aristoteles tilskrives bl.a. ordsproget *Øvelse gør mester* og hos Rousseau beskrives gentagelse som *en basal pædagogisk handleform* (Grue-Sørensen, 1974; Komischke-Konnerup, 2018; Von Oettingen & Plauborg, 2020). Hos Sennett (1999) indgår gentagelsen i en teori om social praksis, der er kropsligt forankret, handlende og reflekterende omgang med verden, dens mennesker og håndværket og den færdighedsudvikling, der giver håndværket dets kvalitet. I dette perspektiv er gentagelse og øvelse central i kontinuitet, reproduktion, som vedligeholdelse og etablering af strukturer og rammer for social handling. Som social praksis ses gentagelse som mere end blot traditionel overlevering og institutionalisering af kulturel forudbestemt viden, kunnen og holdninger. Gentagelse er vejen til faglig identitet, anerkendelse og arbejdsfællesskaber.

Gentagelse kan ses som et princip, der kan afhjælpe dele af det komplekse for studerende og medføre, at elementer af sygepleje rent faktisk kan mestres. Vi har erfaring for, at når studerende opfordres til at gentage procedurer eller genlæse tekster, mødes vi med udsagn som *”det har vi prøvet”*. Gentagelse, genbesøg eller tilbagevenden til stof mødes generelt med modvilje og bekymring af studerende og undervisere. Gentagelse kan i undervisningssammenhæng opfattes som udtryk for undervisernes dovenskab, manglende koordination eller mangelfulde indsigt i uddannelsens indhold og opbygning. I et studenterperspektiv opfattes gentagelse af stof ofte som spild af tid og manglende engagement og respekt for deres læring og investeringer i uddannelsen. Omvendt kan ses næsegrus beundring for atleter og kunstnere, der har opnået høj grad af ekspertise i at beherske redskaber eller kroppe gennem målrettet træning, systematiseret gentagelse med raffinement for øje.

Overordnet ses to positioner, den “gentagelseskritiske skole” og den “gentagelsespositive skole”, der betoner hver sine karakteristika ved gentagelse i en læringskontekst. I den gentagelseskritiske skole betones uproduktive egenskaber ved gentagelse. I den gentagelsespositive skole betones produktive egenskaber ved gentagelse, gentagelse som vej til indsigtfuld udvidelse, som transformation af adfærd til reflekteret handling.

Uproduktiv gentagelse

I den gentagelseskritiske skole anses gentagelse som dressur og ukritisk repetition af noget identisk. I dette perspektiv forstås gentagelse som et uproduktivt pædagogisk greb, der overvejende har nedbrydende effekter på den lærendes selvstændighed, udvikling, motivation og kunnen. Øvelse eller træning forbindes her med eksercits, autoritetstro, eller afstumpet mekanisering. I vekseluddannelser (teori/praksis uddannelser) ses den gentagelseskritiske skole blandt aktører som primært forbinder gentagelse og rutinisering med mesterlærers blakkede fortid med ydmygelse af lærlinge og udbytning af lærlinges arbejdskraft. Repetition ses i denne tradition som ureflekteret indøvelse af handlinger og kan også betegnes som *”ikke kompleks gentagelse”* (Komischke-Konnerup, 2018). Gentagelse er generelt uvelkommen i moderne uddannelse, med undtagelse af eksamensforberedelse. I litteraturen knyttes gentagelse til rigid udenadslære og disciplinering hvad enten det handler om salmevers eller bemægtigelse af motoriske færdigheder. Udenadslære er typisk situationsbundet, og det

lærte kan typisk kun aktiveres i situationer der har lighed med lærings-situation (Grue-Sørensen, 1974; Illeris, 2015).

Et studie af sygepleje og kliniske færdigheder viser, at sygeplejersker relativt hurtigt oparbejder rutine i udøvelse af kliniske færdigheder, og at færdigheder der hyppigt gentages transformeres til adfærd. Men studiet viser også, at disse færdigheder kan være fyldt med fejl og dårlige vaner. Så gentagelse kan transformeres til forkert/skadelig adfærd og dårlige vaner hos sygeplejersker og studerende (og sikkert også hos mange andre), der udfører færdigheder uden supervision, kritisk refleksion og derved måske reproducerer fejl (Björk, 2006).

Produktiv gentagelse

I den gentagelsespositive skole betones potentialer i gentagelse som en opbyggende pædagogisk handleform. I dette perspektiv er gentagelse fundament i personlig udvikling, dannelse, fordybelse og kyndighed. Gentagelse ses her som et almenmenneskeligt fænomen, der udspilles i fællesskaber, traditioner, og ceremonier. I dette perspektiv understøttes assimilativ og akkomodativ læring ved gentagende møder med cases, situationer og problemkomplekser (Illeris, 2015). Det er i gentagelsen, at cases og situationer genkendes som henholdsvis kendt eller fremmed.

Gentagelse kan her ses som forudsætning for akkomodativ læring ved at understøtte brud med vanlige antagelser og nye indsigter i den lærendes forhold til sig selv og omverden. Det er denne type af læreprocesser, der faciliterer, at læringsindhold kan frigøres fra lærings-situationen og overføres til andre situationer. Det er netop disse former for læring der efterstræbes, når man ønsker at ruste studerende til at virke i et omskifteligt arbejdsliv eller arbejde i komplekse situationer.

Der kan skelnes mellem kompleks og ikke-kompleks gentagelse. Konnerup beskriver: *"Gentagelse er ikke nødvendigvis et fænomen, der udelukkende må forstås som repetition af noget identisk. En kompleks form for gentagelse adskiller sig fra en ikke-kompleks form for gentagelse ved at medtænke og anerkende plasticitet og forandring som en grundlæggende kvalitet ved gentagelse"* (Komischke-Konnerup, 2018). Gamle filosoffer (Heraklit og Kierkegaard) har udtalt sig lignende og skrevet: *Og når noget gentager sig, oplevelser, situationer mv. så er begrebet om gentagelse også kendetegnet ved at oplevelsen har forandret sig* (Heraklit: *Man kan ikke stige ned i den samme flod – underforstået den har forandret sig i mellemtiden*) (Kierkegaard, 2017).

Når en studerende spørger, hvad hun kan lære af igen at gå med en kaffevogn på et plejehjem eller en hospitalsafdeling, kan svaret fx være at hun lærer 17 forskellige måder at opfylde det grundlæggende behov for at spise og drikke. Og hun afprøver eller tilpasser fx 17 forskellige teknikker til at tilgodese grundlæggende behov og måske komplekse behov, fordi det at drikke kan være påvirket af andre behovsområder. For gentagelse er aldrig helt det samme. Men al gentagelse kan antage en ikke-kompleks form. At se det komplekse kræver en distance og refleksion vha. supervision. Men supervision og kritisk refleksion er også vigtig for, at der sker læring og ikke fejlæring i gentagelsen.

Björk beskriver, at det er meget vanskeligt både for studerende, men også for uddannede sygeplejersker at arbejde alene i praksis. Når man står alene med en patient, er der handletvang, og så mobiliseres det man kan fra før, og man gør det, så godt man kan. Men hvis det man kan, indeholder fejl og mangler, så bliver det mangelfulde og fejlene reproduceret/gentaget og måske senere udviklet til en forkert rutine (Björk, 2006). Derfor kan gentagelse ikke stå alene. Gentagelse som teknik skal befæste og bekræfte. Og det forudsætter, at det kendte gøres fremmed, og her er teoretisering, supervision og refleksion om action velkendte greb til at skabe distance og understøtte læring. En væsentlig kilde til læring er brud med kendte forestillinger, handlemåder og forforståelse (Illeris, 2015). Det kan give indsigt i, at det kendte er foranderligt. Denne indsigt kan understøtte læring. Den studerende kan blive i stand til at håndtere det kendte i komplekse situationer. Der er altid noget kendt i komplekse situationer, som de studerende også beretter.

At gentage komplekse situationer under kyndig supervision kan medføre, at studerende (og færdiguddannede sygeplejersker) kommer til at mestre og beherske kliniske færdigheder i de komplekse situationer, de beretter om i klinisk sygepleje (Björk, 2006; Larsen et al., 2015). Den studerende eller færdiguddannede sygeplejerske kan blive dygtigere, se mere nuanceret på en praksis, vedkommende mente at beherske.

Både assimilativ og akkomodativ læring hviler på gentagelse. Gentagelse er en forudsætning for etablering af mentale skemaer (assimilation) og brud med det vanlige, og nye indsigter (nye mentale skemaer) forudsætter ligeledes gentagelse (akkomodation) (Illeris, 2015). Det er ligetil at genkende en læringsituation, når man konfronteres med noget nyt og ukendt. Omvendt kan læringsituationer indlejret i det velkendte være vanskelige at identificere som potentialer for læring. Prange skriver: ”*At øve sig er elevens*

opgave, men at opfordre til og tilrettelægge situationer, hvor øvelse kan finde sted som pædagogisk gentagelse, er lærerens, pædagogens eller mesterens rolle” (Prange 2005).

Når der i den danske bekendtgørelse står, at *den uddannede selvstændigt skal kunne håndtere komplekse situationer i sygepleje* (Udannelses- og Forskningsministeriet, 2016), så kan gentagelse af situationer være nødvendigt for at nå det selvstændige niveau. En vej til at løse opgaver i komplekse sammenhænge og til at håndtere komplekse patienters pleje og behandling går gennem beherskelse eller gentagelse af kliniske færdigheder (Larsen et al., 2015).

Afrunding

I dette kapitel har vi undersøgt, hvordan kompleksitet i klinisk arbejdes beskrives af sygeplejestuderende og hvilke læringsmæssige udfordringer dette rejser. Kompleksitet beskrives af de studerende som komplekse patienter og komplekse sammenhænge. Komplekse patienter i sygepleje er beskrevet med inspiration af Virginia Hendersons teori om grundlæggende behov. Kompleksiteten i patientens helbredstilstand forøges med antallet af påvirkede behovsområder. Styrken af påvirkninger på behovsområderne har ligeledes indflydelse på kompleksiteten i patientens helbredstilstand. Hvis flere behovsområder er stærkt påvirkede, øges kompleksiteten. Komplekse sammenhænge handler for de studerende om koordination, samarbejde, overgange, kommunikation, overblik og ansvarsfordeling, og alle de mange samarbejdspartnere. Det vedrører den måde som sundheds- og socialvæsenet fungerer på i praksis, og adskiller sig fra temaet komplekse patienter, fordi denne form for kompleksitet ikke udspringer direkte af forhold relateret til patienternes behov eller helbredssituation.

Kompleksitet i klinisk arbejde rejser læringsmæssige udfordringer. Vi har argumenteret for, at gentagelse som pædagogisk princip kan hjælpe den studerende og nyuddannede til selvstændigt at kunne håndtere nogle komplekse situationer i sygepleje. Problemet med det komplekse sundhedsvæsen og komplekse situationer søges løst ved at betone abstrakt og kritisk tænkning i uddannelsesplanlægning på bekostning af indøvelse af kliniske færdigheder. Fremvækst af en række fagdidaktiske greb, som fx introforløb, uddannelsesstillinger og mentor-ordninger til nyuddannede sygeplejersker tyder på, at nogle arbejdsgivere har accepteret, at postgraduat uddannelse

er nødvendig. Omvendt betyder disse forandringer i postgraduat uddannelse ikke, at sygeplejerskeuddannelsen ikke med fordel kan styrkes.

Vores pointe er, at fokus i dansk sygeplejerskeuddannelse gennem en årrække har prioriteret læring inden for kognitive og affektive domæner på bekostning af læringen inden for det psykomotoriske domæne. Vi taler ikke for, at forholdet mellem teoretiske og praktisk kliniske uddannelses-elementer bør omkalfatres, men at balancen mellem læring inden for de tre domæner med fordel kan genovervejes i fremtidig uddannelsesrettelæggelse. I et læringsperspektiv betyder det, at uddannelse nødvendigvis må spænde bredt og involvere kognitive, affektive og psykomotoriske områder. Der er således i dette kapitel præsenteret en argumentation for gentagelse som al lærdoms moder; at vejen til kropslig viden eller fagligt skøn går gennem gentagelse (en opgradering af det psykomotoriske domæne jf. Bloom). Men helt centralt står, at den studerende skal have hjælp til at genkende læringssituationer knyttet til gentagelse; det skal nogen hjælpe dem med at se og gøre rigtigt.

I dette kapitel har vi med afsæt i empiri og teori argumenteret for, at gentagelse får en mere prominent plads i den didaktiske værktøjskasse på sygeplejerskeuddannelsen. Samtidig er vi bevidste om, at der endnu ikke er forskningsmæssigt belæg herfor. Vi ser derfor behov for at styrke den professionsdidaktiske forskning på dette område.

Repetitio mater studiorum – øvelse gør mester.

Referencer

- Benner, P. (2013). *Fra novise til ekspert: Mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejerskepraksis*. Munksgaard.
- Bjørk, I. (2006). Nyuddannede sygeplejerskers manglende praktiske sygeplejefærdigheder. *Klinisk sygepleje*, 4.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York.
- Christiansen, B., Jensen, K., & Larsen, K. (2019). *Vurdering av kompetanse i praksisstudier: En vitenskapelig antologi*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112.
- Grue-Sørensen, K. (1974). *Almen pædagogik: En håndbog i de pædagogiske grundbegreber*. Gjellerups forlag.
- Henderson, V. (2017). *The nature of nursing: En definition og dens implikationer for praksis, forskning og uddannelse: Overvejelser 25 år efter*. Munksgård.

- Holen, M. & Lehn-Christiansen, S. (2017). Drømmen om sammenhæng. *Tidsskrift for Professionsstudier*, 25.
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.
- Illeris, K. (2015). *Læring*. Samfundslitteratur.
- Kierkegaard, S. (2017). *Gentagelsen*. Lindhardt og Ringhof.
- Komischke-Konnerup, L. (2018). *Gentagelsens Pædagogik: En almen pædagogisk undersøgelse af pædagogisk praksis for unge med særlige behov*. Aalborg Universitetsforlag. Aalborg Universitet. Aalborg Universitetsforlag. <https://doi.org/10.5278/vbn>
- Larsen, K., Nielsen, C. & Bjørk, I. (2015). *Praktiske færdigheder*. Munksgaard.
- Odense Universitets hospital. (2021). *Vurdering af kompleksitet i klinisk sygepleje*. <https://docplayer.dk/38228960-Vurdering-af-kompleksitet-i-klinisk-sygepleje.html>
- Petersen, K. A. (2004). *Praktikker i erhverv og uddannelse: Om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker*. Frydenlund.
- Region Hovedstaden & Aalborg Universitet. (2020). *Fremtidens kompetenser i sundhed*. <https://www.regionh.dk/CAMES/Udvikling/Udviklingsprojekter/Sider/Fremtidens-kompetencer-i-sundhed.aspx>
- Sennett, R. (1999). *Det fleksible menneske*. Forlaget Hovedland.
- Sundhedskartellet. (2014). *Kompleks fremtid og reflekseive sundhedsprofessionelle Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt*. https://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering_Sundhedskartellets_uddannelsesprojekt_-_endelig.pdf
- Udannelses- og Forskningsministeriet. (2016). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje/BEK nr 804 af 17/06/2016*. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2008/29>
- Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale Sygepleje*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kompleksitet-i-den-kommunale-sygepleje-10847/>
- Von Oettingen, A. & Plauborg, H. (2020). *Didaktisk opslagsbog*. Hans Reitzel.

KAPITTEL 5

Utfordringer med helsekommunikasjon i helseprofesjonspraksis: En pedagogisk-didaktisk analyse av helsekompetanse og den sosiale konteksten

Kristian Larsen Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Danmark
Kjell Sverre Pettersen Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Abstract: Patients have various challenges with health communication and health literacy that constitute personal health risk. Many have language difficulties and limited ability to critically evaluate various health claims. In addition, healthcare personnel also have challenges in explaining themselves, understanding and assessing health knowledge. On the basis of a Norwegian questionnaire survey (2019) on general and digital health competence (N = 373) involving respondents with health education and without, similarities and differences within and between the two groups are described and analysed. Through a critical pedagogical-didactic analysis, health competence is criticised, as health ideals are not universal facts. They are historical and contemporary constructions, and there are cultural differences in body and health ideals as well as unequal access to health knowledge and technologies. Healthcare services and professions must be attentive to these differences and inequalities, and respect the diversity of health ideals and practices. They can better serve vulnerable groups by aspiring to culturally sensitive health communication.

Keywords: health literacy, health communication, health competences, health capital, inequality in health, critical didactic reflections

Sitering: Larsen, K. & Pettersen, K. S. (2023). Utfordringer med helsekommunikasjon i helseprofesjonspraksis: En pedagogisk-didaktisk analyse av helsekompetanse og den sosiale konteksten. I U. Knutstad, K. Larsen & K. T. Jensen (Red.), *Fagdidaktiske temaer i helsefagene* (Kap. 5, s. 67–89). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.198.ch5>
License: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Innledning

Pedagogikk generelt dreier seg om studiet av læreprosesser, det vil si hvordan mennesker lærer saker og ting, fra det høyeste abstraksjonsnivået om danning til didaktikk (Schnack, 1992), men også om sosialisering og praksiser i livsverdenen (Bourdieu, 1977) til at oppmerksomheten er rettet mot tilrettelagte utdannings- og didaktiske forløp i undervisning, veiledning eller kommunikasjon. Didaktikk er vanskelig å gi en entydig definisjon på, men den retter søkelyset spesielt mot mikroprosesser i undervisnings- eller veiledningsløp og undersøker spørsmål om hensikter, innhold, metoder og vurderingsformer. Men Larsen et al. (1997) og ikke minst også Illeris (1999) var opptatt av å få grep om hvordan de store filosofiske, politiske og samfunnsmessige forholdene interagerer med undervisningen. Det som skjer i klasserommet, skal og bør knyttes til den store samfunnsmessige sammenhengen (Durkheim, 1956).

Innenfor pedagogikken som grunnlag for fagdidaktikken og didaktikken inngår det at forskere og undervisere må reflektere over styrker, svakheter og muligheter innenfor pedagogikken på alle nivåer, fra samfunnsforhold og institusjonelle forhold til mikroforhold. Slike pedagogisk-didaktiske refleksjoner kan dermed ha som mål å få befolkningen til å handle i overensstemmelse med politiske idealer, for eksempel når det gjelder reisevaner med mer for å minimere den globale oppvarmingen, men de stiller også spørsmål om hva som forhindrer og utfordrer praksisen.

I den vestlige verden, herunder de nordiske velferdsstatene, har vi gjennom drøye 200 år utviklet sosiale, helsemessige og pedagogiske institusjoner som har som formål å optimere liv, helse og trivsel i befolkningen. Innenfor helseområdet er det utviklet institusjoner og profesjoner som utvikler kunnskap (forskning), som formidler kunnskap (undervisning, kommunikasjon & veiledning), og som anvender kunnskap (klinikker). Disse institusjonene og profesjonene på helseområdet har – enkelt sagt – som pedagogisk mål å minimere sykdom og å optimere helse, livskvantitet og -kvalitet. Innenfor de vitenskapelige institusjonene, det vil si innen vitenskapen, formidlingen og den kliniske praksisen, er man derfor opptatt av å utvikle og formidle kunnskap om sunn livsstil, sunne kostholdsvaner, helseundersøkelser, å utvikle informasjonsmaterieell samt å utvikle og bruke diverse målemetoder som kan brukes på kroppen, applikasjoner med mer. Forskere, leger, sykepleiere, undervisere og veiledere er utdannet i å formidle helsekunnskap til brukere og pasienter. Man vil motivere

mennesker til å få økt kompetanse på helseområdet, og dette ønsket er både individorientert (mot pasienter eller innbyggere) og samfunnsmessig orientert (mot helseøkonomi).

Utfordringer med helsekommunikasjon og helsekompetanse

Kommunikasjon mellom helseprofesjonell og pasient er ikke helt enkelt. Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr «å gjøre felles», og som betegner overføring eller utveksling av informasjon mellom individer; en kunnskap som går begge veier. Begrepet helsekommunikasjon retter søkelyset mot bruk av kommunikasjonsteknikker og -teknologi for (positivt) å påvirke individer, befolkninger og organisasjoner i den hensikt å fremme forhold som bidrar til god helse for mennesker og miljø (Maibach & Holtgrave, 1995, s. 219–220; i norsk oversettelse i Pettersen, 2019a). Begrepet er derfor normativt rettet, det vil si at det har som hensikt å påvirke mennesker til et sunt liv med mer.

Men vi mottar ikke bare kunnskap og helsekunnskap gjennom helseprofesjonelle eller gjennom eksplisitte og tydelige språklige og tekstlige kanaler. I moderne samfunn, med de nye sosiale mediene, dominerer den visuelle kommunikasjonen, med alle dens tekster, bilder, animasjoner, filmer, personlig utseende, utforming av omgivelsene, generell «ulyd» og avbrytelser. Alt dette kommuniserer i høy grad og kan i noen sammenhenger også «støye» nokså kraftig. Våre primærsanser – syn, lukt, hørsel, smak og berøring – kan gi oss utfyllende, justerende inntrykk av selve kommunikasjonsprosessen og bidra til å skape tillit, eller for den saks skyld mistillit, til partene. All kommunikasjon mellom mennesker handler derfor alltid både om innhold, om selve «saken» og om relasjonen mellom partene samt, som vi skal komme nærmere inn på, også større samfunnsmessige og kulturelle forhold. I vid forstand er all kommunikasjon – på godt og vondt – avhengig av en relasjon til andre mennesker, til situasjoner vi har erfart, til ting og objekter (Bateson, 2005). Dessuten kan man også si at «taushet» eller fravær av forventede henvendelser også kommuniserer – ja, det blir til og med hevdet at «alt kommuniserer» (Jensen & Ulleberg, 2019).

I en pedagogisk-didaktisk analyse er det ikke bare støy eller utfordringer i det som formidles mellom helseprofesjonell og pasienter. Det man kan kalle «mottakerne», det vil si pasientene, har også forskjellige forutsetninger for å kunne ta imot, forstå og agere overfor «avsenderens» helsekunnskap.

Helsekompetanse handler om personers ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta fornuftige helserelaterte beslutninger i hverdagen (Nutbeam, 2000; Pettersen & Jenum, 2014; Sørensen et al., 2012). Dette vil for enkeltindividet i praksis dreie seg om å kunne vurdere når det er behov for å oppsøke helsetjenester og helsehjelp, om å finne frem til disse tjenestene, om hvordan man selv skal behandle og forebygge sykdom og lidelser, og om hvilke evidensbaserte helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvalitet gjennom livsløpet. Vellykket helsekompetanse involverer slik sett også deltakelse, involvering og aktivitet hos enkeltindividet, det vil si at vedkommende har handlingskompetanse knyttet til egen helse (Jensen & Schnack, 2004). Dokumentet *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*, utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (2019), peker på at individet selv må ha tilstrekkelig helsekompetanse for å kunne ta vare på egen helse. Man må være sin egen helseminister (Larsen, 2021).

Det oppstår dermed utfordringer når vi undersøker de forskjellige pedagogisk-didaktiske utfordringene i helsekommunikasjonen mellom mennesker. Men dette med å kunne dra veksler på, forstå og bruke opparbeidet helsekunnskap og å inneha helsekompetanse er essensielt for mennesker. Når en lege eller sykepleier underviser en pasient, er det stor forskjell på hvilke økonomiske, kulturelle, sosiale og helsemessige ressurser pasienten har til rådighet, og det å ha spesielt lav helsekompetanse kan være forbundet med individuell helserisiko (Nutbeam, 2008). Det kan være fare for at de med lav helsekompetanse ikke forstår muntlig og skriftlig helseinformasjon gitt av helsepersonell, noe som for eksempel kan føre til at de tar foreskrevne medisiner feil, eller at de ikke følger opp nødvendige atferdsmessige helseråd på riktig måte (Safeer & Keenan, 2005; Williams et al., 2002). Nutbeam (2000) hevder at lav helsekompetanse primært er forbundet med manglende leseferdigheter og kroppskunnskap. Kort sagt gjenspeiler det mangel på grunnleggende skolegang, noe som i høy grad forekommer hos mange mennesker i fattige land. I rike Norge er det imidlertid vist at flere kan ha begrensede lese- og skriveferdigheter, og forekomsten kan være relativt høyere hos enkelte innvandrergupper (Gabrielsen & Lagerstrøm, 2005; Gabrielsen & Ritland, 2000). Vi skal komme tilbake til ulike forutsetninger for helse senere i den pedagogisk-didaktiske analysen.

I dette kapitlet retter vi søkelyset mot hvorfor helseformidling i en aktuell norsk kontekst ikke mottas, forstås og etterlevs i særlig høy grad av helsefagutdannede ($n = 194$) og mennesker med andre typer

utdanningsbakgrunn (n = 163). Vi ser på forskjeller og likheter innenfor og mellom de to gruppene og diskuterer dem opp mot forskning og empirisk kunnskap fra helsepedagogikk, helsesosiologi og utdannings sosiologi. På denne bakgrunnen går vi videre med å beskrive og kritisere hvordan helsekompetanse (*health literacy*) er normativ og definert av dominerende gruppers helseverdier og tilegnelsesmåter. For grupper med få ressurser eller annerledes kropps- og helseidealer kan det være vanskelig å øke sin helsekompetanse. Her kan det være behov for kultursensitiv helsekommunikasjon som for eksempel kan kreve at man har interkulturell kompetanse.

Kapitlet er basert på ikke tidligere publisert empirisk materiale fra en spørreundersøkelse om generell helsekompetanse og om digital helsekompetanse gjennomført i 2019 omkring arbeidet med undersøgelse af befolkningens helsekompetanse (Le et al. 2021). Kapitlet er på den måten inspirert av pedagogikk, didaktikk og fagdidaktiske vurderinger av hvorfor «helsepedagogikken» ikke fungerer slik den var tenkt. Vi reflekterer kritisk over begrepet helsekompetanse (*health literacy*) og knytter det til dels til spørsmål om helseidealer som endrer seg over tid og i ulike kulturer, til forskjellige ulikhetstemaer og til profesjonelle og institusjonelle utfordringer. De pedagogisk-didaktiske forskningsspørsmålene er dermed som følger:

- Helsekompetanse mellom helseutdannede og ikke-helseutdannede: På bakgrunn av empirisk kunnskap fra spørreundersøkelse av nordmenns utsagn om helsekompetanse undersøkes og beskrives og undersøkes likheter og forskjeller innenfor og mellom helseutdannedes og ikke-helseutdannedes opplevelser.
- Helsekompetanse analysert generelt: På bakgrunn av en kritisk pedagogisk-didaktisk analyse inspirert av sosiologisk og pedagogisk teori undersøkes helsekompetanse med søkelys på et historisk, kulturelt og ulikhet perspektiv.
- Kultursensitiv helsekommunikasjon: Når helsekompetanse skal utfordres av andre og ut fra andres helseperspektiver, hvilke krav kan da stilles til helsekommunikasjon når marginaliserte grupper, etniske minoriteter med flere skal imøtekommes?

Empiri, metode og funn fra befolkningsstudiet

I det følgende presenteres empirisk grunnlag om generell og digital helsekompetanse undersøkt i Norge. I kjølvannet av rapporten *Strategi for å*

øke helsekompetansen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019¹) ble det bevilget penger til kartlegging av Norges befolknings helsekompetanse. Denne kartleggingen skulle gjennomføres med det internasjonalt utviklede spørreskjemaet HLS₁₉, bestående av 47 holdningsutsagn som reflekterer den teoretiske modellen for helsekompetanse, utviklet av Sørensen et al. (2012). I tillegg til demografisk pregede korrelater var det valgfritt å inkludere noen psykometriske konstruksjoner (f.eks. om livskvalitet og vaksineholdninger). Den ansvarlige forskergruppen for kartleggingen i Norge valgte blant annet å utvikle nye indikatorutsagn for digital helsekompetanse (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). Digital helsekompetanse innebærer hovedsakelig kunnskap om og ferdigheter i å kunne bruke søkeverktøy, å beherske søkestrategier og å vurdere kilder kritisk, å velge ut relevant digital helseinformasjon og å kunne ta i bruk digitale helsetjenester (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

Forut for selve befolkningsundersøkelse, som skulle gjennomføres av et Gallupbyrå i form av telefonintervjuer (N = 6000), ble det høsten 2019 foretatt både kvalitativ og kvantitativ pilotering av den norske varianten av HLS₁₉-spørreskjemaet. Den kvantitative piloten besto av dette spørreskjemaet, opprettet i nettskjema.no og distribuert via e-post til helseforretak og utdanningsinstitusjoner med helsefagutdanning. De som besvarte skjemaet, hadde enten uspesifisert helsefaglig bakgrunn eller ulike andre yrkesbakgrunner ved disse institusjonene. Deltakelsen var frivillig, anonym og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Til sammen besvarte 373 respondenter spørreskjemaet (N = 373), som ble ansett som tilstrekkelig for å kunne gjennomføre moderne testteoretisk validering av skjemaet ved hjelp av av Rasch-analyse (Andrich, 2011).

I analysene av disse pilotdataene fant den nasjonale forskergruppen for HLS₁₉-undersøkelsen flere interessante respondentsvar på enkeltutsagn om helsekompetansen hos den heterogene gruppen helsefagutdannede (n = 194). Man antok at det både i utvalgets helsefaglige grunnutdanning og trolig også i deres nåværende praksisvirke inngikk opplæring og utøvelse av helseinformasjon og helsekommunikasjon overfor enkeltindivider og målgrupper. Tabell 1 viser i alt 13 utvalgte utsagn om generell helsekompetanse (utsagn 1–9) og digital helsekompetanse (utsagn 10–13) som respondentene

1 Hovedundersøkelsen ble publisert 8. februar 2021 med referanse: Helsedirektoratet (2021). Befolkningens helsekompetanse – del 1. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>

med uspesifisert helsefagutdanning og andre typer utdanning (n = 163) svarte på i pilottesten til HLS₁₉-undersøkelsen i Norge. Disse 13 utsagnene er bevisst valgt ut for dette kapitlet for å vise hvor stor andel (i prosent) av respondentene i de to utvalgene som syntes det var «lett» og «vanskelig» å forholde seg til de formene for kompetanse som utsagnene beskriver. Det er dessuten kun utført beskrivende statistikk, uten noen form for utvalgsstatistiske sammenlikninger.

Tabell 1 | alt 13 utvalgte utsagn om generell helsekompetanse (1–9) og digital helsekompetanse (10–13) som personer med uspesifisert helsefagutdanning og andre typer utdanninger svarte på i pilottesten til HLS-19-undersøkelsen. Fire ordinale svarkategorier ble sammenslått og dikotomisert i kategoriene «lett» og «vanskelig».

Utsagn	Helsefagutdanning (n = 194)		Annen utdanning (n = 163)	
	Lett (%)	Vanskelig (%)	Lett (%)	Vanskelig (%)
1. Forklare legen din hvilket helseproblem du har.	81	19	78	22
2. Forstå ordene som legen din bruker.	95	5	94	6
3. Stille spørsmål under legebesøket.	86	14	75	25
4. Følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler.	93	7	90	10
5. Forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser (f.eks. tarmkreft-screening, måling av blodsukker).	80	20	65	35
6. Vurdere om informasjonen som massemedier (f.eks. aviser, TV eller internett) gir om helserisiko, er til å stole på.	58	42	44	56
7. Finne den helseinformasjonen (på internett) som du søker etter.	93	7	87	13
8. Forstå helseinformasjonen (som finnes på internett).	94	6	84	16
9. Vurdere om helseinformasjonen (som finnes på internett) er til å stole på.	71	29	63	37
10. Bruke apper, målesensorer og liknende for oppfølging av egen helse, dersom du fikk opplæring og veiledning i bruk av utstyret.	98	2	97	3
11. Tolke målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende og selv vurdere om egen sykdom er forverret.	88	12	73	27
12. Diskutere målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende med helsepersonell.	92	8	83	17
13. Formulere deg tydelig når du kommuniserer skriftlig digitalt med helsepersonell (dvs. stille konkrete spørsmål eller fremsette påstander og gi nødvendige personlige opplysninger).	94	6	88	12

De enkle deskriptive analysene presentert i tabell 1 viser jevnt over at færre respondenter med uspesifisert helsefaglig utdanning enn respondenter med annen ikke-helsefaglig utdanning syntes det var «vanskelig» å forholde seg til de utfordringene som beskrives i alle de 13 utsagnene. Imidlertid rapporterte en litt overraskende stor andel helsefagutdannede respondenter (i synkende rekkefølge) at følgende fire helsekompetanser var vanskelige å forholde seg til: Hele 42 prosent syntes det var vanskelig å kunne vurdere om informasjonen som massemedier (f.eks. aviser, TV eller internett) gir om helserisiko, er til å stole på (utsagn 6); 29 prosent syntes det var vanskelig å kunne vurdere om helseinformasjonen (som finnes på internett) er til å stole på (utsagn 9); 20 prosent syntes det var vanskelig å kunne forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser (f.eks. tarmkreft-screening, måling av blodsukker) (utsagn 5); og 19 prosent syntes det var vanskelig å kunne forklare legen sin om eget helseproblem (utsagn 1). Hos utvalget som ikke hadde helsefagutdanning, var andelene av dem som syntes de samme fire helsekompetansene var vanskelige, noe høyere, henholdsvis 56 prosent, 37 prosent, 35 prosent og 22 prosent. Dessuten var det 25 prosent av de ikke-helsefagutdannede som syntes det var vanskelig å stille spørsmål under legebesøket (utsagn 3), mens 16 prosent opplevde det som vanskelig å forstå helseinformasjon (som finnes på internett) (utsagn 8).

Pedagogisk-didaktiske analyser av helsekompetanse

Nå har vi beskrevet at det er likheter og forskjeller hos og mellom helsefagutdannede og ikke-helsefagutdannede. I det følgende vil vi foreta pedagogisk-didaktiske og kritiske analyser av de empiriske resultatene. Det dreier seg om en overordnet diskusjon av helsekompetansenes historie, innhold og formidling. Vi gjennomgår historiske endringer i helseidealer, kulturelle forskjeller i kropps- og helseidealer, ulik tilgang til helsekunnskap og helseteknologi samt, til sist, kultursensitiv helsekommunikasjon.

Historiske endringer i helseidealer

Det fremgår at det er relativt mange informanter som har vansker med å vurdere helseinformasjonen, eller å vurdere om den er til å stole på, på samme måte som at mange, også helseprofesjonelle, synes det er relativt vanskelig å forstå informasjon om de anbefalte helseundersøkelsene.

Her påpeker vi at disse vanskene kan skyldes innholdet i kunnskapen, men også en erkjennelse av at helseidealer har endret seg gjennom tidene, og at de stadig endrer seg voldsomt. Derfor kan mange gjerne oppleve at skiftende idealer gjør det vanskelig å holde fast ved og forstå de aktuelle idealene – og ikke minst å se dem som universelle og evigvarende. Det kan derfor være en viss fornuft i at mange har vansker med å forstå, vurdere og stole på aktuell helseinformasjon. Vi kan her henvisse til hvordan den dominerende medisinske kulturen har endret seg, slik for eksempel Foucault (2012) beskriver det. Hvis vi ser på nyere tid, har de siste 20–30 årene vært preget av medisinske innovasjoner med hensyn til utvikling av både legemidler og ny teknologi. Diagnostiseringer og behandlinger revideres, og for eksempel psykiatriske diagnoser ekspanderer (Rose, 2006). Det som tidligere var normalt, som rastløshet, søvnbesvær, avhengighet av spill eller sorg etter barns død, blir i dag klassifisert som diagnoser i det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD (Raminani, 2023). Mange av disse fenomenene ble tidligere sett som naturlige og forbundet med skjebnen. Historien har vist oss at de dominerende oppfatningene om helse kan ha verdier, idealer og behandlingsprinsipper som senere har vist seg å være både livsfarlige og usunne eller ikke hensiktsmessige (Bynum et al., 2004; Wulff & Gøtzsche, 2006). Den vitenskapelige kunnskapen som utvikles innenfor et helseforskningsfelt, drøftes også kritisk internt, hvor for eksempel medisiner og kirurger har hatt forskjellige forståelser av hvordan man skal behandle sykdom eller fremme helse (Larsen, 2012). Dessuten er den aktuelle evidensbaseringen av legemiddelbehandling under kritisk analyse for blant annet manipulasjon av data (Gøtzsche et al., 2019).

At mange helsefagutdannede og noen flere av de ikke-helsefagutdannede syntes det var vanskelig å stole på massemedias helserisikovurderinger og helseinformasjon, indikerer dermed at helsekunnskap generelt sett ikke er entydig definert, men at den derimot er flertydig og drøftes, utfordres og revideres hele tiden innenfor de vitenskapelige miljøene. Helsefagutdannede har mer helsefaglig kunnskap og metodekunnskap enn den andre gruppen, men også for dem har helsekunnskap uklar status. Den kan være basert på streng evidensbasert kunnskap, men den kan også være preget av blandinger av dokumenterte og ikke-dokumenterte helsepåstander, partsinnleggspregede intervjuer samt subjektive meninger hos journalisten, noe som kan bidra til forvirring og tvil (Daraz et al., 2019; Pettersen, 2005). Kort sagt er det en viss fornuft i å ha en kritisk avstand til etablerte helseidealer som blir formidlet. De fleste pasienter – men også

helseprofesjonelle – har for eksempel opplevd at helseråd som gjelder kosthold, røyking eller fysisk trening, har endret seg mye de siste årene. Det kan forplante seg som en kritisk ettertensksomhet som tilsier at man tviler og har vansker med å stole på helseinformasjon. I dette historiske perspektivet kan det være forståelig at mange er kritiske overfor helseinformasjon.

Kulturelle forskjeller i kropps- og helseidealer

I forlengelsen av det foregående avsnittet er det både historiske og samtidige barrierer og utfordringer med helseidealer. Tidligere hadde vi noen spesielt gode råd for helse, men også i dag har vi en rekke samtidige, men motsatte idealer om helse. Tenk bare på hvordan forskjellige familier har ulike prinsipper når de får influensa eller blir forkjølet (Koudahl et al., 2007). Noen vil bli kvitt feber ved å kjøle seg ned, mens andre vil «svette» feberen ut. Det er nærmest umulig å lage en internasjonal standard for helse.

Globalt sett lever jo mennesker gjennom livsløpet innenfor nokså ulike sosiokulturelle og økonomiske samfunnsrammer, og de kan tidvis befinne seg i forskjellige livssituasjoner (f.eks. kan man trenge profesjonell helsehjelp, ha atferdsmessig behov for å forhindre sykdom og ha behov for å etablere en helsefremmende livsstil [Pettersen, 2019b; Sørensen et al., 2012]). Det er derfor sannsynlig at god helsekompetanse hos en person i Norge eller Danmark, som har et relativt solid og velfungerende helsevesen, kanskje ikke ville vært like god og gangbar dersom vedkommende levde i et fattig land i Afrika, Sør-Amerika eller Asia – og motsatt.

Når vi ser sosiologisk på likheter og forskjeller mellom sosiale grupper og deres oppfatninger av helse, sykdom, kropp og behandling, kan vi på samme måte registrere store forskjeller. Begrepet helsekapital beskriver at det er forskjeller innenfor og mellom sosiale klasser, kjønn og aldersgrupper når det gjelder hvordan man tenker om og holder kroppen sin i form (Larsen, 2021). Noen grupper er svært aktive og instrumentelle, mens andre er passive og avventende når det gjelder deres egen kropp og egne kroppsidealene. Unge er mer positive enn eldre og lavt utdannede mer positive enn høyt utdannede overfor drastiske inngrep i kroppen ved hjelp av kroppskirurgi, medisiner eller fysisk trening. Relativt høyt utdannede har også en større mengde kulturell helsekapital enn lavt utdannede (Shim, 2010). Den første gruppen er mer innstilt på å forstå og snakke om sin egen kropp med et biomedisinsk språk, og den er mer proaktiv når det gjelder

å holde kroppen i form. Den får også større oppmerksomhet og støtte fra helseprofesjonene enn andre grupper.

Selv om man har nødvendige leseferdigheter og grunnleggende kroppskunnskap, kan det være begrensninger i helsekompetansen til enkelte. Det gjelder særlig dersom man ikke er i stand til å navigere til rett instans i et stadig mer komplisert strukturert moderne helsevesen (Collyer & Willis, 2020), eller dersom man mangler evne til kritisk å kunne vurdere «flommen» av ulike helsepåstander som fremsettes av ulike medier i samfunnet (Finbråten & Pettersen, 2009). Sistnevnte kan til og med bidra til en viss individuell helserisiko dersom en person ukritisk og ofte benytter seg av ikke-vitenskapelig baserte legemidler – sannsynligvis fordi han eller hun kan ha lett for å forstå det fristende og forenklete budskapet om legemidlenes helbredende effekter (von Conrady & Bonney, 2017). Det skal også nevnes at det kan være store avvik mellom hverdagsforståelser av sykdom og helse og den klinisk-medisinske forståelsen og praksisen. Kleinman (1988) beskrev en grunnleggende forskjell mellom pasienters sykdomsoppfatning som kommer til uttrykk i sykdomserfaringer koblet til et hverdagsliv, «illness», og legens biomedisinske språk, klassifikasjoner og logikker, «disease». Videre kan det være sykdommer som kan ha stor betydning for enkeltindivider, men som ikke har noen plass innenfor legenes felt. Det hersker et prestisjehierarki som setter det akutte, det spektakulære og det som kan behandles, over det kroniske, det «alminnelige» og det som ikke kan behandles (Hindhede & Larsen, 2019). Individets helsekompetanse er dermed ikke bare reduserbart til individuell kunnskap. Mange andre forhold gjør seg gjeldende når vi analyserer helsekompetanse i helt konkrete sammenhenger. Her er nevnt klasse-, kjønns- og aldersforskjeller med tanke på hvordan man ser på kroppen sin, samt når det gjelder forskjeller i sykdomsoppfatninger og sykdommers prestisje. Det er dermed både historiske og samtidige skiftende, parallelle og også motstridende idealer og praksiser når det gjelder kropp og helse. Det er ikke vanskelig å forstå at både helseprofesjonelle og mennesker med ikke-helsefaglig bakgrunn gir uttrykk for en del vanskeligheter knyttet til generell og digital helsekompetanse. Det kan være gode grunner til dette, som ikke bare handler om mangel på kultur, kunnskap og innsikt.

Ulik tilgang til helsekunnskap og helseteknologi

Grupper har uensartet tilgang til helsekunnskap, og her gir vi noen tolkninger av hvordan disse ulikhetene oppstår, og hvorfor det er sånn. I det

empiriske materialet i undersøkelsen kjenner vi ikke bakgrunnsvariabler som gjelder sosial klasse, økonomi, kultur, etnisitet eller alder. Men vi kan se at det er forskjeller mellom de to gruppene som sammenliknes i undersøkelsen. En forholdsvis liten andel helsefagutdannede oppga at de hadde vansker med å mestre ferdigheter knyttet til digital helsekompetanse, slik det reflekteres i svarene deres på utsagn nummer 10, 12 og 13 i tabell 1 (henholdsvis 2 prosent, 8 prosent og 6 prosent), mens 12 prosent oppga at det kunne være vanskelig å tolke målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende, og selv å vurdere om egen sykdom er forverret (utsagn 11). Av de som ikke hadde helsefagutdanning, oppga hele 27 prosent at det sistnevnte var vanskelig for dem. Også det å diskutere målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende med helsepersonell (utsagn 12) var vanskelig for 17 prosent av dette utvalget, og 12 prosent syntes det var vanskelig å formulere seg tydelig i skriftlig digital kommunikasjon med helsepersonell (det vil si å stille konkrete spørsmål eller å fremsette påstander og gi nødvendige personlige opplysninger) (utsagn 13).

Samlet sett har helseprofesjonelle langt bedre forutsetninger for å kunne forstå og forklare seg i helsevesenet generelt, sammenliknet med informanter med annen utdanning. De helseprofesjonelle har derfor relativt sett en større mengde helsekapital (Larsen, 2021) eller kulturell helsekapital (Shim, 2010). De kan lese spillet og spillereglene innenfor helsefeltet, og de er oppdatert når det gjelder den dominerende medisinske språkb Bruken og måten å tenke sykdom og helse på, akkurat som de har bedre forutsetninger når de for eksempel skal forklare seg eller stille spørsmål til legen. Innenfor det pedagogisk-didaktiske perspektivet er de sosialisert inn i den medisinske og helsemessige tenkemåten gjennom utdanningen sin og arbeidet sitt. Innenfor sosiologien og særlig i studier av materialitet og kropp (Martinussen & Larsen, 2018) samt teknologistudier (Latour & Woolgar, 1979) vil man si at mennesket – og spesielt helseprofesjonelle – har internalisert, det vil si lært, helsetenkning og -kompetanse gjennom språket, men også i høy grad gjennom kroppen og materialitet. Det har skjedd både didaktisk og formelt i klasserommet, men også ubevisst ved å jobbe seg opp innenfor helsefeltets institusjoner. Det finnes studier som skisserer hvordan arkitektur, pedagogikk og helse utøves og virker sammen (*enactment*) (Larsen, 2010).

Både helseprofesjonelle og personer med ikke-helsefaglig bakgrunn er svært komfortable med bruk av apper, målesensorer med videre (97–98 prosent svarer at de er lette for dem å bruke). Men når det angår tolkning

og diskusjon av målinger og resultater, er det større forskjeller, hvor ikke-helseutdannede har større vansker. De helseprofesjonelle inngår også i «pedagogiserte», herunder materielle rom der de lærer å lykkes ved å diskutere og formulere seg på disse områdene. Materialitet er teknologi eller fysiske gjenstander, og mange har opplevd hvordan rommene påvirker kroppen på forskjellige måter. Man kan si at rommene og interaksjonene i dem fungerer som en slags læremestre for de helseprofesjonelle (Larsen, 2001). Kommunikasjon dreier seg derfor ikke bare om innholdet i hva som formidles av informasjon, for eksempel fra en sykepleier til en pasient, men også om måten den skjer på, stedet, luktene og de fysiske rammene samtalen foregår innenfor. Helseprofesjonelle og pasientene tilegner seg både det formelle og uformelle, det sagte og det usagte samt stemninger, lyder og lukter, ikke minst i den konkrete praksisen i utdanninger og på klinikken (Larsen, 2003). Alle sanser er involvert. Samlet sett har helseprofesjonelle, sammenliknet med dem som har ikke-helsefaglig bakgrunn, vært utsatt for helt forskjellige pedagogiske kontekster. Begge grupper kan ha generell kompetanse når det gjelder apper og målesensorer, men kompetanse til å tolke, diskutere og formulere seg om disse er ulikt fordelt. Sett i lys av at mange aktører i samfunnet nå «pusher» diverse digitale ressurser for interaktiv helsekommunikasjon, kan det kanskje være grunn til å stoppe opp litt og kartlegge hvor ønsket denne formen for helsekommunikasjonsverktøy egentlig er – og da særlig for mange eldre, som for øvrig også kan ha lav helsekompetanse (Carroll et al., 2017; Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

Kultursensitiv helsekommunikasjon

I de tidligere avsnittene har vi dekonstruert helseidealers status som opphøyede, universelle og absolutte. Det fremgikk at de er vitenskapelige, det vil si sosiale og kulturelle, størrelser som derfor også utfordres kontinuerlig, og det utvikles nye, annerledes samt av og til motsatte helseidealer. I dette avsnittet vil vi se nærmere på de mer pedagogisk-didaktiske utfordringene med å formidle kultursensitiv helsekommunikasjon. Vi ser nærmere på hvilke pedagogiske og didaktiske begreper som er relevante når helseprofesjonelle er involvert med pasienter og brukere som har ikke-norsk kulturell bakgrunn. Norge er et flerkulturelt og relativt multietnisk land, og noen steder i landet er disse trekkene mer fremtredende enn i andre. I Norden er det vist at multietnisitet kan skape utfordringer for sykepleiere og helsesykepleiere i deres helsekommunikasjon med pasienter og klienter (Fagerlund

et al., 2016; Patriksson et al., 2017). Stikkord i denne sammenhengen er å praktisere *kultursensitivitet* i helsekommunikasjon og veiledning som ingrediens i ens *interkulturelle kompetanse*. Kultursensitivitet handler om *å være i stand til å vurdere, reflektere, forstå og respektere andre menneskers etniske og kulturelle mangfold og atferd på bakgrunn av innsikt og kunnskap om både deres og ens egen etniske og kulturelle tilhørighet* (Foronda, 2008, s. 210, vår oversettelse og tolkning). Kultursensitiv helsekommunikasjon kan derfor dreie seg om i hvilken grad etniske, religiøse og kulturelle aspekter, erfaringer, normer, verdier, atferdsmønstre og holdninger hos en målgruppe samt historiske, miljømessige og sosiale rammer og regler er tatt hensyn til og innlemmet i design, formidling og evaluering av målrettede helsefremmende materiell og programmer (Resnicow et al., 1999). Kort og godt kan man kanskje si at det handler om å kunne kommunisere og veilede hensiktsmessig og tilpasset om helse med mennesker som har ulik kulturell bakgrunn enn en selv, som helsepersonell, har (Debesay et al., 2022).

Interkulturell kompetanse (Campinha-Bacote, 1994) kan defineres som *individens og systemers evne til å jobbe eller reagere effektivt på tvers av kulturer på en måte som anerkjenner og respekterer kulturen til den personen eller organisasjonen som er målet for aktiviteten* (Williams et al., 2002)¹, s. 1, vår oversettelse og tolkning). Men begrepet kan også kobles og defineres inn i en helseprofesjonskontekst som *en større, mer omfattende kontinuerlig «prosess», der (i denne artikkelen) helsepersonell tilstreber å oppnå evne til å drive helsearbeid med individer og familier som kommer fra samfunn med en annen etnisk og kulturell bakgrunn en majoriteten i deres nye oppholdsland* (opprinnelig hos Campinha-Bacote, 1994, s. 1–2, vår oversettelse og tolkning).

Eilin Lundekvam By (2015) viste i sin masteroppgave, der hun hadde forsøkt å utvikle og utprøve et spørreskjema for kartlegging av kultursensitiv kostholdsveiledning hos blant annet helsesykepleiere i Norge (N = 274), at mange av dem ikke følte seg så trygge på at de mestret kultursensitivt ernæringsarbeid i sammensatte kontekster (f.eks. i storfamilier med gamle, voksne og barn eller i familier med sterk religiøs tro). Flere anvendte ikke teoretiske rammeverk og «modeller» for kulturell kompetanse og kultursensitivitet i sin ernæringsrelaterte jobbpraksis. Samtidig mente et stort flertall at det var svært viktig stadig å utvikle sin kultursensitivitet i jobbsammenheng.

Ikke å være kultursensitiv i helsekommunikasjon med pasienter eller klienter med annen etnisk og kulturell bakgrunn enn for eksempel den

norske kan utgjøre en betydelig «størfaktor» som vanskeliggjør den nødvendige relasjonen og tilliten som må etableres mellom partene i helsekommunikasjonssettinger, ikke minst dersom temaet er av sårbar art for pasienten (Dutta, 2007; Kreps & Sparks, 2008). I flere kulturer kan berøringsnærhet, øyekontakt, uformell oppførsel og klesdrakt og kjønn være «støyende» barrierer for etablering av tillit og vellykket helsekommunikasjon (Foronda, 2008). Imidlertid er det ikke fruktbart å skjære alle med ulik etnisk og kulturell bakgrunn enn den norske «over én kam». Minoritetsgruppen er som majoritetsbefolkningen meget heterogen med hensyn til sosial klasse, utdanningsbakgrunn, økonomi, boligforhold og kulturelle vaner. Det forekommer dessuten grader av *enculturation* til den dominerende kulturen blant mange med innvandrerbakgrunn – også når det gjelder helseatferd (Knight et al., 2009). *Enculturation* anses vanligvis som *den prosessen der et individ lærer seg og adapterer innhold i den dominerende kulturen og utøver dens vanligste praksiser og verdier* («Enculturation», u.å., vår oversettelse og tolkning). En annen posisjon vil påpeke at Norge alltid har vært multikulturelt (Brochmann & Djuve, 2013), og at det er utfordringer, men også potensial i multikulturalisme med tanke på sosial sammenhengskraft (Reitz et al., 2009).

Avsluttende diskusjon

På bakgrunn av en norsk spørreundersøkelse om generell og digital helsekompetanse fordelt mellom respondenter med og uten helsefagutdanning har vi beskrevet likheter og forskjeller innenfor og mellom de to gruppene. Den første gruppen hadde relativt bedre kompetanse, men det viste seg at den gruppen også hadde ganske mange utfordringer med å motta, forstå og etterleve helseformidling. Vi forklarte dette gjennom en kritisk pedagogisk-didaktisk analyse inspirert av sosiologisk og pedagogisk teori. Vi argumenterte med at helsekompetanse er en kulturell konstruksjon, det vil si at den ikke er opphøyet og universell. Vi rettet søkelyset mot historiske, kulturelle og ulikhetsmessige perspektiver. Historisk sett har helseidealer endret seg mye i et tidsmessig perspektiv, og samtidig er det noen bestemte sosiale grupper som definerer kropps- og helseidealer, mens andre grupper ikke opplever at verdiene deres matcher de dominerende idealene. Det er i høy grad den øvre middelklassen som har makt og økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser til å definere og også etterleve helseidealer.

Som kompensasjon for manglende helsekompetanse har det vokst frem noen nye typer begreper om kultursensitiv helsekommunikasjon som bestreber seg på å møte for eksempel minoritetsgrupper (klassemessig, kulturelt, etnisk, språklig, religiøst). En slik tilnærming krever både bred skolering, effektive kartleggingsverktøy og betydelig grad av kognitiv empati hos helsepersonellet. Dessverre er det vist at pasienter, for eksempel innenfor rehabiliteringsområdet, som er ikke-deltakende, og som ikke kan eller vil uttrykke sine behov, møter lite støtte fra helsepersonalet (Guldager et al., 2019; Harsløf et al., 2019), og pasienter med lav helsekompetanse opplever å få mindre oppmerksomhet på sykehus enn pasienter med høy helsekompetanse (Paasche-Orlow, 2011).

Endret helsekompetanse og nye idealer

Helsekompetanse (*health literacy*) og helseidealene er forbundet med makt, og de er foranderlige historiske konstruksjoner som endres med tid og sted. Disse endringene skjer fordi forskningen og utviklingen ikke står stille. Det utvikles ny kunnskap som snur opp ned på den gamle måten å forstå helse og kropp på. Det som var sant for noen år siden, kan være feil bare få år senere. Nye erkjennelser skjer ikke minst på mikronivå gjennom forskning på gen- og genomnivå, men også når det utvikles ny teknologi, herunder ChatGPT. Men det er ikke bare forskningen som endrer seg og endrer kunnskapen vår. Samfunnet og dets institusjoner skaper også nye betingelser som har stor betydning for menneskers helse. Vi kan nevne neoliberale reformer, arbeidsdeling og styreformene, for eksempel New Public Management, som har transformert behandlinger og sykehusinnleggelse. Pasienter blir i dag innlagt i ganske få dager, og dermed settes nye rammebetingelser for interaksjon, kommunikasjon og helsekommunikasjon mellom helseprofesjonell og pasient (Larsen, 2021). Særlig er mindre privilegerte eldre pasientgrupper med komplekse lidelser sårbare overfor disse endringene i rammebetingelser. Privilegerte pasientgrupper kan i høy grad kompensere fordi de har økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser, herunder helsekapital og helsekompetanse. Ikke minst står internett til deres rådighet med demokratisering av helsekunnskap.

Organisatorisk helsekompetanse

Grunnleggende vilkår, som økonomiske, kulturelle, sosiale og boligmessige ressurser samt opplevelser av kropp og helse er helt vesentlige

forutsetninger når eller hvis man vil øke helsekompetansen til ulike grupper. Helsepolitikk involverer dermed omfattende politikkområder.

Men på helseområdet bør man innenfor helseinstitusjoner og helseprofesjoner være oppmerksom på å optimere individers helsekompetanse. En rekke helsekompetansestudier har vist at for mange er nettopp det å forstå innhold og anbefalinger i helseinformasjon, å kunne uttrykke seg adekvat om sitt helseproblem i dialog med helsepersonell samt kritisk å kunne vurdere ulike helsepåstander en stor utfordring som faktisk i seg selv for mange kan utgjøre en personlig helserisiko (Nutbeam, 2008; Paasche-Orlow et al., 2005). Et viktig satsingsområde for helsemyndigheter i mange land er å bidra til å gjøre pasienters første møte med helseinstanser «helsekompetansevennlig» (*health-literacy-friendly health care institutions*) (Henrard, 2017). Ut fra dette slagordet vokste begrepet *organizational health literacy* frem, og det beskrives som:

[...] en organisasjonsomfattende innsats for å transformere organisering og levering av omsorg og tjenester i den hensikt å gjøre det lettere for folk å navigere til rett helseinstans, forstå og bruke helseinformasjon og helsetjenester for å kunne ta vare på helsen sin. (Farmanova et al., 2018, s. 1, vår oversettelse)

Hvordan pasientmøtet med landets helseinstitusjoner faktisk oppleves, og hvorvidt pasienten finner frem, forstår informasjon som blir gitt, og hvordan man blir ivaretatt, kan allerede på møtetidspunktet skape grobunn for «ulikhet i helse» (Pettersen & Jennum, 2014). Helsepersonell har dermed her en viktig rolle som mulig «utjevner» av slike ulikheter ved å tilpasse sin helsekommunikasjon (både muntlig, kroppslig, skriftlig og billedlig) til pasienters ulike helsekompetanse. De «sterke» pasientgruppene som har stor økonomisk, kulturell og sosial kompetanse, er gode til å sikre seg fortrinn når det gjelder helseytelser (Larsen, 2023).

Ulikhet i helse og spesielt sårbare grupper

Vi har gjort rede for at det er ulikhet i helse og tilgang til helseytelser i de nordiske landene (Dahl et al., 2014; Diderichsen et al. 2012), og mange grupper er sårbare, ikke minst de gruppene som har utfordringer, både med det å være marginalt plassert ut fra sine egne ressurser og med tanke på diagnoser (Album 1991; Hindhede & Larsen 2019). Men for to grupper i samfunnet synes kartlegging av helsekompetanse og tilhørende tiltak for å øke denne kompetansen foreløpig å være relativt lite prioritert. Det gjelder

personer med ervervet hjerneskade og personer med psykisk utviklingshemming (Geukes et al., 2018; Hahn et al., 2020). I hvert fall er ikke disse to gruppene nevnt i den norske rapporten *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Til gjengjeld er det mulig at enkelte av disse pasientene – ikke minst gjennom pårørende og familie – likevel kan aktivere noen ressurser i form av for eksempel rehabiliteringskapital (Guldager et al. 2018) som kan bidra til å optimere helsen deres gjennom støtte fra de helseprofesjonelle. Felles for mange personer i begge grupper er imidlertid at de kan oppleve betydelige funksjonsnedsettelse i hverdagen: At språklige og kommunikative begrensninger kan berøre både den muntlige og den skriftlige formidlingsevnen deres, noe som igjen kan bidra til at mange kan få lav helsekompetanse.

I tidsskriftet *Dagens medisin* påpeker Lloort og Pettersen (2020) disse forholdene. De hevder at helsepersonell og spesialpedagoger burde samarbeide om utvikling og bruk av helseinformasjons- og helsekommunikasjonsmaterieil, slik at de blir tilpasset funksjonsnivået og helsekompetansen til disse gruppene. Det kan for eksempel være elektronisk interaktive kommunikasjonsverktøy, eksempelvis basert på et sett med bilder på en berøringsskjerm som illustrerer pasienters responser overfor helsepersonell samt uttrykker deres umiddelbare behov i viktige hverdagssituasjoner. Slike helsekommunikasjonsmessige tilpasninger vil kunne bidra til å oppnå idealet om «likeverdig helsetjeneste for alle». Tidsskriftartikkelens underliggende budskap er at det er behov for mer helsekompetanseforskning på disse «oversette» pasientgruppene.

Opplæring i helsekompetanse

For mer enn ti år siden ble det påstått at helsepersonell i USA sannsynligvis trodde at deres pasienter forsto mer av mottatt helseinformasjon enn de faktisk gjorde (Council on Scientific Affairs for the American Medical Association, 1999). Det samme hevdet Ashton et al. (2003) noen få år senere. I februar 2021 kom den norske rapporten om helsekompetansen til befolkningen i Norge, og innholdet i den viser at det kan være hold i denne ti år gamle påstanden – i hvert fall i vårt land (se fotnote 1, side 72).

Det bør dermed være gode argumenter for å styrke opplæring i både helsekompetanse og helsekommunikasjon i helseprofesjonenes grunnutdanning og innen pasientopplæring. Dessuten blir det også viktig at

helsepersonell får økt kunnskap om at det ikke bare er eksplisitt kunnskap som styrer hvordan individer agerer når det gjelder helse.

Helsepersonell bør involveres i utforming av folkehelsekampanjer

Jarlbro (2004) påpeker sterkt betydningen av at kvalifisert helsepersonell samarbeider med myndigheter og reklamefolk under utarbeidelse av folkehelsekampanjer. Mens reklamefolk kan være best på å utforme et appellerende kortfattet budskap, kan erfarent helsepersonell være dyktigst i å presisere det spesifikke faglige innholdet i budskapet, noe som ofte fremheves i lærebøker om helsekommunikasjon (f.eks. Corcoran, 2013). Dersom man har et helsekompetanse- og interkulturelt perspektiv på en tiltenkt folkehelsekampanje, kan imidlertid skolert helsepersonell få en sentral rolle i å bidra både til målgruppeinnsnevring, språklig og innholdsmessig tilpasning samt forslag til egnet kanal for formidlingen (Ho & Smith, 2020). Disse forslagene utelukker ikke at helsepersonell samtidig skal arbeide for å sikre så gode vilkår og kontekster som mulig for at svake pasientgrupper skal kunne forstå, motta og bruke helsekunnskap i konkret praksis. Forbedring av folkehelse skal rette søkelyset både mot å optimere individers valg og valgmuligheter og mot vilkårene for disse (Larsen & Hansen, 2014).

Konklusjon

Både helsekompetanse, organisatorisk helsekompetanse, digital helsekompetanse, helsekommunikasjon og kultursensitiv helsekommunikasjon er begreper som er utviklet med henblikk på å øke menneskers helse og livskvalitet. I en empirisk analyse viser det seg at helseutdannede skårer høyere enn ikke-helseutdannede når det gjelder helsekompetanse og digital helsekompetanse. Men selv helseutdannede kan ha vansker med å forstå informasjon om undersøkelser, eller med å vurdere informasjon som blir gitt om helserisiko gjennom massemedier, eller helseinformasjonens troverdighet, for eksempel på internett. Med inspirasjon fra sosiologi og pedagogikk har vi gjort rede for at helsekompetanse og organisatorisk helsekompetanse er sosiale og historiske konstruksjoner som gjennomgår endringer. De er ikke opphøyede og universelle verdier og idealer, men er forbundet med makt. Noen grupper i samfunnet har andre oppfatninger

av kropp og helse enn idealene som formidles av statens institusjoner og profesjoner. Når det gjelder helseidealer, spiller pasienters økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser en avgjørende rolle, men helsevesenet kan minimere og kompensere for ulikheter i helse gjennom for eksempel å inkludere kultursensitiv helsekommunikasjon samt gjennom utvikling og bruk av interkulturell kompetanse. Marginaliserte (ut fra klasse, etnisitet, religion) og sårbare (med komplekse lidelser, multimorbiditet) grupper skal imøtekommes.

Referanser

- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S. & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9(1), 10–21.
- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Nordisk Medicin*, 106(8–9), 232–236.
- Andrich, D. (2011). Rating scales and Rasch measurement. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(5), 571–585.
- Ashton, C. M., Haidet, P., Paterniti, D. A., Collins, T. C., Gordon, H. S., O'Malley, K., Petersen, L. A., Sharf, B. F., Suarez-Almazor, M. E., Wray, N. P. & Street, R. L. (2003). Racial and ethnic disparities in the use of health services: Bias, preferences, or poor communication. *Journal of General Internal Medicine*, 18(2), 146–152.
- Bateson, G. (2005). *Mentale systemers økologi: Skridt i en utvikling*. Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (1977). Outline of a theory of practice. Cambridge. (R. Nice, Overs.)
- Brochmann, G. & Djuve, A. B. (2013). Multiculturalism or assimilation? The Norwegian welfare state approach. I Kivisto, P. & Wahlbeck, Ö. (Red.), *Debating multiculturalism in the Nordic welfare states* (s. 219–245). Palgrave Macmillan.
- By, E. L. (2015). *Utvikling og validering av et måleverktøy for kultursensitiv interaktiv ernæringsfremmende allmenndannelse* [Masteroppgave]. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bynum, W. F., Porter, R. & Shepherd, M. (Red.). (2004). *The anatomy of madness: Essays in the history of psychiatry* (Bd. 3). Taylor & Francis.
- Council on Scientific Affairs for the American Medical Association. (1999) Health literacy: Report for the AMA Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552–557.
- Campinha-Bacote, J. (1994). Cultural competence in psychiatric mental health nursing. A conceptual model. *The Nursing Clinics of North America*, 29(1), 1–8.
- Carroll, J. K., Moorhead, A., Bond, R., LeBlanc, W. G., Petrella, R. J. & Fiscella, K. (2017). Who uses mobile phone health apps and does use matter? A secondary data analytics approach. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e125.
- Collyer, F. & Willis, K. (Red.). (2020). *Navigating private and public healthcare: Experiences of patients, doctors and policy-makers*. Springer Nature.
- Corcoran, N. (Red.). (2013). *Communicating health: Strategies for health promotion*. Sage.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (Rapport). Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Daraz, L., Morrow, A. S., Ponce, O. J., Beuschel, B., Farah, M. H., Katabi, A., Alsawas, M., Majzoub, A. M., Benkhadra, R., Seisa, M. O., Ding, J. F., Prokop, L. & Murad, M. H. (2019). Can patients trust online health information? A meta-narrative systematic review addressing the quality of health information on the internet. *Journal of General Internal Medicine*, 34(9), 1884–1891.

- Debesay, J., Kartzow, A. H. & Fougner, M. (2022). Healthcare professionals' encounters with ethnic minority patients: The critical incident approach. *Nursing Inquiry*, 29(1), e12421.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Andersen, A.-M. N., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F. K., Jeune, B., Jørgensen, T. & Søgaard, J. (2012). Ulighed i sundhed-årsager og indsatser. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 12–105.
- Durkheim, É. (1956). *Education and sociology*. Free Press.
- Dutta, M. J. (2007). Communicating about culture and health: Theorizing culture-centered and cultural sensitivity approaches. *Communication Theory*, 17(3), 304–328.
- Farmanova, E., Bonneville, L. & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry: A Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55.
- Finbråten, H. S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5), 60–63.
- Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. I K. Johnsen & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 15–22). Universitetsforlaget.
- Foronda, C. L. (2008). A concept analysis of cultural sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 207–212.
- Foucault, M. (2012). *The birth of the clinic* (3. utg.). Routledge.
- Gabrielsen E. & Ritland, A. A. (2000). Tre av ti leser for dårlig. *Samfunnspeilet*, 4. https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/69718?_ts=137dab2c128
- Gabrielsen, E. & Lagerstrøm, B. O. (2005). Mange innvandrere er dårlige til å lese norsk. *Samfunnspeilet*, 2. <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/mange-innvandrere-er-daarlige-til-aa lese-norsk>
- Geukes, C., Bruland, D. & Latteck, Å.-D. (2018). Health literacy in people with intellectual disabilities: A mixed-method literature review. *Kontakt*, 20(4), 449–457.
- Henrard, G. (2017). *Promoting «health literacy friendly» healthcare institutions*. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/213749/1/Poster%20EFPC%20Porto.pdf>
- Guldager, R., Willis, K., Larsen, K. & Poulsen, I. (2019). Nurses' contribution to relatives' involvement in neurorehabilitation: Facilitators and barriers. *Nursing Open*, 6(4), 1314–1322. <https://doi.org/10.1002/nop2.326>
- Guldager, R., Poulsen, I., Egerod, I., Mathiesen, L. L. & Larsen, K. (2018). Rehabilitation capital: A new form of capital to understand rehabilitation in a Nordic welfare state. *Health Sociology Review*, 27(2), 199–213. <https://doi.org/10.1080/14461242.2018.1434808>
- Gøtzsche, P. C., Smith, R. & Rennie, D. (2019). *Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted healthcare* (1. utg.). CRC Press.
- Hahn, E. A., Boileau, N. R., Hanks, R. A., Sander, A. M., Miner, J. A. & Carlozzi, N. E. (2020). Health literacy, health outcomes, and the caregiver role in traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 65(4), 401–408.
- Harsløf, I., Poulsen, I. & Larsen, K. (Red.). (2019). *New dynamics of disability and rehabilitation: Interdisciplinary perspectives*. Palgrave Macmillan.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Hindhede, A. L. & Larsen, K. (2019). Prestige hierarchies of diseases and specialities in a field perspective. *Social Theory and Health*, 17(2), 213–230.
- Ho, K. H. M. & Smith, G. D. (2020). A discursive paper on the importance of health literacy among foreign domestic workers during outbreaks of communicable diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4827–4833.
- Fagerlund, B. H., Pettersen, K. S., Terragni, L. & Glavin, K. (2016). Counseling immigrant parents about food and feeding practices: Public health nurses' experiences. *Public Health Nursing*, 33(4), 343–350.

- Illeris, K. (1999). *Læring: aktuell læringsteori i spændingsfeltet mellem Fiaget, Freud og Marx*. Roskilde Universitetsforlag
- Jarlbrog, G. (2004). *Hälsokommunikation – en introduktion* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Jensen, B. B. & Schnack, K. (2004) Assessing action competence? I W. Scott & S. Gough (Red.), *Key Issues in Sustainable Development and Learning* (s. 164–167). RoutledgeFalmer.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Gyldendal.
- Johnsen, K. & Engvold, H. O. (Red.). (2013). *Klinisk kommunikasjon i praksis*. Universitetsforlaget.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Knight, G. P., Jacobson, R. P., Gonzales, N. A., Roosa, M. W. & Saenz, D. S. (2009). An evaluation of the psychological research on acculturation and enculturation processes among recently immigrating populations. I R. Dalla, J. Defrain, J. Johnsen & D. Abbott (Red.), *Strengths and challenges of new immigrant families: Implications for research, education, policy, and service* (s. 9–31). Lexington Books.
- Koudahl, P., Larsen, K., Jensen, B. & Andsager, G. (2007). *Ulighed i børns sundhed: set i lyset af social kapital*. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Kreps, G. L. & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 328–332.
- Larsen, C. A., Jensen, E., & Larsen, C. H. (1997). *Didaktiske emner*. Danmarks Pædagogiske Bibliotek.
- Larsen, K. (2003). Krop, rum og redskaber i sygeplejerskeuddannelsen I K. Nielsen & S. Kvale (Red.), *Praktikkens læringslandskab: at lære gennem arbejde* (22–27). Akademisk Forlag.
- Larsen, K. (2001). Med arkitektur som læremester: om praktikuddannelse af sygeplejestuderende. I A. K. Petersen (Red.), *Praktikker i erhverv og uddannelse: om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker* (s. 440–473). Akademisk Forlag.
- Larsen, K. (2010). Bygningen og sundheden: socialvidenskabelige brikker til et overblik. I R. Kural, I. M. Kirkeby & B. B. Jensen (Red.), *Apropos: arkitektur, pædagogik og sundhed* (s. 80–90). Kunstakademiets Arkitektskoles Forlag.
- Larsen, K. (2012). Opbrud i medicinen fra 1750–1850: om positioner, kampe, videnskab og praksis i medicinsk felt. *Praktiske Grunde: Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 6(1), 25–67.
- Larsen, K. & Hansen, G. I. (2014). Social ulighed i sundhed – mere vilkår end valg: indsigter og forklaring på norske forhold. I E. Dahl, H. Bergsli, & K. van der Wel (Red.), *Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse* (s. 1–69). Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Larsen, K. (2021). *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*. Samfundslitteratur.
- Larsen, K. (2023, 22. april). Professor: Lighed i adgang til sundhedsvæsenet er en illusion. *Kristeligt Dagblad*.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1979). *Laboratory life*. Sage.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Gutterrud, Ø. (2019). Befolkningens helsekompetanse, del I. The international health literacy population survey, 2021.
- Levin-Zamir, D. & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, ehealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1643.
- Martinussen, M. & Larsen, K. (Red.). (2018). *Materialitet og læring*. Hans Reitzel.
- Llort, S. M. & Pettersen, K. S. (2020, 5. februar). Bedre helsekompetanse med spesialpedagogikk?. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/05/bedre-helsekompetanse-med-spesialpedagogikk/>
- Enculturation. (u.å.). *Merriam-Webster*. Hentet 23. februar 2021 fra <https://www.merriam-webster.com/dictionary/enculturation>
- Maibach, E. & Holtgrave, D. R. (1995). Advances in public health communication. *Annual Review of Public Health*, 16(1), 219–238.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Paasche-Orlow, M. K. (2011). Caring for patients with limited health literacy: A 76-year-old man with multiple medical problems. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 306(10), 1122–1129.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T. & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175–184.
- Patriksson, K., Berg, M., Nilsson, S. & Wigert, H. (2017). Communicating with parents who have difficulty understanding and speaking Swedish: An interview study with health care professionals. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 248–252.
- Pettersen, K. S. (2005). Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NorDiNa*, 1(1), 1–5.
- Pettersen, K. S. (2019a). Hva innebærer helse- og ernæringskommunikasjon? I A. Holthe, E. K. Aadland & N. G. Viig, (Red.), *Mat og helse i grunnskolelærerutdanningene* (s. 143–160). Fagbokforlaget.
- Pettersen, K. S. (2019b). Health literacy og nutrition literacy. I D. Engeset, L. E. Torheim & N. C. Øverby (Red.), *Samfunnsnærings* (s. 167–174). Universitetsforlaget.
- Pettersen, K. S. & Jennum, A. K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272–280.
- Raminani, Sudha R. (2023). “International Classification of Diseases”. Encyclopedia Britannica, 20 Mar. 2023, <https://www.britannica.com/topic/International-Classification-of-Diseases>. Accessed 31 August 2023.
- Ratzan, S. C., Sommariva, S. & Rauh, L. (2020). Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. *Public Health Research Practice*, 30(2), Artikkel 3022010. <https://doi.org/10.17061/phrp3022010>
- Reitz, J. G., Breton, R., Dion, K. K. & Dion, K. L., Phan, M. B. & Banerjee, R. (2009). Multiculturalism and social cohesion: Potentials and challenges of diversity.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties*, 1(4), 465–484.
- Safer, R. S. & Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463–468.
- Schnack, K. (1992). Dannelse og demokrati. Udvalgte artikler. DLH.
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of health and social behavior*, 51(1), 1–15.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1–13.
- von Conrady, D. M. & Bonney, A. (2017). Patterns of complementary and alternative medicine use and health literacy in general practice patients in urban and regional Australia. *Australian Family Physician*, 46(5), 315–320.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M. & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient–physician communication. *Family Medicine-Kansas City*, 34(5), 383–389.
- Wulff, H. R. & Götzsche, P. C. (2006). *Rationel klinik: Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger* (5. utg.). Munksgaard.
- Communicationis. (u.å.). *WordSense.eu*. Hentet 23. februar 2021 fra <https://www.wordsense.eu/communicationis/>

KAPITTEL 6

Teknologi og aktivisering i læringsfellesskap

Peter Forde Hougaard Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Christine Tørris Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Torunn Erichsen Seniorsenteret, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Kari Høium Institutt for atferdsvitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Kirsten Jacobsen Ulfsby Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Trude Løkhaug Jensen Institutt for sykepleie, VID vitenskapelige høgskole, Norge

Helene Storebø Opheim Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Abstract: In this chapter, we present four different teaching approaches, all of which incorporate significant elements of technology-assisted teaching and have been assessed as successful. These approaches are used as cases. We then engage in didactic reflections based on these approaches to determine the necessary components for these technologies to promote favorable learning processes and outcomes. We pose three analytical questions about the teaching approaches to answer the main didactic question: What makes these teaching approaches successful or at least perceived as successful? Based on these questions, we emphasize the importance of well-functioning learning communities and the characteristics thereof, as well as the importance of technology, supporting and enhancing both the learning community and learning processes. We find the success is achieved through using technology in a way that structures, facilitates, and activates students and learning processes.

Keywords: learning communities, technology in higher education, digital technology-supported learning, technology-assisted teaching, didactic reflections, student-activating learning resources, student active learning

Sitering: Hougaard, P. F., Tørris, C., Erichsen, T., Høium, K., Ulfsby, K. J., Jensen, T. L. & Opheim, H. S. (2023). Teknologi og aktivisering i læringsfellesskap. I U. Knutstad, K. Larsen & K. T. Jensen (Red.), *Fagdidaktiske temaer i helsefagene* (Kap. 6, s. 91–123). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.198.ch6>

License: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Innledning

Det foreligger klart uttrykte forventninger om at universiteter og høyskoler skal innta ledende roller i utvikling og bruk av teknologiske løsninger for å fremme studenters læringsprosesser (Meld. St. 16 (2016–2017)). På høyskoler og universiteter må man – og ønsker man ofte – å ta i bruk ulike teknologistøttede undervisningsmetoder, gjerne med en betydelig andel digitale innslag (NOU 2014: 5). Blant annet har OsloMet – storbyuniversitetet mål om å være i front når det gjelder å gjøre digital og teknologisk kompetanse til en integrert del av sine studier og fagmiljøer (OsloMet, 2019).

Forventningene og målsettingene begrunnes i forskning. En systematisk oversiktsstudie viser blant annet at studenter i utgangspunktet er positivt innstilt til digitale læringsressurser, og at mange foretrekker at digitale læringsressurser benyttes i tillegg til tradisjonelle undervisningsformer (Olivier et al., 2020). En annen systematisk oversiktsstudie viser at digital problembasert læring i helsefagene er mer effektiv enn tradisjonell læring, og like effektiv som tradisjonell problembasert læring når det kommer til kunnskap hos studentene (Car et al., 2019). Noe tilsvarende vises til i en systematisk metaanalyse der man finner at nettbasert undervisning har en generell positiv effekt på kunnskap og kliniske ferdigheter sammenlignet med tradisjonelle typer programmer, spesielt for programmer med blandede undervisningsformer, og kortere intervensjonsperioder (Kang & Seomun, 2018).

Samtidig viser metaanalyser også at teknologi alene sjelden bidrar til læringseffekt. Det trengs både en pedagogisk og en metodisk tilnærming i utviklingsprosessen for å fremme studentaktive læringsformer og læringseffekter ved bruk av digitale teknologier (Berney & Bétrancourt, 2016; Hattie, 2009; Mayer, 2014).

I lys av overnevnte innsikter kan vi anta at undervisningsopplegg med betydelige innslag av digitale læringsressurser og teknologi kan skape gunstige læringsforløp og gode resultater. Samtidig kan vi anta at for at så skal skje, må det mer til enn bare gode teknologiske løsninger. Spørsmålet er da hva det kan være for noe.

Vi vil presentere fire forskjellige undervisningsopplegg, som alle har betydelige innslag av teknologistøttede undervisningsformer, og som i tillegg er blitt vurdert som vellykket. Med utgangspunkt i disse casene legger vi til rette for fagdidaktiske refleksjoner over hva som må være til stede for at teknologi skal bidra til å skape gunstige læringsforløp og gode resultater.

De fire undervisningsoppleggene er utviklet hver for seg, de springer ut av forskjellige disiplin- og fagtradisjoner, og de har forskjellige fagdidaktiske og forskningsmetodiske tilnærminger. I tillegg er undervisningen tematisk forskjellig: «flipped classroom»-undervisning i *legemiddelregning* (Tørris, 2020), en digital læringsressurs i *epilepsi og helseveiledning* (Erichsen & Høium, 2021a), en teknologistøttet *refleksjonsmodell* for studenter i praksis (Urstad et al., 2018) og «Student-Best», et teknologistøttet tverrprofesjonelt *samhandlings- og kommunikasjonskurs* (Jakobsen et al., 2018).

Til tross for forskjellene mellom disse mener vi at de ulike undervisningsoppleggene kan være gode utgangspunkter for å drøfte hva som skal til for at teknologistøttede undervisningsformer blir nettopp vellykket. Vi gjør det ved å stille følgende tre analytiske spørsmål av fagdidaktisk karakter knyttet til de fire casene:

- Hva er det som gjør at disse undervisningsoppleggene ble – eller i det minste ble oppfattet som – vellykket?
- Hva er det med disse fire undervisningsoppleggene som gjorde at studentenes læring tilsynelatende ble styrket?
- Finner vi fellesnevner ved disse undervisningsoppleggene som gjorde at studentene opplevde styrket sammenheng mellom teori og praksis, og hadde fellesnevnerne betydning for læringsutbyttene til studentene?

Metode og utvalg

Kapitlets analyser tar utgangspunkt i fire teknologistøttede undervisningsopplegg (caser) som presenteres kort nedenfor. Vi har hatt en pragmatisk tilnærming til valg av caser. Viktige sider ved casene, som gjør dem velegnet til å svare på spørsmålene vi stiller, er:

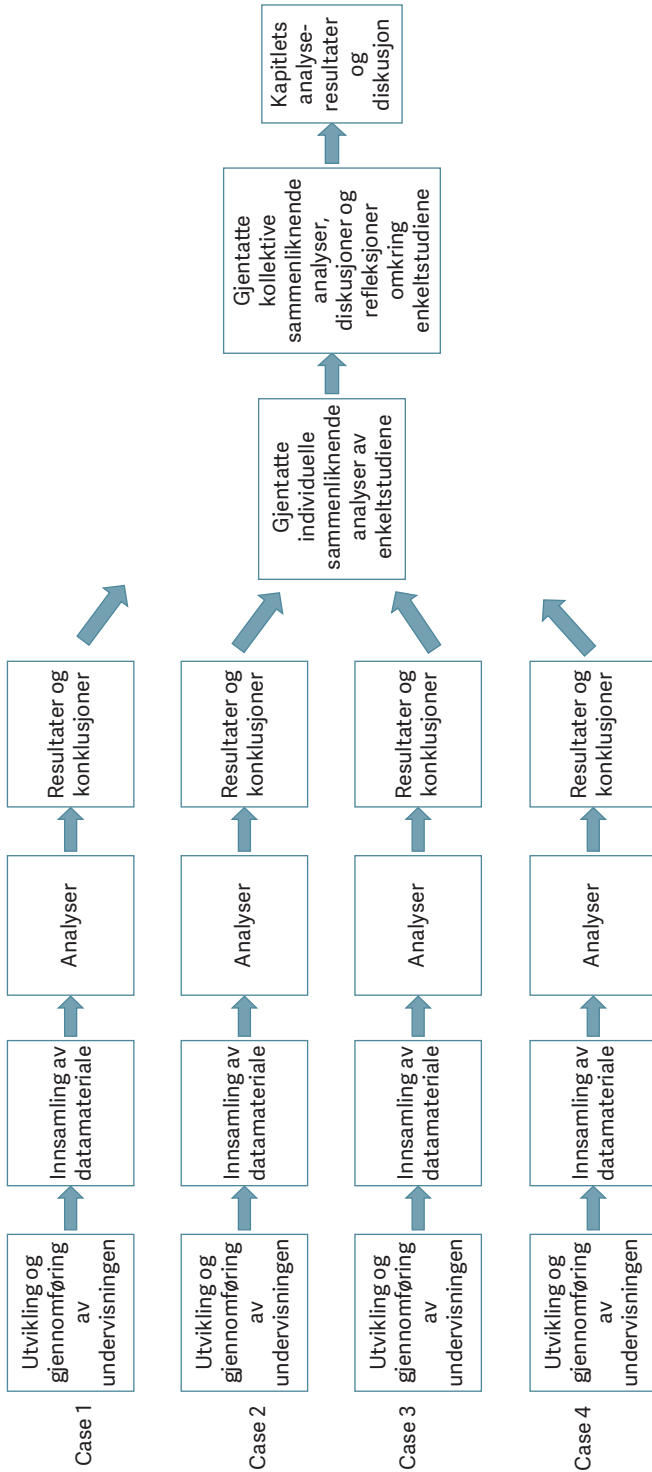
1. Teknologistøttet læring har vært viktige elementer i undervisningsoppleggene.
2. De tar i bruk én eller flere former for teknologi primært for å øke studenters eller helsepersonells *læring*. Det er ikke økonomiske eller organisatoriske formål som har vært den primære begrunnelsen.
3. Én eller flere av de enkelte studienes forfattere er representert i dette kapitlet og har vært med i gjennomføringen av undervisningen.

4. Undervisningspraksisene har vært rigget for å bli forsket på, og det foreligger allerede publikasjoner knyttet til hver enkelt av dem. Dermed foreligger det allerede gode analyser av hva som fungerte eller ikke fungerte.
5. Undervisningsoppleggene har vært vurdert som *vellykket* på bakgrunn av interne emneevalueringer og de publiserte studiene.

Analysene

Analysene som presenteres i dette kapitlet, opererer på to nivåer. Det første nivået knytter seg til analysene som ble gjort i forbindelse med de enkelte studiene av undervisningsoppleggene. Vi sikter her eksempelvis til analysene til Tørris (2020) knyttet til «flipped classroom»-undervisningen om legemiddelhåndtering, og som har dannet grunnlaget for hennes publisering. Tilsvarende gjelder for analysene knyttet til de andre studiene som benyttes i dette kapitlet. Analysemetodene i de enkelte studiene har nødvendigvis vært ulike i de forskjellige studiene og beskrives kun kortfattet i dette kapitlet. For mer utfyllende beskrivelser henvises det til de enkelte publikasjonene.

Det andre nivået er analysene som er gjort for å svare på spørsmålene vi stilte innledningsvis. De har tatt utgangspunkt i casebeskrivelsene som presenteres nedenfor, og som er skrevet frem av de respektive studienes forfattere. Disse andrenivåanalysene har foregått dels individuelt og dels kollektivt. Individuelt ved at forfatterne har gjentatt lesning av hverandres tekster knyttet til enkeltcasene og skrevet notater og kommentarer hver for seg. De individuelle andrenivåanalysene har deretter vært presentert kollektivt gjennom gjentatte diskusjons- og samskrivingsmøter. Underveis i prosessen har vår forståelse av de ulike undervisningsoppleggenes fagdidaktiske implikasjoner økt, vårt kritiske blikk på egne og andres undervisningsopplegg er blitt styrket, og samtidig har vi utviklet en tydelig kollektiv forståelse av fellestrekkene ved dem. Det er denne kollektive forståelsen, basert på grundige gjentatte lesninger, refleksjon og diskusjon, som presenteres under resultatdelen og diskusjonsdelen i dette kapitlet. Resultatene fra disse analysene er slik sett også eksempler på det antologiens redaktører løfter frem som et av fagdidaktikkens sentrale temaer: Faglæreres refleksjoner om hva som gjør at studenter kan få maksimalt utbytte av de kunnskapene, ferdighetene, idealene og verdiene som utdanningen inneholder og forsøker å formidle (se kapittel 1 i denne utgivelsen).



Figur 1 Skisse over prosessen (fra undervisningsopplagene til resultater presentert her).

Fire vellykkede teknologistøttede undervisningsopplegg

Her følger relativt kortfattede beskrivelser av studiene som danner utgangspunkt for våre analyser. Som beskrevet i innledningskapitlet kan fagdidaktikk beskrives som en undervisningsteknologi hvor underviserne organiserer og tilrettelegger for hva som skal være utbyttet av læringen. Strukturen i de respektive casebeskrivelsene er slik: Først gis en kortfattet bakgrunn og hensikt for studien, og av undervisningsmetodikken som har vært benyttet. Deretter følger en kort beskrivelse av gjennomføringen av studien. Så presenteres hovedfunnene eller resultatene fra studiene, før forfatterne presenterer noen oppsummerende kommentarer om hva de selv mener har gjort at deres undervisningsmetode kan sies å ha bidratt til gode resultater og læringsutbytteoppnåelse for studentene. Fremover i dette kapitlet er derfor fokuset først og fremst rettet mot de «sterke» eller «positive» sidene ved undervisningsoppleggene som førte til de gode resultatene. Gode resultater – i bred forstand – anses i denne sammenheng å være tegn på undervisningens didaktiske vellykkethet.

Case 1: «flipped classroom»-undervisning i legemiddelregning

Bakgrunn

I en kvaseksperimentell studie ble læringsutbyttet ved «flipped classroom» (FC) og tradisjonell undervisning undersøkt i tilknytning til undervisning i legemiddelregning (Tørris, 2020). Her presenteres noen sentrale elementer fra undervisningen, datagrunnlaget og resultater fra studien.

«Just-in-time teaching» (JiT) ble benyttet for å optimalisere studenters læringsutbytte og øke studenters motivasjon og kontroll over egen læring (Schuller et al., 2015). JiT er en nettbasert pedagogikk som foregår i klasserommet, der strategien ligger i å gripe tak i det som ligger mellom undervisning og læring (Novak, 2011). Kjernen i JiT er at studentene kan gi tilbakemelding til lærer om hva de ikke har forstått, eller om noe de ser på som utfordrende, etter at de har fullført første del på internett. Undervisningen i klasserommet legges så opp etter disse tilbakemeldingene (Novak, 2011; Schuller et al., 2015).

Blandede læringsformer defineres som en kombinasjon av læringsaktiviteter, som involverer både fysiske interaksjoner i klasserommet

og teknologibaserte interaksjoner (Bliuc et al., 2007). Slike læringsformer blir ofte sett på som både effektive, tidsriktige og kostnadseffektive (Lothridge et al., 2013). Vi skal nå presentere erfaringer fra et undervisningsopplegg i legemiddelregning der disse læringsformene ble benyttet med hell.

Deltagere

Studenter (n = 88) fra OsloMets to campuser ble delt i to grupper. Intervensjonsgruppen fikk «flipped classroom» og kontrollgruppen tradisjonell undervisning (kontroll). Intervensjonens undervisningsopplegg besto av blandede læringsformer, med tre korte videoleksjoner på to–tre minutter og læringsaktiviteter i klasserommet basert på JiTT og «peer instruction». Den tradisjonelle undervisningen besto av forelesninger og oppgaveløsning i klasserommet.

Gjennomføring

Den didaktiske relasjonsmodellen ble benyttet som referanseramme i planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisningsopplegget (Hiim & Hippe, 2009). Det ble lagt vekt på at undervisningen skulle være studentaktiv og tilpasset hver enkelt student. Oppgavesettene var basert på tidligere eksamensoppgaver med tematisk inndelte oppgaver, og de var de samme som i testgruppen.

I FC-undervisningen fikk studentene tilgang til tre korte videoleksjoner (maks tre minutter) som de skulle se før de møtte til undervisning i klasserommet. Innholdet i videoleksjonene var blant annet beskrivelser av fremgangsmåter i legemiddelregning, der eksemplene i videoene ble valgt ut fra hva tidligere studenter hadde opplevd utfordrende. I videoleksjonene ble det brukt bilder og animasjoner, men minst mulig tekst. Til hver film (hvert tema) var det egne oppgaver med løsningsforslag.

Undervisningsøkten på campus startet med at lærer holdt en kort introduksjon med informasjon om strukturen for undervisningsøkten. Studentene fikk så stille spørsmål relatert til teorien i videoleksjonene, og hovedutfordringene ble diskutert i plenum. På denne måten fikk studentene oppklart eventuelle misforståelser før læringsaktivitetene begynte. Lærer fikk også et inntrykk av om studentene hadde sett på videoleksjonene og var forberedt før de møtte i klasserommet.

Studentene fikk deretter oppgaver som skulle løses i smågrupper. Oppgavesettene besto av tidligere eksamensoppgaver. Gruppene hadde to–fire studenter som ble definert ut fra hvor i klasserommet de satt. Klasserommet var et rom med flatt gulv, der studentene kunne flytte pulter og stoler.

Først forsøkte studentene å løse oppgavene selv, før de diskuterte egne løsningsforslag og utfordringer i gruppen, altså en form for «peer learning» (Novak, 2011; Schuller et al., 2015). Lærer gikk rundt i klasserommet og veiledet, og hvis flere sto fast på en oppgave, ble den gjennomgått på tavlen. Til slutt ble oppgavene gjennomgått og diskutert i plenum, og studentene fikk tilhørende fasit eller løsningsforslag. Både underveis og i etterkant ble utfordringene diskutert i plenum.

Om resultatene

For å bestå eksamen i legemiddelregning må alle spørsmål besvares korrekt. Resultatet («bestått» eller «ikke bestått») fra eksamen ble hentet fra vurderingsprotokollen, og de anonyme eksamensbesvarelsene til hver enkelt student ble gjennomgått. Typer feil i eksamensbesvarelsene ble kategorisert som «feil i omgjøring», «feil i utregning av dose, styrke og/eller mengde» og «feil i utregning av fortykning».

Undervisningsopplegget basert på «flipped classroom» ga bedre læringsutbytte, med redusert strykprosent, sammenlignet med tradisjonell undervisning. I FC-gruppen var det 22 prosent reduksjon i stryk på eksamen, sammenlignet med klassen som fikk tradisjonell undervisning (kontrollgruppen).

Eksamensbesvarelsene til begge gruppene ble gjennomgått. FC-gruppen hadde i gjennomsnitt færre feil enn kontrollgruppen, med gjennomsnittlig 1,4 feil (spennvidde 1–3) sammenlignet med kontrollgruppen som i gjennomsnitt hadde 1,9 feil (spennvidde 1–7).

I denne studien ble det sett at studenter som fikk undervisningsopplegg basert på FC, hadde lavere strykprosent sammenlignet med dem som fikk tradisjonell undervisning. Videre hadde studentene i kontrollgruppen flest feil i alle oppgavetyper og til sammen, sammenlignet med FC-gruppen.

Forfatternes oppsummerende kommentarer

Legemiddelregning er en praktisk ferdighet hvor teoretisk kunnskap er en forutsetning for å kunne utføre det korrekt. Kunnskap og ferdigheter

tilegnet i undervisningen har dermed direkte relevans og overførbarhet til praktisk yrkesutøvelse. FC – slik det er gjort her – ser ut til å bidra til at studentene lærer å anvende, ikke bare huske, kunnskap.

Et vellykket FC-undervisningsopplegg forutsetter at videoleksjonene er nært knyttet opp mot læringsutbyttebeskrivelsene og eksamen, slik at de oppleves meningsfulle for studentene. De må være lett tilgjengelig, og man må sørge for at studentene ser dem før undervisning, for eksempel ved at de legges inn i timeplanen. Det er samtidig viktig at videoleksjonene ikke blir en erstatning for lærerens undervisning, men en løsning som muliggjør et læringsrom når studentene møtes i klasserommet. Det er også viktig at klasseromsaktivitetene er godt designet og oppleves relevante for studentene. På den måten vil studentene bedre kunne aktiviseres i sin egen læringsprosess (Bernard, 2015).

Case 2: åpen digital læringsressurs i epilepsi og helseveiledning

Bakgrunn

Her deler vi erfaringer fra en pilotstudie som ble gjennomført med bruk av det digitale læreverket *Epilepsi og helseveiledning* høsten 2019.¹ Målgruppen for læreverket er helsefagstudenter, helsepersonell og andre med interesse for temaet.

Læringsressursen ble utviklet i nært samarbeid med praksisfeltet og publisert på OsloMets åpne læringsplattform for digitale læreverker (OsloMet, 2022). E-læringsressursen har en struktur som består av hovedkapitler og underkapitler, og den kombinerer tekster, illustrasjoner, digitale forelesninger, hyperlenker til forskning og annen litteratur, korte videoer samt ulike oppgavetyper som test-deg-selv-oppgaver og refleksjonsoppgaver med blant annet ulike historier fra pasienter og brukere i ulike aldre.

Hensikten med pilotstudien var å undersøke hvordan den digitale ressursen fremmer læring når den inngår som undervisningsstøtte i ulike studieemner.

1 Senere revidert januar 2021 (Erichsen & Høium, 2021a). Læreverket anvendes nå i en heldigital videreutdanning i etter- og videreutdanningsporteføljen til OsloMet (2023).

Deltagere

Deltagere i pilotgjennomføringen (n = 25) var i all hovedsak helsepersonell, rekruttert gjennom «snøballmetoden». Deltagerne ble invitert fra praksissteder der pasienter/brukere med epilepsidiagnosen var godt representert. De fikk tilbud om å delta som studenter i en pilotstudie for å utvikle en ny videreutdanning i epilepsi og helseveiledning basert på det digitale læreverket.

Gjennomføring

Pilottesting av læringsressursen ble gjennomført som ledd i en samlingsbasert videreutdanning i epilepsi og helseveiledning over ett semester. Det ble benyttet blandede læringsformer som innebar selvstendige forberedelser med utgangspunkt i den digitale læringsressursen, gruppesamlinger på campus og digitalt etterarbeid.

Eksempler på forarbeid i den digitale læringsressursen kunne være å lese fagstoff, å se videoer av epileptiske anfall for å observere utfall og håndtering og å besvare ulike oppgaver. I de fysiske samlingene var samarbeidslæring sentralt, der studentene delte sine erfaringer fra forberedelsene i små grupper. Deretter ble det gitt korte presentasjoner fra gruppene i plenum, med mulighet for spørsmål og tilbakemeldinger fra medstudenter og lærer. Etterarbeidet var skriftlige refleksjonsnotater med tilbakemeldinger fra lærer. Hensikten med å designe denne «triaden» av læringsformer med forberedelser, gjennomføring og etterarbeid var å stimulere til forståelse og dybdelæring der deltagerne lærte av og med hverandre (Erichsen & Høium, 2021).

Om resultatene

Etter gjennomføring fikk studentene en lenke til et nettbasert evalueringsskjema. Svaralternativene var en fem punkters graderingsskala med alternativer fra «i svært stor grad» til «i svært liten grad», med åpne svarkategorier for kommentarer til hvert av spørsmålene. 17 av 25 deltagere besvarte det nettbaserte evalueringsskjemaet.

Som del av det pedagogiske opplegget skrev deltagerne også refleksjonsnotater underveis. Refleksjonsnotatene er inkludert i det kvalitative datagrunnlaget etter samtykke fra studentene. Samtlige kvalitative data ble gjennomgått, tematisert og analysert (Kvale et al., 2015).

Hovedtendensen i materialet viser at studentene opplevde læringsressursen som funksjonell og brukervennlig. De fremhevet variasjon, tilgjengelighet og fleksibilitet som positivt. Den digitale læringsressursen bidro til større forståelse for sammenheng mellom teori og praksis.

Over halvparten av deltagerne svarte at den digitale læringsressursen i stor grad bidro til økt kunnskap om epilepsi og om å leve med diagnosen. Sitatet under er et eksempel på denne opplevelsen:

Læringsressursen gir fine eksempler både i form av tekst, film og refleksjonsoppgaver. Den er informativ, og det er virkelig noe jeg vil og bruker i jobbsammenheng.

En annen fremhevet:

Mest nyttig var det å lese og se på videoer om hvordan det er å leve med epilepsi – samt sidene om medisiner og bivirkninger.

Andre ting som gikk igjen i kommentarene i spørreskjema var følgende:

Flott med lenkene til forskning, artikler og veiledere til bruk i egen undervisning. Bruk av pasienthistorier har vært svært nyttige.

Over halvparten av deltagerne fremhevet at læringsressursene om helseveiledning ga dem nye perspektiver på hvordan de kunne kommunisere mer profesjonelt for å fremme mestringsopplevelse hos pasienter og brukere.

Nyttige forelesninger og opplegg om helseveiledning.
Kommunikasjon med pasienter og brukere kan være vanskelig, her fikk jeg gode eksempler til bruk i egen praksis.
Helseveiledning og mestring – opplever at jeg håndterer det bedre allerede nå. Er blitt en bedre samtalepartner.
Har fått mer teori som gir meg mer å tenke igjennom til neste gang jeg skal veilede.

Flesteparten opplevde at test-deg-selv-oppgavene var motiverende. Andre oppga at noen av oppgavetekstene var uklare, mens andre oppgaver ikke ga forventet spontan respons. Noen få skrev at de savnet tilbakemelding på refleksjonsnotatene de leverte i tilknytning til seminarne på campus. I to av evalueringsskjemaene kommenterte deltagerne at de savnet å kunne ha mulighet til å kommunisere med medstudenter for å dele

informasjon underveis i kurset, og at de savnet organisert samarbeid om gruppeoppgaver.

Forfatternes oppsummerende kommentarer

Våre erfaringer er at e-læringsressursen har nytteverdi for studentene når den inngår i strukturerte undervisningsopplegg. Studentene opplevde tilgjengeligheten og fleksibiliteten som ligger i bruk av teknologistøttet læring, som avgjørende, særlig fordi mange kombinerer jobb og studier. Svarene gir oss en pekepinn på at digitale ressurser med blandede læringsformer bidrar til å fremme læring og har potensial til å styrke sammenhengen mellom teori og praksis. At læringsressursen er åpen og gratis tilgjengelig, gjør den lett å dele og anvende i praksisfeltet. Denne fleksibiliteten kan også gjøre det lettere for studenter å innlemme det digitale fagstoffet i praksisstudiene samt å dele fagressursen i praksisfelt og med kollegaer. Denne fleksibiliteten gir muligheter for nye samarbeidsmodeller som kan bidra til å styrke læringsfelleskapet mellom praksisfelt, utdanningsinstitusjon og student.

Case 3: digitale historiefortellinger og faglig refleksjon i klinisk praksis

Bakgrunn

En digital historiefortelling (DH) er en kort, multimedial fortelling på cirka to–tre minutter som består av bilder, tegninger, video, musikk eller andre lydeffekter (Haug & Jamissen, 2015). DHs kjerne er den personlige stemmen, prosessen og refleksjonen underveis og i etterkant av utviklingen av den.

Workshop-modellen «Digitale historiefortellinger og faglig refleksjon i klinisk sykepleie praksis» ble utviklet ved OsloMet i 2015 av Jamissen fra OsloMets medieseksjon, Haug fra barnehageutdanningen og Jacobsen Ulfsby og Løkhaug Jensen fra sykepleierutdanningen. Studentene produserer personlige fortellinger i en individuell og kollektiv prosess hvor de aktivt forteller, lytter og reflekterer sammen med medstudenter, faglærere og helsepersonell. I 2016–2017 ble modellen testet ut i et samarbeidsprosjekt mellom sykepleierutdanningen ved OsloMet og Universitetet i Stavanger (UiS). Hensikten med samarbeidsprosjektet var å se på sykepleierstudenters erfaringer med DH i kliniske studier. Prosjektet er beskrevet i artikkelen «Digital storytelling in clinical replacement studies: Nursing students' experiences» (Urstad et al., 2018).

Deltagere

37 studenter fra to ulike sykepleierutdanningsinstitusjoner i Norge deltok i gjennomføringen av studien. 17 var førsteårsstudenter i klinisk praksis på sykehjem, mens 20 var tredje års sykepleierstudenter i kirurgisk eller medisinsk praksis ved et universitetssykehus.

Gjennomføring

Workshop i DH og faglig refleksjon i praksis består av tre etterfølgende faser: 1) seminar med teori, historiesirkel og tekstutvikling, 2) produksjon og 3) presentasjon. Seminaret starter i plenum, med en teoretisk introduksjon til DHs innhold og form. Studentene deltar så i en historiesirkel (4–10 studenter og en lærer). Der starter de med å presentere en valgfri praksisnær situasjon som har berørt dem. Studenten får så tilbakemeldinger fra medstudenter og lærer. I læringsfellesskapet blir det tilrettelagt for nye perspektiver, idéutvikling og idékonkretisering. Deretter skriver studentene ned sin historie ved hjelp av «fri flyt»-teknikk for å få frem flest mulig assosiasjoner, tanker og følelser. Så finpusses, spisses og komprimeres fortellingen med veiledning fra lærer, før studentene går sammen to og to og presenterer tekstene for hverandre. Seminaret avsluttes med individuelt arbeid med produksjon av et «storyboard», en oversikt over planlagt produksjon med bilder og tekst.

I produksjonsfasen får studentene to uker på å ferdigstille den multimediale fortellingen, med avsatt tid til veiledning, før hver student får 25 minutter i siste praksisuke til å dele den ferdige fortellingen (DH) med medstudenter, lærere, tverrfaglig personell og sykehjemmets ledelse for i fellesskap å reflektere over det som er presentert.

Om resultatene

Et utforskende kvalitativt design med semistrukturerte fokusgruppeintervjuer ble valgt for å undersøke studentenes erfaringer med DH. Noen sentrale funn presenteres her.

Studentenes egen fortellerstemme og effekter som lyd og bilder gjorde fortellingene personlige, nære og relevante, noe som gjorde at DH vekket følelser og engasjement:

Historiene berørte meg; jeg fikk tårer i øynene ... (Førsteårsstudent)

DH skilte seg fra studentenes tidligere erfaringer med skriftlige refleksjonslogger. Skriftlige logger ble beskrevet som lange og teoritunge med søkelys på akademisk skriving. Studentene opplevde dette som en læringsform som skapte lite entusiasme og motivasjon. Fortellingen i DH, med fortellerstemmen og de visuelle effektene, tydeliggjorde budskapet, skapte motivasjon og ga et godt utgangspunkt for faglig diskusjon og refleksjon, også etter endt fremvisning:

De visuelle elementene er klistret til hjernen. Når jeg sitter i bilen ... så tenker jeg fortsatt på historiene. Jeg tror jeg vil huske det vi har diskutert, lenge, og fortsette refleksjonen på egen hånd. (Tredjeårsstudent)

De digitale historienes personlige og muntlige sjargong bidro også til at studentene følte seg friere i refleksjonen:

Når jeg skriver, så blir jeg opptatt av språk og setninger [...] Nå er budskapet mer i fokus, det er lettere, og du føler deg fri til å faktisk reflektere. (Tredjeårsstudent)

Studentene oppga at de mange rundene med refleksjon, fra idéutvikling til endt refleksjonsrunde etter presentasjonen av DH, fremmet dypere forståelse. Studentene fikk hele veien se sin egen historie fra nye og ulike perspektiver gjennom innspill fra medstudenter, lærere og ansatte:

Prosessen gjør det mulig for deg å knytte historien din til teoretiske perspektiver. Det kan forklares som en voksende refleksjon. Først så fokuserer du på det enkelte budskapet i historien. Så gir medstudenter feedback, så supplerer læreren, så relaterer vi den til relevant teori og lovverk. Det blir bare bedre og bedre, og til slutt så ser du hele bildet. (Tredjeårsstudent)

Forfatterens oppsummerende kommentarer

Studien og våre erfaringer viser at DH kan være et verdifullt redskap for å fremme dybderefleksjon og -læring. Kombinasjonen av workshop-modellens måte å knytte teori og praksis på gjennom flere runder med refleksjon, ser også ut til å gjøre det lettere for studentene å kunne se sammenhenger.

DH gir mulighet for kreativitet, hvor studentene får vist at de er gode på observasjon, faglig refleksjon og formidling i en estetisk og kreativ sjanger. At de fikk vist frem at de var faglig sterke, ga dem glede og motivasjon, som er viktig for læring.

Studentene var fornøyd med prosessen de selv fikk lede frem, og de satte pris på tverrfaglige innspill i refleksjonen og viste tydelig stolthet over produktene. Den gode gruppedynamikken som arbeidsformen inviterte til, hvor også tverrfaglig personell og ledelse deltok aktivt, skapte faglig engasjement. Som lærerveiledere erfarte vi økt studentaktivitet i de faglige refleksjonene, hvor også lærerveiledere og andre ansatte kunne hjelpe studentene til å spisse temaet samt løfte frem etiske og teoretiske aspekter.

Case 4: «Student-Best»

Bakgrunn og deltagere

Student-BEST, der BEST er akronym for «Bedre og systematisk teamtrening, er et tverrfaglig undervisningskonsept som foregår ved OsloMets simulerings- og ferdighetssenter, hvor sisteårsstudenter på lege- og sykepleierstudiet trener på kommunikasjon og samarbeid i simulerings situasjoner. Tverrfaglig samarbeid og rolleforståelse er en vesentlig del av opplæringen. Konseptet bygger på BEST-stiftelsens prinsipper. Student-BEST ble startet i 2008 som et mindre prosjekt for anestesisykepleierstudenter og legestudenter. I 2014 ble kurset utviklet til et obligatorisk kurs for sykepleierstudenter på OsloMet (campus Pilestredet) og for legestudenter fra Universitetet i Oslo (UiO). Til sammen gjennomfører 650 studenter kurset årlig.

Gjennomføring

Fasilitatorene kommer fra legeutdanningen ved UiO og sykepleierutdanningen ved OsloMet. Ved hver av de fire simuleringsstasjonene studentene skal innom, gjennomføres ett akuttmedisinsk scenario. Omtrent én uke før kursdagen får studentene tilsendt digitale læringsressurser i form av YouTube-videoer med gjennomgang av aktuelle akuttmedisinske prosedyrer og observasjoner og informasjon om kursdagens hensikt og program.

Studentene organiseres i faste team bestående av cirka fem sykepleierstudenter og to medisinerstudenter. Før de starter med simulering, får de en gjennomgang av utstyret og en påminnelse om formålet med simuleringen. Studentene mottar deretter rapport om aktuelt scenario, og så får de litt tid til å fordele roller og oppgaver før de møter «pasienten», representert av en mennesketro simuleringsdukke som de har mulighet til å kommunisere med, og som de kan registrere ulike verdier som blodtrykk, puls og EKG fra.

Under simuleringen trener studentene på ulike roller og oppgaver i de forskjellige scenarioene, nært opptil slik scenarioene utspiller seg på reelle akuttmottak. Legestudentene deler på å være teamleder eller undersøkende lege, mens sykepleierstudentene har ansvar for luftveier, administrasjon av medikamenter og væske og oppkobling av monitoreringsutstyr og lignende. De ulike scenarioene krever at studentene tar i bruk teamets samlede kunnskaper og ferdigheter når de behandler «pasienten».

Studentene gjennomfører aktuelle undersøkelser og tiltak, og får statusoppdateringer fra lærer når de er gjennomført. Ut fra hva studentene faktisk foretar seg, justeres «pasientens» sirkulasjonsstatus og adferd av fasilitatorene. Hvert scenario spilles i cirka 15 minutter, med etterfølgende debriefing på cirka 40 minutter under ledelse av lærerne. Det sentrale her er refleksjoner rundt hva som skjedde i simuleringen, hvordan de opplevde kommunikasjon og samarbeid, samt hvilke områder de kan øve på å forbedre ved neste stasjon. Ved debriefing benyttes tidvis video for å tydeliggjøre ulike læringspunkter som oppsto underveis i scenarioene. situasjoner, og slik at studentene kan se gjennomføringen av scenarioet i etterkant.

Mellom hver simuleringstasjon gis det korte, felles forelesninger og avspilling av en opplæringsfilm med det relevante temaet for simuleringstreningen, som systematisk undersøkelse av pasient samt kommunikasjon og samarbeid i tverrfaglige team.

Om resultatene

Alle gjennomføringer av kurset blir evaluert. Etter hver gjennomkjøring samles studentene for muntlige tilbakemeldinger til lærerne. Videre får studentene tilsendt et evalueringsskjema via nettskjema.no. Her bes de om å svare på hva som fungerte bra, og hva som kan forbedres i etterkant av kurset. Resultatene som presenteres her, er basert på disse evalueringene. Uavhengig av faglig bakgrunn er de fleste studentenes tilbakemeldinger svært positive. En sykepleierstudent skrev eksempelvis følgende:

Det var gode caser og god oppfølging. Alle fasilitatorene ga god informasjon før, under og etter casene. Det var veldig fint med debrief etter hver case, som jeg lærte mye av! Det var også veldig interessant at vi måtte begynne med å si noe positivt om oss selv eller gruppen etter simuleringen. Jeg føler det løftet stemningen og bidro positivt på motivasjonen videre. Det var også veldig hjelpsomt at vi diskuterte hva som ikke fungerte så godt sammen i gruppen, og at vi fikk konstruktiv kritikk og feedback fra fasilitatorene. (Sykepleierstudent)

Studentene synes også det er nyttig å møtes på tvers av utdanningene for å trene sammen. Det gir dem mulighet til å bli kjent med hverandres kompetanse, noe som er nyttig når de som ferdig utdannet helsepersonell skal samarbeide videre. En legestudent begrunner nytteverdien av kurset slik:

Nå forstår jeg bedre hvor «skoen trykker» for en fersk sykepleier, og jeg tror også at de forstår bedre hvilke svakheter en fersk lege kan ha. (Legestudent)

Flere studenter uttrykker at denne formen for tverrfaglig trening burde gjøres oftere, her formulert av legestudent:

Vi bør ha flere sånne dager i løpet av studiet! Så blir vi enda flinkere til å kommunisere, samarbeide og å håndtere stress, og det vil bli rom for å øve mer på tekniske ferdigheter i stressende settinger. (Legestudent)

Hovedbildet er at de fleste ønsker mer av denne type samhandlingstrening gjennom utdanningen, med tydelige tilbakemeldinger, i tråd med denne legestudenten evaluering:

Jeg skulle ønske vi hadde mer undervisning på denne måten – og ikke minst tidligere i studiet. Jeg har aldri fått direkte tilbakemeldinger på eget arbeid på samme måte. Vi har aldri jobbet i team på samme måte, noe som var utrolig lærerikt. (Legestudent)

Forfatternes oppsummerende kommentarer

Utarbeidelse av scenarioer i et miljø tilnærmet likt et sykehus, med pasientsimulatorer som responderer på studentenes handlinger, gjør at vi får laget realistiske situasjoner som studentene lett kan leve seg inn i. På denne måten behandler studentene «pasienten», og samarbeider ut fra de parametre og data de får presentert. Studentene blir engasjert og opplever at simulering gir godt læringsutbytte. Studentene blir utfordret på sine kunnskaper, ferdigheter og samarbeid i disse pasientsituasjonene. I debrifingen får de mulighet til å gi uttrykk for hvordan de opplevde simuleringssituasjonen, og de får tilbakemeldinger av både gruppe-medlemmene og lærere på det de har gjort. Dermed får gruppen av studenter og lærere mulighet til å få frem og reflektere over komplekse samhandlingssituasjoner som de vil møte som nyutdannede leger og sykepleiere; situasjoner som kan være utfordrende å håndtere fordi de krever ulik faglig kompetanse og evne til å samarbeide i team. Etersom studentene har det samme teamet gjennom

hele kursdagen, får de mulighet til å jobbe videre med de tilbakemeldingene de får på hver simulering.

Diskusjon

Vi har nå presentert fire ulike undervisningsopplegg som vi oppfatter som vellykket. Vi har lagt vekt på at undervisningsoppleggene har fått gode evalueringer, at resultatene (eksamensresultater, skriftlige eller multimediale arbeider og ferdigheter) har vært vurdert som gode, og at de involverte lærerne selv har vurdert undervisningsoppleggene som vellykket.

Vi vet godt at vi ikke kan hevde at undervisningsoppleggene vi har presentert, er kvalitativt bedre eller gir mer effektiv læring enn andre alternativer. Ingen av studiene er rene eksperimentelle studier, og vi kan dermed heller ikke snakke om effekter – i streng forstand – av undervisningen vi har gitt. Hatties (2009) påminnelse om at all undervisning virker i noen grad, og Deslauriers et al. (2019) sin viktige påpekning av at studenters oppfatninger om egen læring i visse tilfeller kan være omvendt korrelert med deres faktiske læring, tar vi også med oss videre.

Innledningsvis i dette kapitlet beskrev vi at vi opererte på to analyse-nivåer (se figur 1). Det første nivået knyttet seg til de enkelte casene, og vi viste til publikasjonene for grundigere beskrivelser av dette nivået. Det andre nivået av analyser beskrev vi som de prosessene som har ledet frem til en felles forståelse av «fellestrekkene» i casene. Diskusjonen som følger, kan kanskje derfor bedre beskrives som våre fagdidaktiske refleksjoner over vellykkede undervisningspraksiser, og den bygger på vår kollektive forståelse av hva som er *felles* suksesskriterier.

Vi inviterer derfor til fagdidaktiske refleksjoner over hva som har gjort undervisningsoppleggene vellykket, og hva som skal til for at teknologistøttede undervisningsformer kan bli vellykket også i andre sammenhenger. Vi tror det ligger viktige innsikter gjemt her. Slik vi ser det, er det to overordnede områder eller dimensjoner som peker seg ut som sentrale for at undervisningsoppleggene har oppnådd de øyensynlig positive resultatene.

For det første virker det som om studentene har møtt undervisningsopplegg som har dannet rammer for velfungerende *læringsfellesskap*. Oppleggene har vært faglig imøtekommende og sosialt inkluderende. Etableringen av disse læringsfellesskapene ser ut til å være grunnleggende viktig for studentenes læringsprosesser. Første del av den fagdidaktiske diskusjonen dreier seg derfor om viktige sider ved læringsfellesskapene.

For det andre har den *teknologien* som har vært benyttet, understøttet og bygget opp under både læringsfellesskap og læringsprosesser. Læringsfellesskapene er blitt aktivisert og forsterket av teknologien. I andre del av diskusjonen retter vi derfor oppmerksomheten mot teknologien som strukturerende, tilretteleggende og aktiviserende pedagogiske redskap og verktøy.

Velfungerende læringsfellesskap

Læring skjer gjennom dialog, samarbeid og aktivitet (Säljö, 2016) i læringsfellesskap. Læringsfellesskap er grupper av mennesker engasjert i kollektive læringsprosesser innenfor et område av felles interesse (Wenger & Snyder, 2000). Det er i fellesskapenes sosiale interaksjon kunnskap, forståelse og sammenhenger utvikles, og det er i læringsfellesskapene vi finner de gode lærings situasjonene (Dysthe, 2001). Fellesskap, aktivisering og dialog er dermed sentrale dimensjoner i utviklingen av gode lærings situasjoner. Casene våre ser ut til å «treffe» godt langs disse dimensjonene. Læringsfellesskapene har fungert for studentene.

Små, forutsigbare og aktiviserende læringsfellesskap

Ett kjennetegn ved læringsfellesskapene i casene er at undervisningsopplæggene inviterer studentene til relativt små og oversiktlige student- og undervisningsgrupper som de skal arbeide og lære i. Eksempelvis organiseres studentene i Student-BEST i faste team bestående av omtrent sju studenter. Selv om dette læringsfellesskapet eksisterer i kun én dag, er denne tiden nok til at studentene blir trygge på hverandre i samarbeidssituasjoner underveis i simuleringen og i refleksjonsarbeidet i etterkant. Tilsvarende små studentfellesskap finner vi også i de andre casene. Det ser ut til at de små fellesskapene har gitt en oversiktligheit som har bidratt til at studentene lettere har kunnet ta del i det sosiale samspillet og dialogen som er nødvendig for å lære. Studentene har fått et sosialt og trygt rom hvor de har kunnet la seg engasjere, både faglig og gjennom sosial interaksjon.

I et sosiokulturelt læringssyn foregår læring ved bruk av språk og aktiv deltagelse. Læring skjer i aktive prosesser når studenter samhandler. Aktiv læring er en form for selvregulert læring og har vist seg å øke studentenes prestasjoner (Freeman et al., 2014; Goodman et al., 2018). Modeller som er basert på aktiv læring, oppmuntrer til meningsfull

læring gjennom samarbeidsaktiviteter som støtter det studentene tenker og gjør (Mintzes & Walter, 2020). I slike sammenhenger blir lærere og medstudenter medierende støtte i undervisningen. Studentens naturlige utvikling forseres dermed ikke, men støtter seg på undervisningen som skjer.

Det kan se ut som om studentene i våre undervisningsopplegg har opplevd nettopp mestring og glede, noe som gjerne bidrar til å øke studenters selvtillit og motivasjon til videre læring (Imsen, 2009). Det er alle viktige elementer i studenters evne til å regulere egen læring. Vi kan altså si at de små fungerende læringsfelleskapene gir rom for aktiv læring.

En forutsetning for at undervisningen med rom for aktiv læring skal «falle på plass», er at undervisningen og møteplassene fremstår som produktive og trygge steder. Denne forutsetningen ser ut til å ha vært til stede i våre undervisningsopplegg. Det kommer kanskje tydeligst til uttrykk i hvordan forløpet knyttet til utviklingen av digitale historiefortellinger legger til rette for dialog mellom studenter, lærere og praksisfeltet, og hvor dialogen, både underveis i produksjonen og etter presentasjonen, inviterer til refleksjon og dermed også til læring. Tilsvarende kan man se at medikamenthåndteringskursets vektlegging av felles oppgaveløsning sikrer en slik produktiv, dialogisk arbeidsprosess for studentene i vekslings mellom smågruppediskusjoner og plenums- eller klasseromsdiskusjoner. E-læringskurset i epilepsi og helseveiledning la også til rette for slike små fungerende læringsfelleskap, med presentasjoner og tilbakemeldinger til hverandre som del av undervisningen. Til slutt ser vi også at Student-BEST ser ut til å klare å skape små læringsfelleskap, på tvers av utdanningsbakgrunn, selv om studentene aldri har møtt hverandre tidligere. En årsak kan være at undervisningsoppleggene har fokus på studentaktive læringsformer med nærhet til reelle praksissituasjoner, på mestringsopplevelse, på konstruktive og konkrete tilbakemeldinger på samarbeid i gruppene og på hvordan kommunikasjonen i gruppen foregår.

Alle de fire undervisningsoppleggene ser på noe ulike måter ut til ut til å ha skapt slike fungerende læringsfelleskap, hvor grupper av studenter (og lærere) har inngått i konstruktive samhandlingsformer for å utvikle sin egen og hverandres kunnskap og læring.

Damsgaard (2019) understreker betydningen av forutsigbarhet for studenter. Forutsigbarhet gir struktur og tilrettelegger for læring. Mangel på klar struktur og forutsigbarhet i lærings situasjoner gjøre det vanskeligere å knytte de nødvendige forbindelsene mellom læringsaktiviteter

og læringsmål (Hatlevik & Havnes, 2017). Mangel på forutsigbarhet taper trolig studenter for energi som ellers kunne vært brukt til læringsaktivitetene. Derfor, om forutsigbarhet i undervisningsdesign ikke er en nødvendighet, så er det en viktig tilrettelegger for læring. Vi mener at forutsigbarhet – i form av avklarte læringsmål og aktiviteter – er en viktig grunn til at våre undervisningsdesign ser ut til å skape gode resultater og positive studentvurderinger.

I alle de fire casene ble studentene presentert for tydelige og planlagte undervisnings- og læringsforløp. I Student-BEST fikk studentene tilsendt lenker til digitale læringsressurser og informasjon om gjennomføringens hensikt omtrent én uke før kursdagen, og kursdagen startet med en grundig gjennomgang av det pedagogiske metodikken, forelesningenes temaer og antall simuleringssituasjoner. I DH var hele forløpet med de tre fasene beskrevet og formidlet i begynnelsen, og studentene visste dermed hva de skulle gjøre, når og til hvilken hensikt. Studentene som var med i FC-studien i legemiddelregning, hadde allerede sett videoleksjonene før de kom i klasserommet, og de visste at de sammen skulle løse oppgaver når de møttes i klasserommet. Tilsvarende forutsigbarhet var tilrettelagt i kurset om epilepsi og helseveiledning gjennom strukturen og tilgjengeligheten til de digitale læringsressursene.

Så langt har vi argumentert for at casene er kjennetegnet av at de inviterer studentene til deltagelse innenfor forholdsvis små og trygge læringsfellesskap med forutsigbare og strukturerte rammer. Slike forhold kan bidra til økt motivasjon og engasjement for egen læring (Ferrer et al., 2022). Men også andre forutsetninger har vært til stede og bidratt til undervisningsoppleggenes gode resultater.

Meningsfylt, nyttig og viktig

Hatlevik og Havnes (2017) bygger på Bandura (1997) og Wigfield og Eccles (2000) når de hevder at det er viktig for studenters læringsmotivasjon at læringsinnholdet oppfattes som meningsfylt, nyttig og viktig. I tillegg hevder de at det er viktig at studentene oppfatter at det potensielle utbyttet står i rimelig forhold til innsatsen som kreves for å oppnå læringen. De hevder at studentenes forventninger om at de vil kunne mestre det som skal læres, og deres vurdering av nytte av denne læringen, er avgjørende for deres innsats, utholdenhet og ytelse i læringsprosessene, som igjen er avgjørende for læringen deres.

De fire undervisningsoppleggene ser ut til å være kalibrert slik at de oppfattes som nettopp nyttige og viktige. Studentene ser eksempelvis ut til enkelt å identifisere de tverrfaglige simuleringssettingene som praksisrelevante, og som noe de vil ha fremtidig nytte av. Tilsvarende gjelder også undervisningen i legemiddelregning samt i epilepsi og helseveiledning. I de digitale historiefortellingene forankres imidlertid arbeidsoppgavene i studentenes egne praksiserfaringer, med påfølgende refleksjoner omkring temaer. Her har studentene selv allerede identifisert situasjonen som relevant og vesentlig, og gjennom refleksjoner kobles læringen opp mot relevant teori. Engasjementet i arbeidet med oppgaven henter næring fra allerede sterke erfaringer fra praksis, noe Haug et al. (2012) understreker er noe av styrken ved DH.

Alle de fire undervisningsoppleggene forutsetter aktiv studentdeltagelse og medvirkning innenfor en faglig strukturert ramme. Når studentene inntar et aktivt forhold til de faglige utfordringene som tilbys, bidrar det til å øke motivasjonen og engasjementet deres for egen læring (Ferrer et al., 2022). Med henvisning til Ryan og Deci (2020) nyanseres skillene mellom motivasjon og engasjement i læring hos Ferrer et al. (2022). Opplevelsen av nytte er en subjektiv opplevelse som kan knyttes til indre motivasjon, mens engasjement kan ses som et resultat av ytre motivasjon, som noe objektivt som viser til effekt og mestringsopplevelse (Ferrer et al., 2022). Studentene ser ut til å ha blitt engasjert i arbeidet som skulle gjøres, og dette engasjementet har bidratt til en opplevelse av økt læring.

Engasjement er i læringsammenheng et begrep hvor det ikke foreligger konsensus når det gjelder innholdet. Samtidig er det stor enighet om at engasjement faktisk er viktig i læring (Halverson & Graham, 2019). Uten å gå i detaljer når det gjelder former for engasjement, oppfatter vi det viktig å kommentere dette aspektet ved casene, nettopp fordi undervisningsdesignene engasjerte studentene. Det så vi eksempelvis i studentenes adferd da de arbeidet konsentrert i grupper i legemiddelregningen, i deres DH-produkter, i deres innsats i simuleringssituasjoner og i hva de oppga i evalueringene.

Om undervisningsoppleggene faktisk bidro til engasjement, blir spørsmålet om hvilke aspekter ved undervisningen som skapte engasjement, desto viktigere. Var det det substansielle innholdet i undervisningen (selv den kjedeligste artikkel kan skape engasjement i et klasserom), var det lærernes karisma – eller var det at teknologien som ble benyttet, var tilpasset og traff studentene der de var? Vi vil hevde at det var *kombinasjonen* av

forutsigbarhet, oversiktlige læringsfellesskap og opplevd nytte og viktighet som la grunnlaget for engasjement. Denne påstanden står seg også godt i møte med det Hauge (2018) beskriver: At sosiale relasjoner etablert gjennom aktivisering, involvering og medinnflytelse bidrar til engasjement, meningsdannelse og kunnskapsutvikling hos studentene.

Tilstrekkelig feedback på læringsaktivitetene

De små trygge læringsfellesskapene som ser ut til å ha hatt gode rammevilkår i casene, danner også grunnlag for et annet viktig aspekt ved læringsprosesser: tilbakemeldinger eller feedback. Det har vist seg at feedback til studenter – og feedbackens form – har svært stor betydning for læring. Tilbakemeldinger på oppgaveløsning og selvregulering i læringsprosessene viser seg å være særlig effektivt. Eksempelvis insisterer Hattie og kollegaer i flere publikasjoner på at det er når studentene får hjelp og svar på spørsmålene «hvor er jeg», «hvor skal jeg» og «hvordan kommer jeg meg dit», at tilbakemeldinger er særlig effektive (Hattie & Timperley, 2007; Hattie & Zierer, 2019). Jo mer informasjon en tilbakemelding inneholder, dess mer effektiv er den (Wisniewski et al., 2020). I tillegg vet man at variasjon i tilbakemeldinger også bidrar til å forsterke studentenes læringsutbytte (Deschênes et al., 2019).

Studentene gis eksempelvis i Student-BEST mulighet til å beskrive hvordan de selv har opplevd simuleringen, og hva de har gjennomført. De blir utfordret på om det var noe de ville gjort annerledes, og de får tilbakemeldinger fra fasilitator og fra medstudenter. Gjennom presentasjonene av de digitale historiefortellingene og refleksjonsrundene i etterkant av fremvisningen gir studenter, praksisveiledere, ansatte og lærer tilbakemeldinger til hverandre med nye perspektiver på temaet, noe som danner en faglig helhet og ytterlige refleksjoner hos hver enkelt. Dermed blir både dialogen mellom studenten og det substansielle i refleksjonene gjenstand for feedback.

Vesentlig i denne sammenhengen er også hvem studentene får feedback fra. «Peer learning», eller deltagende fellesskap, er en metode som har vist seg å kunne være god pedagogikk. Men for at studentene skal lære av og med hverandre, er det viktig at noen forutsetninger er til stede. Studentene må blant annet arbeide med andre studenter, være kritiske og reflekterende, kommunisere og artikulere kunnskap, vise forståelse og ferdigheter, administrere læring og lære å gi konstruktive tilbakemeldinger (Havnes et al., 2016). Våre pedagogiske opplegg kjennetegnes av dette. Studentene

blir organisert i grupper, de har klare mål for hva de skal gjøre, de samarbeider om oppgavene, og ikke minst får de mulighet for å gi hverandre tilbakemeldinger på arbeidet som er gjort. Det ser ut til at «peer learning» innenfor de små læringsfelleskapene som blir etablert, er en årsak til at casene har vist gode resultater.

Også «timingen» på tilbakemeldingene, hvilken form de kommer i, hvem de blir gitt av, og i hvilken setting de gis, har betydning (Hattie & Timperley, 2007; Hattie & Zierer, 2019). Felles for de pedagogiske oppleggene vi har presentert, ser ut til å være at tilbakemeldinger til studentene er «timet» godt med hensyn til læringsaktivitetene studentene arbeider med og deltar i. I Student-BEST, hvor samspill og kommunikasjon er i sentrum, er det tilbakemeldinger på disse aspektene det settes av mest tid til, og tilbakemeldingene foregår umiddelbart etter at simuleringen er gjennomført. Denne umiddelbarheten ser ut til å egne seg godt i denne typen læringssituasjoner. Tilsvarende gjelder test-deg-selv-oppgavene som gjennomføres i e-læringsressursen *Epilepsi og helseveiledning*. Gjennom spontan respons innebygget i programvaren får studentene umiddelbart tilbakemelding på om de har forstått fagstoffet riktig.

Men i tillegg til timingen internt i casenes læringsforløp ser det også ut til at tilbakemeldingene er godt timet i et lengre lærings- og forløpsperspektiv. Student-BEST gjennomføres eksempelvis mot slutten av utdanningen, like før studentene skal ut som nyutdannede sykepleiere og leger. På bakgrunn av kunnskapen og praksiserfaringene deres forstår da studentene trolig mer. Samtidig forutsetter simuleringssituasjonene at studentene har disse grunnleggende kunnskapene og ferdighetene, og det er grunn til å tro at kurset ikke hadde vært så vellykket dersom det ble gjennomført med studenter tidlig i utdanningsløpet. Det er derfor viktig med riktig timing, og at fagnivået passer nivået studentene befinner seg på i utdanningsforløpet.

Tilbakemeldinger underveis i læringsprosessene er et viktig element for å sikre at studentene har tilstrekkelig nivå når det gjelder både kunnskaper og ferdigheter, og at læringen påvirker studentenes læringsprosess (Raaheim, 2019). Tilbakemeldinger bør derfor ha en sentral plass i utvikling av undervisningsdesign.

Teknologien strukturerer, tilrettelegger og aktiviserer

Til nå har vi rettet oppmerksomheten mot det vi har omtalt som fungerende læringsfelleskap. Vi har pekt på at læringsfelleskapene har vært

preget av blant annet forutsigbarhet, mening, tilstrekkelighet og feedback. Teknologiens betydning for læringsfelleskapene har frem til nå ikke vært belyst og diskutert av oss. Vår oppfatning er at de formene for *teknologi* som har vært benyttet, har understøttet og bygget opp under både læringsfelleskap og læringsprosesser. Læringsfelleskapene er blitt aktivisert av teknologien. I denne andre delen av diskusjonen retter vi derfor søkelyset mot teknologi som strukturerende, tilretteleggende og aktiviserende pedagogisk redskap og verktøy.

Teknologien aktiviserer og forplikter

Videoleksjoner er vanligvis en viktig del av «flipped classroom» (Bordes et al., 2021). Studentene opplever videoeksjonene som nyttige, og de ser dem gjerne flere ganger (Tørris, 2015). Videoleksjoner bidrar til økt læringsutbytte, selv om ulike typer videoeksjoner, som opptak av forelesninger eller PowerPoint-slides med eller uten animasjoner, kan påvirke studentenes læring på ulikt vis (Chen & Wu, 2015; Guo et al., 2014; Hew & Lo, 2018). Utfordringen er således å utarbeide gode pedagogiske opplegg rundt videobruk og å begrense videoenes lengde (Coyne et al., 2018). I alle casene vi har diskutert, ble videoer benyttet som strukturerende element i læringsforløpene, dog i noe forskjellige sammenhenger. I kursene i epilepsi og helseveiledning var videoer en viktig del av forberedelsene til samlingene. I Student-BEST ble videoer brukt for fremvisning av gode praksiseksempler. I digitale historiefortellinger er utviklingen av en digital video og presentasjonen av denne kjernen og utgangspunktet for læringen. Bruken av videoene fremmer refleksjon i et deltagende læringsfelleskap og legger dermed grunnlaget for studentenes dybdelæring.

Engen (2020, s. 87) påpeker at implementering av digital teknologi alltid vil være gjenstand for lokalt forankrede forhandlinger, omdefineringer og oversettelser knyttet til helt konkrete handlingspraksiser. Han hevder at det er en misforståelse at teknologi alene kan endre pedagogiske praksiser, eller at ulike former for teknologi er verdinøytrale objekter. For at teknologien skal fremstå som fruktbar og meningsfull i undervisnings- og lærings-situasjoner, kan det være behov for en form for konvertering eller tilpassing av teknologien som skal brukes. Innføring av teknologi lar seg sjelden standardisere, da teknologien både former og lar seg forme av sosiale og kulturelle praksiser. Et eksempel var workshop i digital historiefortelling, som ble justert og tilpasset sykepleierutdanningen og læringsfelleskapet

i praksis. Det var også ønske om å benytte samme redigeringsverktøy på ulike digitale plattformer (telefon, iPad, PC) for å gi flere funksjoner og muligheter samt for å få en strømlinjeformet fremvisning. Det ble altså gjort endringer for å tilpasse teknologien til den læringspraksisen DH ble innført i.

Det er når pedagogikken kommer først, og når teknologien er tilpasset hva studentene skal lære, at det er grunn til å tro at den hjelper med å strukturere læringsprosessen. Ellers kan teknologien bidra til å skape barrierer for læring. Våre fire caser er eksempler på hvordan teknologien ikke settes i forgrunnen, men inngår i gjennomtenkte undervisningsdesign. På den måten er den med på å gi klare rammer for lærings-situasjonene og -forløpene som studentene både kan forholde seg til og operere innenfor.

Fleksibiliteten som ligger i ulike former for teknologi, strekker seg ut over selve «objektet» (e-læringskurs, bruk av videoopptak). Også læringsforløpet gis fleksibilitet gjennom fornuftig integrering av digitale verktøy: Studenter kan bruke e-læringsverktøyene eksempelvis når de «står fast», når de trenger repetisjon, og for å få med seg forelesninger de ellers ikke ville ha fått deltatt i. Våre erfaringer fra de to e-læringskursene i våre caser er for så vidt de samme som erfaringene til Coyne et al. (2018); at studentene foretrekker den fleksibiliteten som e-læring med videostøtte gir, fremfor tradisjonelle undervisningsformer, nettopp fordi den er fleksibel. På ett sett blir læringsforløpets rytme og intensitet (Adam, 1995) justerbar og fleksibel ved at studenter kan justere hastigheten på sin egen læring. Men det er ikke bare studenter som kan bruke teknologien for å skape fleksibilitet: Også lærerne gis mulighet til å være fleksible i lærings-situasjoner og til å tilby fleksible lærings-situasjoner, for eksempel ved å justere ned takten på simuleringens tiltagende uoversiktlige pasientsituasjoner, kompleksiteten i de digitale historiefortellingene eller antall repetisjoner gjennom lett tilgjengelige arbeidsoppgaver. Denne fleksibiliteten øker trolig når man har teknologi som støtter opp under den aktiviteten studentene skal engasjeres i. Fleksibiliteten gir også lærere mulighet til å gi studentene avgjørende tilbakemeldinger (Clynes & Raftery, 2008; Hattie & Timperley, 2007) i varierte former, noe som har vist seg å bidra til å forsterke studentenes læringsutbytte (Deschênes et al., 2019). Om vi skal strekke argumentasjonsrekken vår noe lenger: Denne fleksibiliteten kan tenkes å ha ansvarliggjort studentene i forkant av møtet med læringsfelleskapene. Fleksibilitet forplikter læringsfelleskapet, både enkeltvis og kollektivt. Det koster sosialt for studentene når de ikke utnytter fleksibiliteten og kommer uforberedt

til læringsfelleskapet. Forpliktelsene som skapes gjennom fleksibiliteten, konverteres dermed til en form for motivasjon og mening. Samtidig blir nytteverdien av egen jobbing med fagstoffet synliggjort for studentene, både i forkant, underveis og i etterkant av undervisningen.

Teknologi reduserer avstanden mellom teori og praksis

Målet med en læringsorientert refleksjon er å se sammenhenger mellom de enkelte delene og hele bildet. Refleksjon kan beskrives som en slags diskusjon mellom en selv og omverdenen, et samspill mellom teoretisk kunnskap og det som kan læres i det praktiske arbeidet (Bie, 2020). I denne refleksjonsprosessen kan teknologiske løsninger som digitale historiefortellinger og e-læringskurs bidra. For eksempel kan bruk av video og simulering bidra med å legge til rette for og forenkle det komplekse, og dermed tydeliggjøre fagstoffet ut over det som ligger i tradisjonell undervisning. Samtidig er det viktig å erkjenne at det er en pedagogisk utfordring å ramme inn brukererfaringer, teori og forskning i et digitalt læreverk slik at det gir sammenheng og mening for studentene (Dabbagh, 2005; Säljö, 2016).

Det å bringe nærhet til reelle praksissituasjoner kan også engasjere og trygge studentene og på den måten forsterke læringsprosess og læringsutbytte. Forskning peker på viktigheten av overførbarhet og relevans for at studentene skal oppleve kunnskapene og ferdighetene som skal læres som nyttig, engasjerende og verdt å arbeide for. Simulering har vist seg særlig effektiv som læringsmetode for å øve på samhandling og kommunikasjon i team. Ved å benytte programmerte pasientsimulatorer satt inn i en sykehussammenheng, slik Student-BEST gjør, skapes autentiske situasjoner som ligger nært opptil virkeligheten. Denne formen for undervisning bidrar til å skape en helt annen inngang til læringen enn tradisjonell tavleundervisning, ved at man i større grad bruker både sanser og emosjoner i læringen (Silva et al., 2022). Dette er særlig effektivt når man oppnår høy grad av nærhet til realistiske situasjoner («fidelity») (Bjørk, 2017), slik Student-BEST-designet ser ut å ha klart.

Nærheten til praksissituasjoner, som kjennetegner alle de fire casene vi presenterer, gir studentene en opplevelse av nytte og engasjement. Denne opplevelsen forsterkes trolig også når læringsfelleskapene fungerer som dialogisk og samspillsmessig «grunnlag». Dialog er et viktig verktøy for å lære. Samspillet som oppstår mellom studenter og lærere, de teknologiske løsningene og det å bringe «praksisfeltet inn i klasserommet» kan ha tydeliggjort

sammenhenger mellom teori og praksis for studentene. I profesjonsutdanningene kan nettopp det som gjerne kalles teori–praksis-gapet, være en utfordring, siden kunnskapsgrunnlaget består av elementer hentet fra ulike fagfelter som ikke alltid har en åpenbar sammenheng (Grimen, 2008), og det kan derfor føre til at studentene opplever et sprik mellom det de erfarer i praksis, og det de lærer i undervisningen (Hatlevik & Havnes, 2017).

Våre erfaringer kan dermed støtte opp under forskning som viser til at blandede læringsformer som kombinerer digital læring med tradisjonell undervisning, kan bidra til å minske teori–praksis-gapet og fremme ferdighetslæring (McDonald et al., 2018; van Duijn et al., 2014). Som våre caser viser, kan de fysiske seminarer på campus eller webinarer tilrettelegges mer effektivt for både grupper og plenum og dermed øke studentenes læringsutbytte når studentene benytter digitale læringsressurser som forberedelse til undervisning.

Erfaringer fra de fire casene som presenteres i dette kapitlet, tyder på at studenter lærer best når de involveres og aktiviseres i undervisningen, som også studien til Raaheim og Nysveen (2019) peker i retning av. Inntrykket forsterkes når det vises til at digitale verktøy knyttet til organisert undervisning eller veiledning fremmer refleksjon og dybdelæring (Raaheim & Nysveen, 2019). Et fellestrekk i casene er hvordan former for teknologi har en sentral plass i planlegging, design og gjennomføring av undervisningspraksisene.

Om undervisernes rolle i et lærende fellesskap

Det er ett forhold som ikke har vært adressert i presentasjonene av casene, og som dermed heller ikke har fått rettmessig oppmerksomhet. Vi tenker her på våre med-læreres og vår egen tilknytning til, kompetanse på og engasjement i undervisningsoppleggene, og disse elementenes betydning for undervisningsoppleggenes tilsynelatende gode resultater.

Mens studentene som har vært involvert i de fire undervisningsoppleggene, har vært «tilfeldige», har det ikke vært tilfeldig hvem som har utviklet og drevet dem. De har i all hovedsak vært lærere som har hatt interesse og engasjement i undervisningstemaene, metodene og utviklingen som har vært involvert. Denne ordningen kan ha vært en nøkkelfaktor for at undervisningsoppleggene har fungert. Samtidig kan vår interesse og vårt engasjement ha gitt positivt ladet bias i de vurderingene som er gjort. I forlengelsen kan det hevdes at overføringsverdien fra våre erfaringer til

andre kurs og kontekster er marginal, endog ikke-eksisterende. Vi deler ikke en slik oppfatning.

Lærerne inngår i læringsfellesskapet og bidrar med kompetanse, feedback, produksjon og bruk av de ulike formene for teknologi. Som del av læringsfellesskapene i klasserom, simuleringssentre, praksisfelter og digitale møteplasser er det ikke uten betydning at lærerne er interessert og engasjert. Som tidligere påpekt kjennetegnes konstruktive læringsfellesskap av felles mål og engasjement. Læreres engasjement, både faglig og sosialt, er avgjørende for at studenter skal bli dratt med inn i læringsprosessen. Det er trolig ikke en nødvendighet, men like fullt en viktig faktor i det å få studentenes oppmerksomhet, interesse og arbeidslyst. Invitasjon til aktiv deltagelse i egen undervisning har stått sentralt i alle casene. «Nyhetens verdi» og fleksibiliteten som ligger i teknologistøttet undervisning, kan også ha påvirket læringseffekten. I tillegg kan vår egen begeistring som lærere ha smittet over på studentene.

Avsluttende refleksjoner

Refleksjonene i dette kapitlet har vært sentrert rundt to dimensjoner som vi mener er felles for alle casene: De er kjennetegnet av velfungerende læringsfellesskap, og de benytter former for teknologi som understøtter læringsmålene og aktivitetene. Samtidig er det ikke teknologien i seg selv som «gjør suksess». Det er samspillet mellom sosial (mellommenneskelig) interaksjon og tilpasset, forutsigbar og nøktern bruk av teknologi som kjennetegner lærings situasjonene og -forløpene. Bruken av teknologi som støtte i undervisningen – ikke som *erstatning* for student–student- og student–lærer-interaksjon – er dermed en vesentlig faktor. Casebeskrivelsene, slik de kommer frem i dette kapitlet, tyder på at denne balansegangen har vært vellykket.

Avveiningen av hvilken plass teknologi skal ha i undervisnings design, reflekterer vår erfaring med og tro på viktigheten av trygge, sosiale læringsarenaer og -fellesskap hvor studenter treffer lærere som kan møte deres ønsker og behov for tilpassede tilbakemeldinger på «hvor de er», «hvor de skal», og «hvordan de kommer seg dit» (Hattie & Timperley, 2007). Vi har imidlertid liten tro på at teknologi alene, om den nå er digital eller analog, kan gi tilstrekkelig veiledning i helseprofesjonsutdanninger, hvor kunnskap og ferdigheter skal utøves i samspill med andre mennesker.

Undervisningsoppleggene vi har presentert og diskutert har krevd et bredt sett av kompetanser, både kompetanse knyttet til det faglige innholdet som studentene skal kunne, pedagogisk kompetanse og tilstrekkelig teknologisk kompetanse. Slik samlet kompetanse er, som Koehler og Mishra (2009) understreker, krevende for enkeltundervisere å skaffe seg alene. Det er derfor et selvstendig poeng at de fire undervisningsoppleggene har hatt lærere og samarbeidspartnere som til sammen har hatt tilstrekkelig kompetanse til å utvikle, implementere og gjennomføre undervisningen, ved å utnytte hverandres ulike kompetanser. Vi er derfor av den oppfatning at det å utvikle nye undervisningsopplegg bør foregå i og som kollegiale lærings- og praksisfelleskap (Wenger, 1998), ikke som enkeltmannsforetak. Dersom utviklingen skjer som enkeltmannsforetak går lærerfelleskapet glipp av viktig læring og kompetanse.

Referanser

- Adam, B. (1995). *Timewatch: The social analysis of time*. Polity Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Bernard, J. S. (2015). The flipped classroom: Fertile ground for nursing education research. *International journal of nursing education scholarship*, 12(1), 99–109.
- Berney, S. & Bétrancourt, M. (2016). Does animation enhance learning? A meta-analysis. *Computers and Education*, 101, 150–167.
- Bie, K. (2020). *Refleksjon: Sykepleierens vei til klokskap*. Universitetsforlaget.
- Bjørk, I. T. (2017). Muligheter og utfordringer i simulering som pedagogisk metode. I S. Mausesthaugen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 95–105). Universitetsforlaget.
- Bliuc, A.-M., Goodyear, P. & Ellis, R. A. (2007). Research focus and methodological choices in studies into students' experiences of blended learning in higher education. *Internet and Higher Education*, 10(4), 231–244.
- Bordes, S. J., Walker, D., Modica, L. J., Buckland, J. & Sobering, A. K. (2021). Towards the optimal use of video recordings to support the flipped classroom in medical school basic sciences education. *Medical Education Online*, 26(1), Artikkel 1841406.
- Chen, C.-M. & Wu, C.-H. (2015). Effects of different video lecture types on sustained attention, emotion, cognitive load, and learning performance. *Computers and Education*, 80, 108–121.
- Clynes, M. P. & Raftery, S. E. C. (2008). Feedback: An essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 405–411.
- Coyne, E., Rands, H., Frommolt, V., Kain, V., Plugge, M. & Mitchell, M. (2018). Investigation of blended learning video resources to teach health students clinical skills: An integrative review. *Nurse Education Today*, 63, 101–107.
- Dabbagh, N. (2005). Pedagogical models for E-Learning: A theory-based design framework. *International Journal of Technology in Teaching and Learning*, 1(1), 25–44.
- Damsgaard, H. L. (2019). *Studielivskvalitet: Studenters erfaringer med og opplevelse av kvalitet i høyere utdanning*. Universitetsforlaget.
- Deschênes, M.-F., Goudreau, J., Fontaine, G., Charette, M., Da Silva, K. B., Maheu-Cadotte, M.-A. & Boyer, L. (2019). Theoretical foundations of educational strategies used in e-learning

- environments for developing clinical reasoning in nursing students: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 41, Artikkel 102632. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102632>
- Deslauriers, L., McCarty, L. S., Miller, K., Callaghan, K. & Kestin, G. (2019). Measuring actual learning versus feeling of learning in response to being actively engaged in the classroom. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(39), 19251–19257. <https://doi.org/10.1073/pnas.1821936116>
- Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Abstrakt.
- Engen, B. K. (2020). *Digitalisering, kompetanse og læring*. Gyldendal.
- Erichsen, T. & Høium, K. (2021a). *Epilepsi og helseveiledning*. OsloMet. <https://x.oslomet.no/courses/course-v1:OsloMetX+EH22+01/about>
- Erichsen, T. & Høium, K. (2021b). Design og utvikling av et digitalt læreverk i Epilepsi og helseveiledning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(2).
- Ferrer, J., Ringer, A., Saville, K., Parris, M. A. & Kashi, K. (2022). Students' motivation and engagement in higher education: The importance of attitude to online learning. *Higher Education*, 83(2), 317–338. <https://doi.org/10.1007/s10734-020-00657-5>
- Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H. & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(23), 8410–8415.
- Goodman, B. E., Barker, M. K. & Cooke, J. E. (2018). Best practices in active and student-centered learning in physiology classes. *Advances in Physiology Education*, 42(3), 417–423.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–85). Universitetsforlaget.
- Guo, P. J., Kim, J. & Rubin, R. (2014). How video production affects student engagement: An empirical study of MOOC videos. I *Proceedings of the first ACM conference on Learning@scale conference* (s. 41–50). Association for Computing Machinery.
- Halverson, L. R. & Graham, C. R. (2019). Learner engagement in blended learning environments: A conceptual framework. *Online Learning*, 23(2), 145–178.
- Hatlevik, I. K. R. & Havnes, A. (2017). Perspektiver på læring i profesjonsutdanninger: Fruktbare spenninger og meningsfulle sammenhenger. I S. Mausethagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 191–203). Universitetsforlaget.
- Hattie, J. (2009). *Visible learning: A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement*. Routledge.
- Hattie, J. & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112. <https://doi.org/10.3102/003465430298487>
- Hattie, J. & Zierer, K. (2019). *Visible learning insights*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781351002226>
- Haug, K. H., Jamissen, G. & Ohlmann, C. (2012). Digital historiefortelling: En introduksjon. I K. H. Haug, G. Jamissen & C. Ohlmann (Red.), *Digitalt fortalte historier: Refleksjon for læring* (s. 13–27). Cappelen Damm Akademisk.
- Haug, K. H. & Jamissen, G. (2015). *Se min fortelling: Digital historiefortelling i barnehagen*. Cappelen Damm Akademisk.
- Hauge, T. E. (2018). *Å planlegge og designe undervisning*. Cappelen Damm Akademisk.
- Havnes, A., Christiansen, B., Bjørk, I. T. & Hessevaagbakke, E. (2016). Peer learning in higher education: Patterns of talk and interaction in skills centre simulation. *Learning, Culture and Social Interaction*, 8, 75–87. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2015.12.004>
- Hew, K. F. & Lo, C. K. (2018). Flipped classroom improves student learning in health professions education: A meta-analysis. *BMC Medical Education*, 18(1), 1–12.
- Hiim, H. & Hippe, E. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Imsen, G. (2009). *Lærerenes verden: Innføring i generell didaktikk* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Jakobsen, R. B., Gran, S. F., Grimsø, B., Arntzen, K., Fosse, E., Frich, J. C. & Hjortdahl, P. (2018). Examining participant perceptions of an interprofessional simulation-based trauma

- team training for medical and nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 80–88. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.137662>
- Kang, J. & Seomun, G. (2018). Evaluating web-based nursing education's effects: A systematic review and meta-analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 40(11), 1677–1697.
- Koehler, M. J. & Mishra, P. (2009). What is technological pedagogical content knowledge?. *Contemporary Issues in Technology and Teacher Education*, 9(1), 60–70.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative intervju* (3. utg.). Gyldendal
- Lothridge, K., Fox, J. & Fynan, E. (2013). Blended learning: Efficient, timely and cost effective. *Australian Journal of Forensic Sciences*, 45(4), 407–416.
- Mayer, R. E. (2014). Incorporating motivation into multimedia learning. *Learning and instruction*, 29, 171–173.
- McDonald, E. W., Boulton, J. L. & Davis, J. L. (2018). E-learning and nursing assessment skills and knowledge: An integrative review. *Nurse Education Today*, 66, 166–174.
- Meld. St. 16 (2016–2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>
- Mintzes, J. J. & Walter, E. M. (2020). *Active learning in college science: The case for evidence-based practice*. Springer.
- NOU 2014: 5. (2014). *MOOC til Norge: Nye digitale læringsformer i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-5/id762916/>
- Novak, G. M. (2011). Just-in-time teaching. *New Directions for Teaching and Learning*, 128, 63–73.
- Olivier, B., Verdonck, M. & Caseleijn, D. (2020). Digital technologies in undergraduate and postgraduate education in occupational therapy and physiotherapy: A scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(5), 863–892.
- OsloMet. (2019). *Strategi og visjon*. OsloMet – storbyuniversitetet. <https://www.oslomet.no/om/strategi-og-visjon>
- OsloMet. (2022). *OsloMetX*. OsloMet – storbyuniversitetet. <https://www.oslomet.no/ub/oslometx>
- OsloMet. (2023). *Epilepsi, helseveiledning og kvalitetsforbedring i praksis*. <https://www.oslomet.no/studier/hv/evu-hv/epilepsi-helseveiledning-kvalitetsforbedring>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, Artikkel 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Raaheim, A. (2019). *Eksamensrevolusjonen: råd og tips om eksamen og alternative vurderingsformer* (2. utg.). Gyldendal.
- Raaheim, A. & Nysveen, H. (2019). Studentaktiv læring. *Uniped*, 42(2), 215–234. <https://doi.org/10.18261/issn.1893-8981-2019-02-08>
- Schuller, M. C., DaRosa, D. A. & Crandall, M. L. (2015). Using just-in-time teaching and peer instruction in a residency program's core curriculum: enhancing satisfaction, engagement, and retention. *Academic Medicine*, 90(3), 384–391.
- Silva, G. O., Oliveira, F. S. E., Coelho, A. S. G., Cavalcante, A. M. R. Z., Vieira, F. V. M., Fonseca, L. M. M., Campbell, S. H. & Aredes, N. D. A. (2022). Effect of simulation on stress, anxiety, and self-confidence in nursing students: Systematic review with meta-analysis and meta-regression. *International Journal of Nursing Studies*, 133, Artikkel 104282.
- Säljö, R. (2016). *Læring: En introduksjon til perspektiver og metaforer* (I.C. Goveia, Overs.). Cappelen Damm Akademisk.
- Car, L. T., Soong, A., Kyaw, B. M., Chua, K. L., Low-Beer, N. & Majeed, A. (2019). Health professions digital education on clinical practice guidelines: A systematic review by Digital Health Education collaboration. *BMC Medicine*, 17(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1370-1>
- Tørris, C. (2015). Studenters erfaringer med Flipped Classroom i en helsefagutdanning. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 189–199.

- Tørris, C. (2020). Kan omvendt undervisning gi bedre læringsutbytte i legemiddelregning, sammenlignet med tradisjonell undervisning? En kvasiekseptimentell kontrollert studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1), 15.
- Urstad, K. H., Ulfby, K. J., Brandeggen, T. K., Bodsberg, K. G., Jensen, T. L. & Tjøflåt, I. (2018). Digital storytelling in clinical replacement studies: Nursing students' experiences. *Nurse Education Today*, 71, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.016>
- van Duijn, A. J., Swanick, K. & Donald, E. K. (2014). Student learning of cervical psychomotor skills via online video instruction versus traditional face-to-face instruction. *Journal of Physical Therapy Education*, 28(1), 94–102. Hentet fra https://journals.lww.com/jopte/Fulltext/2014/10000/Student_Learning_of_Cervical_Psychomotor_Skills.15.aspx
- Wenger, E. C. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.
- Wenger, E. C. & Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78(1), 139–146.
- Wigfield, A. & Eccles, J. S. (2000). Expectancy–value theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 68–81. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1015>
- Wisniewski, B., Zierer, K. & Hattie, J. (2020). The power of feedback revisited: A meta-analysis of educational feedback research. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03087>

KAPITTEL 7

Vi trodde det skulle bli gull. En kritisk vurdering av det pedagogiske designet i et mindre vellykket undervisningsopplegg

Peter Forde Hougaard Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Anne-Martha Utne Øygarden Senter for diakoni og profesjonell praksis, VID vitenskapelige høyskole, Norge

Roger Marchen Lovisenberg diakonale høyskole, Norge

Sylvia Hansen Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Kirsten Jacobsen Ulfsby Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Abstract: This chapter critically analyses the implementation of a pedagogical development project in nursing education in Norway. The chapter's authors participated in developing and implementing the pedagogical intervention, which included multi-teacher instruction in large group seminars, flipped classrooms, and digital technology-supported student-activating learning resources. Methodologically, the chapter is based on home ethnography. The analyses are based on a large amount of data, including student evaluations, focus group interviews, and recordings of conversations between teachers. The study focuses on three levels: institutional, interactional, and individual. The aim is to critically evaluate vital aspects of the teaching methods and organisation of a professionally heterogeneous first-year nursing education course.

Keywords: nursing education, multi-teacher instruction, large group seminars, flipped classroom, digital technology-supported learning, student-activating learning resources, home ethnography, teaching methods

Sitering: Hougaard, P. F., Øygarden, A.-M. U., Marchen, R., Hansen, S. & Ulfsby, K. J. (2023). Vi trodde det skulle bli gull. En kritisk vurdering av det pedagogiske designet i et mindre vellykket undervisningsopplegg. I U. Knutstad, K. Larsen & K. T. Jensen (Red.), *Fagdidaktiske temaer i helsefagene* (Kap. 7, s. 125–149). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.198.ch7>
License: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Innledning

Det stilles klare krav til evidensbaserte metoder i undervisningen i profesjonsutdanninger som sykepleie (Sawyer, 2014). Siden 2017 har OsloMet – storbyuniversitetet hatt digitalisering av utdanningene som et strategisk satsingsområde (OsloMet, 2017a). Siden 2018 har det ved OsloMet vært et mål å skape landets beste sykepleierutdanning (Fonn & Hofstad, 2018). Det fordrer at undervisningen er evidensbasert, som gjerne forstås som bruk av egnede og tilpassede teknologistøttede undervisningsmetoder (Fossland, 2015; Lillejord et al., 2018; Solberg & Breivik, 2016), tunge innslag av studentaktive læringsformer (Barbour & Schuessler, 2019), robuste feedbacksløyper (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006) og at læringsaktivitetene justeres på bakgrunn av studentevalueringer (Handal, 2016). Dette er forståelsesrammer som preger ikke bare OsloMet, men store deler av universitets- og høyskolesektoren.

Sykepleierutdanningen i Norge består av 180 studiepoeng fordelt på 90 studiepoeng i praksis og 90 studiepoeng i teoretiske emner. Emnet «Mennesket og grunnleggende psykososiale og eksistensielle behov og sykepleie som vitenskap og profesjon» (12 studiepoeng) inngikk som ett av flere teoretiske emner. Emnet ble tidligere gjennomført med tradisjonelle forelesninger, lærerstyrte seminarer og studentarbeid. I 2018 og 2019 ble emnet videreutviklet i samsvar med PISA-modellen¹. PISA er en pedagogisk modell utviklet for *flipped classroom* og *blended learning* ved OsloMet. Modellen har betydelig innslag av digitale læringsressurser, og er rigget i tråd med OsloMets ønske om digitalisering og forbedrede undervisningsformer (OsloMet, 2017b). Modellen har både før og etter vår gjennomføring blitt presentert som en kunnskapsbasert og effektiv pedagogisk metode, benyttet med tilsynelatende gode resultater (Molin et al., 2021; Vikestad, 2018).

Alle forfatterne av dette kapitlet var involvert i utvikling, gjennomføring og evalueringer av emnet. Vi hadde en forforståelse preget av OsloMets sterke institusjonelle driv mot digitalisering og *flipped classroom* og var preget av de uttalte strategiske målene og de medfølgende virkemidlene fra universitetet. Vår oppfatning var at det reviderte undervisningsopplegget ville *bedre ressursutnyttelsen*, spesielt hva angikk ressursene brukt

1 PISA står for presentasjon, online interaksjon, sosial samhandling eller seminar og analyse (for en kortfattet introduksjon, se <https://www.youtube.com/watch?v=FeUVwLTChIs>).

til forelesninger med lite oppmøte. Videre forventet vi at dreiningen mot *flipped classroom* ville gi *et mer refleksivt og studentaktivt læringsmiljø*. Endringene ville dermed være i tråd med instituttets sosiokulturelle læringssyn (Lave & Wenger, 1991; Wenger, 1998), nedfelt i blant annet programplanen (OsloMet, 2019). Vi mente derfor at studenter gjennom interaksjon med fagstoffet, medstudenter og lærere på disse seminarene kunne utvikle læringslyst, mot og verktøy til å anvende emneinnholdet til å vurdere praktiske sykepleiehandlinger. Samtidig mente vi at vi utviklet en *ny pedagogisk arbeidsmodell for lærere* som ville kunne bidra til nye tanker om hvordan studentveiledning kan gjøres.

Vår oppfatning var at den totale pakken emnegjennomføringen utgjorde, ville legge til rette for gode læringsprosesser, synliggjort gjennom seminarer med godt forberedte og aktive studenter i faglig dialog, høy kvalitet på skriftlige arbeider, gode eksamensresultater, samt gode studentevalueringer. Slik ble det ikke.

Studentevalueringene ble, som vi vil vise, ikke gode. Skriftlige arbeider ble i all hovedsak vurdert som faglig svake. Seminarene ble ofte preget av inaktive studenter, og de forbedrede eksamensresultatene glimret med sitt fravær. Spørsmålet som vi derfor i dette kapitlet vil forsøke å svare på, er: *Hva gjorde at emnegjennomføringen ble mindre vellykket enn vi hadde grunner til å tro?*

En kort innføring i emnets undervisningsopplegg

Vi skal her gi en kort innføring i emnets undervisningsopplegg, og i sentrale elementer i utdanningsintervensjonen slik den ble gjennomført.

Emnet ble gjennomført uten tradisjonelle klasseroms- eller auditoriumsforelesninger. Studentene arbeidet i smågrupper, mens lærerne sirkulerte rundt i store flate klasserom. Lærerne var både «seremonimestre» som styrte tid og aktivitet, veiledere av studentene underveis i gruppearbeidet og ansvarlige for tilrettelegging av plenumsdiskusjoner og -refleksjon. De fem obligatoriske seminarene som inngikk i undervisningsopplegget, ble gjennomført med cirka 125 studenter på hvert seminar. Hvert seminar varte i seks timer, inkludert pauser. Deretter var det to–tre uker til neste seminar. Alle seminarer ble gjennomført av det samme lærerteamet, som besto av fem lærere. Under vises en skjematisk fremstilling av seminarenes temaer, slik de ble gjennomført høsten 2019.

Tabell 1 Seminarenes temaer

Seminar 1	Seminar 2	Seminar 3	Seminar 4	Seminar 5
Hva er sykepleie? – teorier – funksjonsområder – helse	Behovene: – mening og sammenheng – sosial kontakt – trygghet – identitet og egenverd	Fenomenene: – smerte – livskvalitet – verdighet – mestring Introduksjon til studieoppgaven	– kunnskapsbasert praksis – kvalitativ forskning – vitenskapsteori	– etikk – verdier

Faglig var emnet sammensatt av ulike temaer, og det var studentenes første introduksjon til forholdsvis komplekse faglige vurderinger og refleksjoner. Temaene var hentet fra ulike vitenskapelige disipliner og kunnskapsfelter, blant annet sykepleieteori, psykologi, medisinsk sosiologi, statsvitenskap, vitenskapsteori, etisk teori og juss. De mest sentrale temaene (ut fra pensummengde) var teorier om sykepleie, grunnleggende psykososiale og eksistensielle behov og sykepleieetikk. Vitenskapsteori, kvalitativ forskningsmetode og kunnskapsbasert praksis (sistnevnte var ikke eksplisitt nevnt i læringsutbyttebeskrivelsene) utgjorde også en merkbar mengde litteratur. Totalt besto pensum av cirka 700 sider, fordelt over flere bokkapitler og artikler. Emnet var altså det Grimen (2008) omtaler som heterogent, med faglige elementer som ikke logisk hører sammen, men som utgjør enkeltkomponenter som trengs for å skape praktiske synteser nødvendig i profesjonsutøvelse.

Studentenes tilgang til og bruk av mange korte asynkrone digitale miniforelesninger skulle, sammen med pensumlesing, legge grunnlaget for aktiviteten i seminarene. Miniforelesningene lå i den digitale plattformen Bokskapet sammen med korte fagtekster og flervalgs- og refleksjonsoppgaver, som skulle gi studentene mulighet til å være i interaksjon med kursinnholdet og komme forberedt til seminarene. Kurset i Bokskapet ble lenket opp til læringsplattformen Canvas, der blant annet konkrete forslag til pensumlesing og arbeidsdokumenter til de enkelte seminardagene lå.

Små justeringer av planer og gjennomføringer ble gjort både underveis, på og mellom seminarene. Blant annet ble det nettbaserte responsverktøyet Mentimeter.com brukt for å få studentenes umiddelbare vurdering av seminaret de hadde vært på. Slik ble seminaraktiviteter og tidsbruk forsøksvis tilpasset studentgruppen, og til den dynamikken som utspilte seg i klasserommet.

I 2019 gjennomførte alle studentene emnet parallelt med to andre emner; anatomi, fysiologi og biokjemi (AFB, 12 studiepoeng) og et emne

som omhandlet menneskets grunnleggende fysiologiske behov og sykepleie (6 studiepoeng).

Metodisk tilnærming og analytisk fremgangsmåte

Forfatternes forhold til emnets gjennomføring og datamateriale er komplekst. Vi var alle i større eller mindre grad delaktig i å videreutvikle emnet, produsere de digitale læringsressursene i Bokskapet og Canvas, gjennomføre seminarrekkene, vurdere arbeidskrav, gi tilbakemeldinger på skriftlige arbeider, svare på faglige og administrative spørsmål fra studenter, delta i møter med studentrepresentanter og sensurere eksamensoppgaver. Formelt var to av oss emneledere, men i hovedsak diskuterte og tok vi beslutninger i fellesskap i alle saker av betydning for gjennomføringen.

Metodisk minner denne studien om det Alvesson (2009) kaller «hjemme-etnografi». Hjemme-etnografi er en inngang til forskning på eget «fagligliv» og kulturelle felt. Metoden skiller seg fra mer tradisjonell etnografisk forskning ved at det primære formålet med deltaker-forskernes tilstedeværelse *ikke* er forskning. Det er *aktiviteten* man deltar i, som er den primære grunnen for deltakelse. Dernext kommer det – ofte bare periodevis – et mer observerende forskerblick på det man deltar eller har deltatt i (Alvesson, 2009, s. 158). Innenfor hjemme-etnografien benytter man således de erfaringene og den kunnskapen man får fra den naturlige deltakelsen i eget felt, til forskningsformål. Denne inngangen til deltagelse i feltet utgjør en vesensforskjell mellom tradisjonell etnografi og hjemme-etnografi, og fremgangsmåten er dermed også en viktig metodisk forskjell i arbeidet vi presenterer her og vanlig etnografisk metode. Vi var først og fremst undervisere på jobb i en utdanningsinstitusjon, hvor formålet primært var å utdanne sykepleiere. Men vi anla, i perioder, bevisst et forskende blick på vår egen praksis. Det er det forskende aspektet ved vår praksis som har generert et bredt tilfang av dokumentert empiri av vår og studentenes undervisnings- og læringspraksis, gjennom flere omganger og over tid. Det er denne dokumenterte empirien vi i dette kapitlet på nytt kaster et analytisk forskerblick på.

Det ble gjennomført evalueringer av emnet underveis, i etterkant av hvert enkelt seminar og etter endt gjennomføring av emnet. Studentene svarte på korte meningsmålinger mot slutten av hvert seminar (via mentimeter.com) og evaluerte emnet via den nettbaserte skjema-løsningen

Nettskjema.no i etterkant av avsluttet emne. I tillegg tok enkeltstudenter og smågrupper kontakt med lærerne, både muntlig og skriftlig, for å komme med tilbakemeldinger. Videre hadde vi lærerne høsten 2018 korte, uformelle evalueringer i etterkant av hvert seminar som ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert. Som del av instituttets kvalitetsarbeid ble det etter hver gjennomføring skrevet emnerapporter. Etter siste gjennomføring av emnet, høsten 2019, skrev i tillegg lærerne relativt omfangsrike oppsummerende vurderinger av emnegjennomføringene for dette året.

Samlet oversikt over tilgjengelig datamateriale presenteres i tabell 2.

Tabell 2 Samlet oversikt over tilgjengelig datamateriale

Datamateriale	År	Type materiale
Lærernes skriftlige evalueringer	Høsten 2019	Skriftlige refleksjonsnotater (fire dokumenter)
Emnerapporter	Våren 2018 og våren 2019	Skriftlige offentlige emnerapporter til instituttet (to dokumenter)
Lærersamtaler	Høsten 2018	Transkriberte lærersamtaler umiddelbart etter seminarer (fem filer, basert på totalt to timer og 40 minutter med samtaler)
Fokusgruppe-intervju med studenter	Våren 2019	Transkribert lydfil fra ett fokusgruppeintervju
Studenters skriftlige evalueringer	Høsten 2018 og høsten 2019	Spørreskjema (nettskjema.no) med svaralternativer og fritekstsvar besvart etter avsluttet emne
Mentimeter.com	Våren 2019	Studentevalueringer umiddelbart etter seminar
Bokskapet	2018 og 2019	Digital læringsressurs med asynkrone forelesninger og flervalgsspørsmål
Canvas, digital læringsplattform	2018 og 2019	Statistikk knyttet til studenters bruk
Flervalgssprøve, gjennomført digitalt i plenum	2018 og 2019	Resultater (godkjent, ikke godkjent). Tre ordinære forsøk, seks nye forsøk etter ikke-beståtte forsøk
Eksamensresultater	2018 og 2019	Karaktersnitt, tre ordinære eksamener, tre konteeksamener

I arbeidet med kapitlet er alt det overnevnte datamaterialet samlet, systematisert og gjennomgått. Alt har vært inkludert i analysene. Individuelle gjennomlesinger ble gjennomført gjentatte ganger av alle forfattere. Analyser av tekstmaterialet er presentert og jobbet med, både individuelt og kollektivt, og forfatterne har hatt gjentatte møter hvor prosessen og analyser har blitt diskutert. Fremgangsmåtene som har vært benyttet i analysene, har variert gjennom prosessen, avhengig av hvilket materiale vi har arbeidet med, og av hvorvidt vi har arbeidet alene eller sammen. Alene har vi som forskere

trukket på forskjellige tradisjoner, mens i våre kollektive analyser har vi vært inspirert av blant annet Aksel Tjoras (2019, 2021) «stegvis deduktiv-induktiv metode» (SDI). Metoden oppfatter vi bidrar til å bevare nyansene fra kvalitative rådata, samtidig som vi kan fortolke disse i lys av våre teoretiske perspektiver på læring og undervisning.

Flere av enkeltelementene vi peker på i våre resultater, ble adressert underveis, mellom og etter gjennomføringene av emnet, enten av lærere eller av studenter. Et evalueringsnotat fra siste gjennomføring i 2019 er et godt eksempel:

Jeg oppfatter at grunnen til at de færreste studentene klarer å ha meningsfulle diskusjoner og refleksjoner rundt de temaene vi har lagt opp, er kombinasjonen av for lite forberedelser fra studentene i forkant (ikke lest pensum eller sett videoforelesningene), for liten mulighet for lærerne å følge opp de enkelte studentgruppene underveis i diskusjonene (inkl. avklaringer om substansielt innhold og hva de skal diskutere) på grunn av antall studenter i seminarene, og et for faglig sett fragmentert emne. (Lærer, skriftlig evaluering I, høst 2019)

Mens overnevnte sitat ble skrevet av en av medforfatterne i rollen som *lærer*, bygger funnene vi presenterer videre på vår gjentatte lesing og tolking av materialet med et anlagt forskerblikk.

Fokusgruppeintervjuer har vært vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), som har gitt sin tilråding (referansenummer 370765). Alle opptak av studenter og lærere har funnet sted etter skriftlig informert samtykke. Utdrag av samtaler fra intervjuer og lærersamtaler er endret, slik at identiteten til deltakerne ikke kan gjenkjennes av andre enn dem som var til stede. Skriftlige evalueringer fra studenter har vært levert anonymt.

Funn

Analysene vi har gjort i forbindelse med utarbeidelsen av dette kapitlet, avdekker flere grunner som enkeltvis og til sammen hindret at det nye undervisningsopplegget ble positivt evaluert. Resultatene vi presenterer, opererer grovt sett på tre ulike nivåer: institusjonelt nivå, samhandlingsnivå og til slutt individnivå. Det skal likevel understrekes at vi ikke hevder at disse er tre distinkte og isolerte nivåer. Tvert imot peker analysene våre mot komplekse og til dels sammenfiltrede fenomener, som kumulativt produserte resultatene. Like fullt vil vi knytte hovedfunnene våre til de tre nivåene beskrevet over.

Uheldige konsekvenser av institusjonelle rammer og beslutninger

En forklaring på at de pedagogiske tiltakene i undervisningsopplegget ikke førte til de forventede resultater, var knyttet til formelle og organisatoriske forhold. For det første var emnets faglige innhold, bestemt av emneplanens læringsutbytter, viktig. For det andre var det utslagsgivende hvordan emnet konkret og praktisk ble organisert og gjennomført, eksempelvis størrelsen på seminarene og undervisningsformen. Alle disse beslutningene ble foretatt innenfor utdanningsinstitusjonens beslutningssystem, og dermed var det også, når emnet først ble igangsatt, noe studenter og lærere i liten grad hadde innflytelse over. En del av rammebetingelsene og beslutningene viste seg å ha uheldige konsekvenser.

Seminarenes størrelse skaper relasjonelle og kommunikative hindre

En viktig grunn til at emnet ikke ble særlig vellykket, var at antallet studenter som ble samlet på hvert enkelt seminar, var stort. Både lærere og studenter var enig i følgende: Seminarene ble for store.

Lærerteamet oppfattet at mange av plenumsdiskusjonene i storgruppen uteble fordi det ofte kun var et mindretall av studentene som bidro med (kunnskapsbaserte) innspill. Samme opplevelse målbar også flere studenter, som pekte på at seminarene hadde et for høyt antall studenter til at plenumsdiskusjonene kunne fungere, her eksemplifisert ved fritekstsvar fra en av evalueringene:

Temaene er interessante, og de fleste lærerne er hyggelige og kunnskapsrike. Opplegget er basert på studentaktivitet, men fordi folk flest ikke liker å snakke i store forsamlinger, fungerer det utrolig dårlig. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

I fokusgruppeintervjuet ble samme oppfatning tematisert:

Kanskje litt naivt å tro at folk vil ta ordet i en forsamling på 200 mennesker. Og det var veldig gode ting som jeg føler burde blitt sagt høyt. Men det fungerer ikke i praksis, rett og slett, når det er så mye folk. (Student, fokusgruppeintervju, vår 2019)

I emneevalueringene og i fokusgruppeintervjuet blir det også pekt på at de store seminarene hindrer relasjonen mellom student og lærer i veiledning. En student sier det slik:

Jeg vil ha en lærer som kan navnet mitt. Skjønner du? Og sånn: «Okei, NN, hvordan ligger du an nå? Hvor er du i løypen? Kommer dette til å gå bra? Det kommer til å gå bra. Flott. Det kommer ikke til å gå bra. Hvordan kan vi endre det?» [...] Så det ikke er «du med rød genser, bak der». (Student, fokusgruppeintervju, vår 2019)

Også en lærer hadde en opplevelse av at organiseringen påfører distanse mellom lærere og studenter:

Men, det gjør noe med den rollen som lærer, ikke sant? Det å miste personlig kontakt med studenter. Det å være inne på et rom med 125 stykker. Og jeg går på do, jeg vet ikke, er du i, med i, denne gruppen? Skal jeg smile til deg? Skal jeg ikke smile til deg? Ikke sant. Det er litt sånn. Det er noe med den rollen jeg har også. Som gjør noe med meg, da. Som ikke jeg synes jeg er så trivelig. (Lærer, lærersamtaler V, høst 2018)

Også lærerne oppfattet at den relasjonelle distansen kunne bli kortere med færre studenter til stede. Det ville også muliggjort andre former for samtaler og forventningsavklaringer mellom studenter og lærere. En av lærerne skrev dette:

Personlig så tenker jeg at den «oppdragende» rollen er lettere å «håndheve» i mindre studentgrupper der man i større grad kan stille klare forventninger til enkeltstudenter. (Lærer, skriftlig evaluering I, høst 2019)

Størrelsen på seminarene skapte således relasjonell distanse og kommunikative hindre både studentene imellom og mellom lærere og studenter.

Seminarene var ineffektive

I spørreundersøkelsen ble studentene spurt om i hvor stor grad heldagsseminarene med gruppearbeid hadde bidratt til deres læring. Hele 78 prosent av studentene svarte «i noen grad» eller «i liten grad». Bare 4 prosent oppga at de hadde bidratt «i stor grad». I andre sammenhenger trakk studenter frem at seminarene, pausene og tiden som ble gitt til å jobbe med oppgaver, var for lang, at arbeidsoppgavene var for lite konkrete og rettet for mye oppmerksomhet mot refleksjoner internt i gruppene, og at det var for få konkrete «riktige» svar. Svarene tyder på at studentene oppfattet seminarene som ineffektive, noe som også ble beskrevet i fritekstsvar fra studentenes emneevalueringer:

Det er alt for lite effektivt bruk av tiden, og alt for mange og lange pauser. Hadde seminarene vært effektive kunne de vært ferdige på ett par timer. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

Seminarene har vært veldig lange, og lite engasjerende. Jeg føler meg lite motivert og så mye informasjon på et seminar blir veldig mye og man faller av, og slutter å følge med til tider. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

Alle seminarene var svært langtekkelig, lært så å si ingenting under seminarene. Har måtte lest alt, da er det lite hensiktsmessig å bruke så mange timer på ingenting. Flervalgsprøvene så jeg ingen grunn til å bruke. Lærte ikke mer av dette. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

Det kan se ut til at mange studenter var opptatt av effektiv tidsbruk, forstått som stort utbytte av kunnskap per tidsenhet. Lærerne var mer opptatt av refleksivitet og dybdeforståelse. Dermed var det stor forskjell i forståelsen av hva seminarernes utbytte faktisk skulle og kunne være.

Kvaliteten på de digitale forelesningene ble vurdert som dårlige

I evalueringene fremkommer det at noen studenter mener at de digitale forelesningene går for sakte, og at det skjer for lite i filmene.

Tenker kanskje videoene bør spilles inn på nytt, med et bedre kamera og mikrofon. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

En annen skrev om filmene som ble spilt inn til emnet:

Fint at de ligger på YouTube, da det er mulig å sette opp hastigheten, da dere snakker fryktelig sakte i mange av forelesningene. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

Tilsvarende tilbakemeldinger fikk vi også underveis i gjennomføringene av emnet fra studentene. Vi oppfattet og oppfatter derfor tilbakemeldingen rundt dette som en rimelig vanlig oppfatning.

Jeg starter med å ta for meg digitalt undervisningskurs i bokskapet. Dette har rett og slett vært et uengasjerende og lite inspirerende tilbud/læringsaktivitet. Lite engasjerende forelesere, dårlig kvalitet på både lyd og bilde, kjedelige bakgrunner og måte og legge frem pensum på. (Skriftlige studentevalueringer I, høst 2018)

Noen studenter uttrykte også at de brukte for mye tid hvis de skulle benytte både Bokskapet og lese pensum, og de mente at det ville vært mer effektivt med forelesning.

Et faglig fragmentert emne

Mens studentene oppfattet seminarene som ineffektive og for lite engasjerende, med for mye oppmerksomhet på refleksjon, oppfattet lærerne at noe av grunnen også måtte tilskrives fagets heterogene karakter. Ved flere anledninger fremhever lærere at emnet var sammensatt av for mange ulike fagdisipliner, at det førte til at emnet fremsto som fragmentert, og at det dermed ble vanskelig å se hvordan og hvorfor studentene skulle lære seg det som ble presentert og arbeidet med. En lærer skrev:

For øvrig oppfatter jeg også at særlig emnet i stor grad har fremstått som et fragmentert emne, hvor flere disipliner og faglige temaer har vært satt sammen uten at det fremstår som veldig godt sammenhengende. Eksempelvis er det ikke intuitivt for studenter (eller undertegnede) at psykososiale og eksistensielle behov og kvalitativ *forskningsmetode* har så mye felles at det hører til samme emnet. Tilsvarende gjelder etikk og kvalitativ forskningsmetode. Tematisk har således emnet vært oppfattet av undertegnede til å være preget av manglende sammenheng. (Lærer, skriftlig evaluering I, høst 2019)

Den samme læreren påpeker videre:

Når kvalitativ metode i tillegg skal introduseres uten at kvantitativ forskningsmetode introduseres på samme nivå, utgjør dette en pedagogisk utfordring som jeg ikke kan se at vi har løst godt (ut fra hva jeg har sett av studieoppgavene). (Lærer, skriftlig evaluering I, høst 2019)

Denne pedagogiske utfordringen ser ikke ut til å ha blitt løst i møtet med studentene.

Samhandlingsproblematikker og det problematiske gruppearbeidet

Den andre hovedforklaringen på at emnet ikke ble som forventet, knytter seg til intersubjektive forhold, eksempelvis til studentenes opplevelse av å arbeide i grupper, både i storgruppen (som nevnt tidligere) og i de

faste smågruppene på fire–seks personer. Smågruppene var tilfeldig satt sammen og ble holdt uforandret gjennom seminarene for å sikre alle studentene sosial og faglig tilhørighet, og dermed styrke læringsmiljøet.

Gruppesammensetningen

Studentene opplevde å bli satt i grupper med ukjente som ikke nødvendigvis hadde samme ambisjonsnivå som dem selv. For noen studenter var det utfordrende både å bli plassert sammen med ukjente mennesker og å skulle samarbeide med utgangspunkt i ulike ambisjonsnivåer. En student uttrykte sin skepsis til gruppearbeid slik:

Jeg vet ikke, men jeg stoler ikke på andre folk, når det kommer til gruppeoppgaver, gruppeting. Jeg stoler ikke på noen. Jeg blir svett av å tenke på det, rett og slett. (Student, fokusgruppeintervju, vår 2019)

Senere i samme intervju beskriver en annen student hvordan de kontinuerlige skiftene mellom gruppene i studiet som helhet var slitsomt:

Gruppearbeid er ikke min greie. Jeg vet at det er viktig, fordi som sykepleier så kommer du til å jobbe i gruppe resten av livet. Så jeg prøver å venne meg til dette her. Og finne måter på hvordan jeg kan gjøre dette best mulig i gruppesituasjon. Det som har vært utfordrende for meg, er at når vi hele tiden bytter gruppe, så begynner man litt på scratch. Hvordan kan man jobbe i lag, sant. (Fokusgruppeintervju med studenter, vår 2019)

Et tilleggselement til krevende endringer og arbeid i grupper, var gruppenes produksjon av et felles skriftlig produkt. I evalueringene av den skriftlige oppgaven trekkes det frem i fritekstsvarene at studentene misliker å skrive tekstarbeid i gruppe.

Veldig krevende å skrive en oppgave på 2000 ord med fem personer. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

Dere gir en oppgave der fem elever skal skrive et fagnotat. Det gjør at vi som studenter ikke får tilstrekkelig øvelse i å skrive fagnotat. (Student, skriftlig studentevaluering I, høst 2018)

Lærerne mente at studentene fikk lite utbytte av eksempelvis gruppediskusjoner fordi studentgruppene ofte var «ferdig snakket» etter kort tid, og

det så ut til at samskrivingsøktene i seminarerne ikke var særlig produktive. Samtidig fremsto studentene som tilbakeholdne med å be om veiledning for å komme videre. Dermed syntes lærerne det var vanskelig å følge opp studentgruppene underveis i seminarerne, både med tanke på avklaringer om substansielt innhold og når det gjaldt hva som var aktuelle faglige diskusjoner. Som lærer var det krevende å holde oversikt over hva de mange gruppene hadde arbeidet med, og hva de trengte hjelp til.

For lite feedback og læreroppfølging av gruppene

Studentene fikk tilbakemeldinger på de skriftlige gruppearbeidene, og mange oppfattet dem som nyttige og gode, men med ganske store sprik, fra «beste tilbakemelding ever» til «uklar». Spørreskjemaundersøkelsen viste da også at studentene var delt omtrent i to når de ble spurt om læringsutbyttet på gruppearbeidene. Samtidig viste fritekstsvarene at studentene opplevde at lærerne bidro med for lite veiledning og oppfølging, og at lærerne ikke var samstemt i veiledningen.

Opplegget under de fem seminarerne har vært veldig dårlig. Det har ikke fungert bra, når jeg som elev har stilt spørsmål har jeg ikke fått svar på spørsmålet. Fikk svar, men ikke på hva jeg spurte om. Dette har skjedd flere ganger. (Student, skriftlig studentevaluering I, høst 2018)

Som tidligere nevnt vurderte lærerne flerlærerundervisningen som et gode, både for studentene og for lærerne selv. Imidlertid oppfattet ikke nødvendigvis studentene det slik. Noen av studentene ga eksempelvis uttrykk for at lærernes faglige forskjellighet ga seg utslag i ulike krav til studentarbeidene. En student målbar det på følgende måte:

Var veldig forskjellige tilbakemeldinger på studieoppgavene med tanke på hvem som rettet den! Andre grupper fikk helt andre tilbakemeldinger, som liksom handlet om hva de gjorde feil, som vi også hadde gjort feil, men vi fikk ingen tilbakemelding på det. Tilbakemeldingene bør følge samme kriterier, og helst være samme som i eksamen. Så man vet hva sensor faktisk er ute etter. (Student, fokusgruppeintervju, vår 2019)

Det var ikke bare lærernes ulike vurderinger studentene reagerte på og fant krevende. Samhandlingen lærerne imellom ble også vurdert av studentene som krevende å forholde seg til.

Veiledernes faglige samhandling skapte usikkerhet

Blant lærerne var det bred enighet om at lærerteamet var velfungerende og hadde stor faglig takhøyde, og at lærerteamet sto samlet som kollegium i gjennomføringen av emnet. Det var også bred enighet blant lærerne om at tilbakemeldinger fra hverandre hadde vært verdifulle og åpnet for muligheter til å utvikle sin egen personlig og profesjonell «lærerstil». Å bli eksponert for gode eksempler på hvordan andre lærere konkret nærmer seg problemstillinger i undervisningen, opplevde de som lærerikt. En lærer sier:

Det er litt sånn åpenhet om hverandres måter å snakke med studentgruppene på. For det registrerer jeg er ganske forskjellig mellom oss. Som jeg lærer veldig mye av. (Lærer, lærersamtaler I, høst 2018)

Blant lærerne var det enighet om at lærergruppens varierte faglige ståsted og erfaringer burde hatt potensial til å gi studentene en mer nyansert læringsopplevelse, fordi lærerne hadde grunnlag til å trekke på ulike kliniske kontekster og «har ulike teoretiske briller på». En lærer sier:

Da kjente jeg på akkurat det jeg har så lyst til at vi skal kjenne, med å være flere lærere [...]. Her stopper min kunnskap, og jeg tenker: «Shit, dette var et skikkelig vanskelig spørsmål.» Da kan jeg spørre en annen: «Hva tenker du om det?» Jeg tror noen av studentene synes dette er spennende. (Lærer, lærersamtaler I, høst 2018)

At lærerne i lærergruppen diskuterte seg imellom og ikke alltid var enige i seminarene, ble av lærerne oppfattet som potensiell «eksempellæring», fordi det er slik faglige diskusjoner blant klinikere kan foregå. Studentene trakk på sin side ikke de faglige diskusjonene mellom lærerne frem som en styrke ved undervisningen som ble gitt. Tvert imot reagerte flere studenter negativt på at lærerne ikke var samstemt i alle faglige spørsmål. De trakk frem karakteristikk som «rotete», «surrete», «manglende kontroll og innsikt», «lite oppklarende» samt «dårlig forberedte lærere» da de beskrev lærernes faglige diskusjoner. De faglige diskusjonene i lærerteamet skapte dermed usikkerhet blant studentene om hva som var det riktige svaret. Selv om studentene ble fortalt at diskusjonene var bevisste handlinger fra lærerne i teamet sin side, skriver en student:

Veldig mye rot i form av uenighet blant forelesere. Ble mye diskusjon fram og tilbake, og gjorde det vanskelig å vite hva som var riktig av svar på forskjellige oppgaver. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

Studentenes manglende forberedthet

I våre analyser finner vi at studentenes forutsetninger, engasjement og forarbeid hadde stor betydning for utfallet av de pedagogiske intervensjonene. Underveis i gjennomføringen var den generelle opplevelsen til *veilederne* at kunnskapsutveksling internt i smågruppene ofte var begrenset og fremsto som svært overflatisk, uten det faglige refleksjonsnivået vi hadde håpt på.

Gruppearbeidets iboende problem – gratispassasjerene

Gratispassasjerene var klart synlige i seminarene og i veiledningssituasjoner med enkeltgrupper, og de ble i studentenes egeninitierte samtaler med lærere og i emnevurderingene løftet frem av studentene selv som et problem.

Det at flere personer skal skrive en og samme oppgave er ikke en ideell lærings-situasjon. Det ender opp med at 1 eller 2 gjør hele oppgaven imens resten sitter på sidelinjen og ikke jobber. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

Det var et forholdsvis stort sprik mellom det lærerne forventet av studentenes forberedelser, og dermed også til dels hva som krevdes av forberedthet, og hvilken grad av forberedthet studentene *viste frem* når de møtte på seminarene. Som pekt på tidligere så det ut til at seminarenes størrelse gjorde at forberedte studenter likevel ikke tok ordet, noe ikke bare lærerne fornemmet i seminarsituasjonene, men som også ble uttrykt av studenter selv.

Tilbakemeldingene fra studentene vitner om ulik grad av forberedthet og forventninger. Fokuset på gruppearbeid kommer frem som noe negativt.

Håpløst med gruppearbeid når så mange studenter er helt umotiverte og ikke forbereder seg. (Student, emnerapporter II, vår 2020)

Flere studenter peker på noe av det samme med tanke på medstudenters manglende forberedthet, og kommer med forslag til hvordan man kan redusere dette fenomenet:

Det er mange som ikke kommer forberedt til timen, og ikke kan det som faktisk skal kunnes. At man registrerer de som har sett videoer, og de som ikke har sett videoer. På en måte gjøre det litt mer obligatorisk. (Student, fokusgruppeintervju, vår 2019)

En annen sier det er bedre å

gi konstant oppfordring til hvorfor man bør møte forberedt til timene. Når andre sier at de ikke skjønner noen ting, handler det kanskje om at man ikke har forberedt seg. (Student, fokusgruppeintervju, vår 2019)

Manglende forberedthet førte til at det ble vanskelig å føre faglige diskusjoner mellom studentene. En student skrev følgende:

Til de fleste seminarene var det få som faktisk hadde fordypet seg i pensum, noe som gjorde det problematisk for spesielt vår gruppe å diskutere. Dette gjorde at engasjementet falt betraktelig gjennom gruppesamlingene. (Student, skriftlig studentevaluering II, høst 2019)

I en av lærersamtalene i etterkant av et seminar løftes diskusjonen om forberedthet og læringsressurser opp når en lærer får følgende svar på spørsmål om hva man legger i ordet «forberedelse»:

Og så det er jo forventingen, at dere har vært gjennom Bokskapet, den delen, at de har lest den oppstykkede pensumlisten, hva som er knyttet til den delen, og det bruker man mer. Det å komme gjennom et kapittel i Dalland, tar for meg lang tid. Så derfor så, hvis det står at de har brukt to timer på å forberede seg, så har de ikke kommet igjennom. Ja, de har kanskje sust gjennom på dobbel hastighet, gjennom Bokskapet, del 1. Men man har ikke åpnet opp boken. (Lærer, lærersamtaler II, høst 2018)

Men det var ikke nødvendigvis enighet blant alle lærerne om studentenes manglende forberedthet, noe som kommer frem i dette utsagnet:

Veldig mange hadde skrevet egne notater. Hvis de bare har skrevet at de har forberedt seg i to timer, eller to og en halv time, så har de ikke fått med all sin forberedelse. For det var noen som hadde skrevet side opp og side ned. [...] Det var en jente som hadde forberedt seg noe enormt altså. Hun hadde en hel skrivebok om kunnskapsbasert praksis, om disse sannhetene, og prøvde å linke de opp mot forskjellige ting. (Lærer, lærersamtaler II, høst 2018)

Samtidig tydet brukstallene fra Bokskapet og Canvas på at studentene faktisk brukte lite tid på læringsressursen i forkant av seminarer. Unntakene var rett før gjennomføring av arbeidskrav og eksamen, da bruken økte betraktelig.

Kort tidshorisont på forberedelsene

Både i samtaler med studentene underveis i gjennomføringen, i skriftlige evalueringer og i fokusgruppeintervjuer pekte studentene på at det tok mye tid å forberede seg til seminarerne, og at slike forberedelser ikke nødvendigvis ble prioritert når andre aktiviteter skjedde parallelt. Som resultat av det studentene opplevde som stor arbeidsbyrde, kunne forberedelsene bli utsatt til kvelden før hvert enkelt seminar. Følgende fritekstsvaer eksemplifiserer begge disse fenomenene:

Rakk aldri gjennom stoffet vi skulle lese siden vi hadde så mye i andre fag i tillegg. Hadde kanskje vært litt lettere å komme greit gjennom pensum dersom det ble fordelt på flere seminarer. (Student, emnerapport II, vår 2020)

En forklaring på studenters manglende forberedthet ble av en student begrunnet i at mange studenter kommer rett fra videregående skole, slik at de ikke vet hvordan de skal studere selvstendig:

Jeg tror det er veldig mange som er førstegangsstudenter, som ikke har andre referanser til annet enn videregående og ungdomsskole. [...] Mange klarer ikke å ta ansvaret selv med selvstudium helt ut av det blå. (Student, fokusgruppeintervju, vår 2019)

Da de begynte på emnet, hadde mange av studentene ikke lært seg å være studenter ennå. Denne oppfatningen satt også lærerne med. For å bøte på manglende forberedthet forslo en av lærerne:

Men tror du at det hadde lønt seg å sende ut en liten påminnelse på akkurat det med forberedelser? «Har du husket å være i Bokskapet», «har du husket det, eller ikke husket ...», bruk noen andre ord, da. (Lærer, lærersamtaler II, høst 2018)

Hvorvidt disse påminnelsene faktisk fungerte etter intensjonen, er uklart. Det kan godt være at studenter forberedte seg bedre og oftere, men vi har ingen data som peker i den retningen.

Diskusjon

Som lærere ble vi alle noe overrasket over den manglende suksessen både underveis og etter gjennomføringene av undervisningsopplegget. Vi var usikre på hva vi gjorde feil, og på hvor hindrene lå. Vi forsøkte å gjøre

mindre justeringer foran hver ny emnegjennomføring og gjennom møtevirksomhet forut for hvert seminar. Likevel var det klart for oss at vi ikke fikk opplegget til å fungere slik vi ønsket.

Særlig avdekker gjennomlesingen av lærersamtalene med tydelighet at vi som kollegium gikk i forsvar, blant annet ved å legge ansvaret på studentene for dårlige forberedelser og lite aktivitet i seminarene. Samtidig viser også analysene at studentene faktisk var uforberedt. Likevel må vi, som lærere, erkjenne at vi ikke tidligere har klart å opparbeide tilstrekkelig analytisk distanse for å kunne identifisere kompleksiteten emnet representerte, både i innhold, i form og i gjennomføring.

Det er rimelig å anta at de fleste studenter er opptatt av å få best mulig måloppnåelse i sine studier. Litteraturen viser også at for at studenter skal få god måloppnåelse, må de ha klart for seg hva hensikten med det de skal lære, er (Biggs, 2012; Biggs & Tang, 2011, s. 15–16; Hatlevik, 2014). Det samme gjelder trolig også sykepleierstudenter. Mye tyder på at den pedagogiske tilnærmingen ikke ga studentene den nødvendige forståelsen av hensikten med verken seminarundervisningen, gruppearbeidet eller arbeidskravene, selv om de oppga at de trodde de ville få nytte av fagstoffet. Det var vanskelig for studentene å se at emnet var rigget for gode faglige prestasjoner. Da er det også vanskelig å påstå at emnet var en suksess.

Våre analyser og resultatene vi har presentert, viser at det både er enkelt-elementer alene og komplekse sammenhenger mellom enkelt-elementene som førte til at opplegget ikke ble vellykket. «Feilene» ser ut til å være knyttet til både strukturelle og prosessuelle faktorer.

Med utgangspunkt i hovedfunnene knyttet til institusjonelle rammer, samhandlings-problematikker og studenters manglende forberedhet, presentert over, skal vi nå blant annet diskutere hvordan vi kan forstå hvorfor det ble slik det ble, og også lete etter alternativer til vår gjennomføring.

Hatlevik og Havnes (2017, s. 192) peker på at studenter i profesjonsutdanninger står overfor to hovedutfordringer. Den første utfordringen dreier seg om å *identifisere* de ulike elementene i kunnskapsfeltet, og å forstå hvordan de skal forholde seg til disse. Den andre er å skape koherens, forstått som å *oppdage* meningsfulle sammenhenger og å arbeide med de spenningene og manglende sammenhengene i kunnskapsfeltene og læringsarenaene de inngår i. Det er grunn til å tro at en forutsetning for at meningsfulle sammenhenger skal kunne skapes, er at undervisningsopplegget inviterer studentene til å ta aktiv del i arbeidet, noe de ikke ser ut til å ha gjort.

Undervisningsoppleggets forskjellige kommunikasjonsplattformer – Bokskapet, Canvas og de fysiske seminarer – kan ha gjort det vanskelig for studentene å forstå den innbyrdes sammenhengen mellom undervisnings-elementene. Mens lærerne hadde en klar formening om hva studentene skulle gjøre forut for seminarer, ble tilsynelatende ikke forventningene kommunisert tydelig nok. Var det tilstrekkelig å se digitale læringsressurser forut for hvert seminar, eller ble det også forventet at man skulle lese? Denne manglende tydeligheten om hva forberedthet faktisk innebar, ser ut til å ha skapt enda et lag med forvirring hos studentene. Denne forvirringen har trolig bidratt til at studentene ikke har klart å skape de nødvendige meningsfulle sammenhengene.

Blant våre viktigste funn kom *størrelse* frem som en avgjørende faktor. 125 studenter ble plassert i et stort flatt klasserom i smågrupper. Hver student skulle også forholde seg til sin tildelte gruppe. Slik skulle alle i storgruppen få samme undervisning og informasjon. De store forelesningenes stordriftsfordeler ville beholdes, mens ulemper, passivitet og fremmedgjøring ville kompenseres gjennom de faglig-sosiale fordelene av gruppearbeid i små grupper som Svinicki et al. (2014, s. 267–276) hevder man kan oppnå. Imidlertid førte antallet studenter og smågrupper til at studentene ble passivisert. Våre funn tyder på passiviteten som oppsto skyldtes at mange studenter ikke turte å snakke høyt i store forsamlinger. Det er også grunn til å tro at formatet på seminarer gjorde det lettere «å gjemme seg bort» i mengden, og det er liten tvil om at lærerne mistet oversikten over den enkelte studenten og dennes læringsprogresjon. Vi påstår ikke at «stille studenter» ikke lærer. Det gjør de (Medaille & Usinger, 2019). Derimot tror vi at opplevelsen av meningsfulle sammenhenger – og læring – ble redusert fordi mange potensielt lærerike faglige samtaler uteble i de store seminarer.

Damsgaard (2019) understreker viktigheten av at studenter opplever seg sett og hørt av lærerne. Å bli sett og hørt styrker studentenes motivasjon, får dem til å innta en aktiv læringsstrategi og gjør at de oftere inngår i gode læringsprosesser. Våre analyser viser at de svake relasjonelle båndene mellom lærer og student var en konsekvens av for store seminarer. Det førte igjen til at studentenes motivasjon og læringsengasjement ble redusert (Damsgaard, 2019).

Samtidig ser vi også at emnegjennomføringen ikke tilbydde studentene en av de klart viktigste læringsfaktorene: feedback fra lærere (Carless & Boud, 2018; Hattie & Timperley, 2007). Dette gjaldt for både

det muntlige og det skriftlige arbeidet til studentene. Organiseringen av mange smågrupper i ett klasserom ser ut til å ha gitt redusert mulighetsrom for feedback på enkeltstudenters arbeid. Det siste er selvfølgelig ikke noe som kun gjelder smågrupper på store seminarer. Tilsvarende problemstillinger oppstår også på små seminarer. Men slik undervisningen ble organisert her, forsvant også de små gruppene i massen, og tendensen ble forsterket.

Wittek og Brandmo (2016, s. 256) refererer til forskning som viser at gruppearbeid ofte fungerer dårlig av tre grunner: uklare mål for arbeidet, lav motivasjon og dårlig interaksjon mellom studentene. Alle disse elementene ser ut til å ha spilt inn i gjennomføringen. Selv om det som ble tematisert i seminarene, ble vurdert av studentene som relevant for deres fremtidige yrkesrolle, fremsto likevel mye av arbeidet som ble gjort i gruppene, som lite relevant, særlig i tilknytning til den skriftlige hjemmeeksamen. Dermed fremsto heller ikke arbeidet som skulle gjøres i og mellom seminarene, som viktig for studentene, noe som kan se ut til å ha redusert studentenes motivasjon for å forberede seg og for å prioritere arbeid mellom seminarene. Ifølge funnene opplevde studentene at medstudenters manglende motivasjon og nedprioritering medførte vanskelig samarbeidsklima internt i gruppene. Det genererte videre gratispassasjerproblematikken som ble løftet frem av studentene. Når da lærerne samtidig verken klarte å følge den enkelte studentens læringsprosess, å gi viktig feedback, eller å veilede i gruppedynamikk, ser vi at emnets oppbygning og gjennomføring mangler vesentlige forutsetninger for å lykkes.

Det foreligger bredt forskningsmessig belegg for at to- eller flerlærerundervisning er egnet til å styrke undervisningskvalitet og øke studenters læring. Slike design gir utvidede muligheter for å utforme solide og gjennomarbeidede læringsaktiviteter, og er assosiert med sterke og utviklende læringsmiljøer for både studenter og lærere (Dumas & de Montigny, 1999; Ferguson & Wilson, 2011). Kombinert med *flipped classroom* og *blended learning* gir designet også utvidede muligheter for dybdeforskning av innholdet i et emne (Morelock et al., 2017). Plank (2011) hevder at studenter som observerer lærere som samarbeider til tross for ulikheter og uenigheter, utvikler innsikt i hvordan læringsfelleskap kan fungere i praksis. Studentenes kunnskapsbase øker fordi det tilbys forskjellige faglige synspunkter, og studentene får ulike rollemodeller og blir bevisst på fordeler med teamarbeid og variasjoner i meningsfulle profesjonelle verdier

(Kerridge et al., 2009). Flere enkeltstudier viser signifikant økning i akademiske prestasjoner hos studenter som har fått undervisning av lærerteam, sammenliknet med studenter som har fått undervisning av soloundervisere (Simons et al., 2020; Whitburn et al., 2021).

Våre analyser viser at flerlærervirksomhet ikke nødvendigvis gir slike positive resultater. For selv om vi innad i dette emnet opplevde å være et velfungerende lærerteam som hadde konstruktive meningsutvekslinger i læringsfellesskapet, viste det seg at vår fremvisning av faglig uenighet ofte forvirret studentene – på en ikke-konstruktiv måte. Mens studentene etterspurte fasitsvar, presenterte lærerne ulike perspektiver og fagets kompleksitet, uten at de kunne sikre at perspektivene, kompleksitetene og nyansene var forstått av studentene. Tatt i betraktning emnets plassering i utdanningsløpet – og derav mange uerfarne studenter – ser det ut som det ble stilt for store krav til studentenes «læringsmodenhet» for at fremvisning av faglig uenighet i lærerteamet skulle fungere etter intensjonen.

Som vist innledningsvis var emnets kunnskapsbase utpreget heterogen, og det var studentenes første emne hvor de ble avkrevd forholdsvis komplekse faglige vurderinger og refleksjoner. Mye tydet på at vi ikke klarte å knytte de nødvendige forbindelseslinjene mellom heterogent innhold, undervisningsform og arbeidskrav i emnet. Studentene ble dermed presentert for et ikke-koherent emne (Hatlevik & Havnes, 2017), noe som førte til faglig frustrasjon og manglende opplevelse av læring hos studentene, noe emneevalueringene også med tydelighet viste.

En utfordring i emnet ser ut til å ha vært å introdusere studentaktive læringsformer med sterke innslag av digitale læringsverktøy for studenter med manglende erfaring med slike pedagogiske innfallsvinkler og rammer. For nye universitetsstudenter blir overgangen fra rollen som skoleelev til rollen som student – hvor det kreves delaktighet i komplekse læringssituasjoner, og hvor flere ukjente pedagogiske metoder tas i bruk samtidig – for stor. Vi mener å se resultatene av utilstrekkelig innføring i emnegjennomføringens arbeidsformer, og at denne manglende innføringen medførte redusert tilfredshet og mindre læring for studentene. Vi forventet trolig for mye av studentene, der de var. Dersom emnets gjennomføring hadde foregått senere i utdanningsløpet, og om studentene hadde vært eksponert for arbeidsformene i andre, mer homogene emner, ville studentene i større grad hatt forutsetninger for å delta aktivt i seminarene, og dermed ville de også vært i stand til å være mer involvert i egne læringsprosesser. Alle disse

elementene tyder på at det er viktig å plassere komplekse undervisningsmetoder og fag på et tidspunkt i et utdanningsløp da studentene har lært seg å være og lære som studenter. Innenfor utdanningsinstitusjonene er blikket på progresjon og koherens således viktig (Hatlevik & Havnes, 2017).

Hvorfor ble det ikke gull – og hva kan vi lære?

Mange har utforsket hvilke pedagogiske grep som best er i stand til å fremme læring hos studenter i profesjonsutdanninger. Svært ofte pekes det i retning av at læringsaktiviteter som aktiverer og engasjerer studenter til å samarbeide, som fremmer kritisk tenking, og som hever læringsutbyttet og handlingskompetansen til studenter, sammenliknet med konvensjonelle forelesningsbaserte modeller (Khatiban et al., 2019; Lin et al., 2010; Ozgonul & Alimoglu, 2019). Digitale læringsverktøy løftes gjerne frem som viktige elementer for å få dette til (Lillejord et al., 2018).

I gjennomføringen av undervisningsopplegget var alle disse elementene til stede. Likevel kom vi ikke i mål. Vi har i presentasjonen og i diskusjonen pekt på noen faktorer som trolig – ikke alene, men til sammen – gjorde noe vi trodde skulle bli til gull, mindre vellykket. Det fremstår for oss som om det først og fremst var balanseringen av de forskjellige virkemidlene vi benyttet i emnet, som gjorde at suksessen uteble. Trolig skyldtes det en kombinasjon av 1) et for komplekst, faglig heterogent og fragmentert emne som ble 2) introdusert tidlig i studieløpet, 3) begrenset mengde feedback, 4) et – for studentene – krevende flerlærersamarbeid og endelig 5) et læringsfelleskap som ble for stort og uoversiktlig for både studenter og lærere. Alt dette førte til at selv om alle nødvendige ingredienser for å skape gull av gråstein var til stede, oppsto ikke den ønskede transformasjonen. På bakgrunn av våre funn og erfaringer vil vi komme med følgende anbefalinger:

Konkurrerende virksomhet mellom emner i samme utdanningsløp bør unngås. Emner som foregår parallelt, vil uvegerlig føre til at studenter vil måtte prioritere. Dersom ett emne oppfattes som viktigere eller av høyere status, vil andre emner nedprioriteres.

Vår anbefaling er at man i første studieår unngår pedagogiske opplegg hvor store grupper er et sentralt organiserende prinsipp, slik det ble gjort her. Det har vist seg vanskelig å skape aktiviserende læringsfelleskap i store forsamlinger med over hundre studenter. Selv om annen litteratur viser at store forsamlinger kan fungere og gi gode resultater i andre sammenhenger og profesjonsutdanninger, er det vår erfaring at det er svært krevende å

designe miljøer og læringsfellesskap, hvor gode og tilpassede feedback-sløyfer til enkeltstudenter og grupper er til stede. Det gjelder særlig dersom studenter er på et tidlig stadium i studieforløpet og dermed er «noviser i læring». Vi tror imidlertid at storgruppeorganisering senere i studieløpet kan være faglig stimulerende og sosialt velfungerende. Videre mener vi at flerlærerundervisning i store forsamlinger trolig kan skape spennende læringsmiljøer, både for studenter og for lærere.

Også i utdanningsammenheng må institusjoner prioritere: Hva er kjernekompetanse som må på plass før vi går videre? Vi har pekt på at emnets faglige elementer var for komplekse og sammensatte for våre studenter. Heterogent sammensatte emner, hvor det kreves høy grad av integrerende kompetanse hos studentene, er for krevende tidlig i studieløpet. Vår klare oppfatning er at studenter må gis en grundig substansiell innføring i sentrale kunnskapsområder, ikke bare ha «kjennskap til» dem, før de skal integrere kunnskap fra forskjellige vitenskapsdisipliner og fag i kontekster de ikke har erfaring fra. Det vil si at heller ikke i introduksjonsemner må studenter introduseres for altfor mange nye elementer. Komplekse emner, hvor det kreves integrering av kunnskap fra ulike vitenskaper og fagfelt, bør derfor introduseres etter at grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og kompetanser er på plass. En av kompetansene som trengs, er at man har lært å være student.

Hvilken status digitale ressurser, pensumlitteratur og forelesninger har i forhold til hverandre, læringsutbytter og eksamenskrav, må være helt avklart for studenter og lærere. Studenter må ikke settes i en situasjon hvor de må spørre: «Hva skal jeg egentlig kunne?» Organisering og presentasjon av for eksempel penum, læringsressurser, forelesninger, og seminarvirksomhet bør derfor heller ikke foregå på for mange plattformer.

Digitalisering av undervisning er ikke ressursbesparende i seg selv. Kvalitet fordrer tilstrekkelig institusjonell støtte til produksjon av digitale undervisningsressurser. Studenter vurderer studiekvalitet ut fra både faglig substans og innpakning.

Referanser

- Alvesson, M. (2009). At-home ethnography: Struggling with closeness and closure. I S. Ybema, Y. Dvora, H. Wels & F. H. Kamsteeg (Red.), *Organizational ethnography: Studying the complexities of everyday life* (Bd. 46, s. 156–174). Sage.
- Barbour, C. & Schuessler, J. B. (2019). A preliminary framework to guide implementation of the flipped classroom method in nursing education *Nurse Education in Practice*, 34, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.11.001>

- Biggs, J. (2012). What the student does: Teaching for enhanced learning. *Higher Education Research and Development*, 31(1), 39–55. <https://doi.org/10.1080/07294360.2012.642839>
- Biggs, J. & Tang, C. (2011). *Teaching for quality learning at university* (4. utg.). Open University Press.
- Carless, D. & Boud, D. (2018). The development of student feedback literacy: Enabling uptake of feedback. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 43(8), 1315–1325. <https://doi.org/10.1080/02602938.2018.1463354>
- Damsgaard, H. L. (2019). *Studielivskvalitet: Studenters erfaringer med og opplevelse av kvalitet i høyere utdanning*. Universitetsforlaget.
- Dumas, L. & de Montigny, F. (1999). Quality perinatal nursing education through co-teaching. *Journal of Perinatal Education*, 8(4), 27–35.
- Ferguson, J. & Wilson, J. C. (2011). The co-teaching professorship: Power and expertise in the co-taught higher education classroom. *Scholar-Practitioner Quarterly*, 5(1), 52–68. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ942564.pdf>
- Fonn, M. & Hofstad, E. (2018, 13. juni). Oslomet vil bli landets beste sykepleierutdanning. *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/2018/06/oslomet-vil-bli-landets-beste-sykepleierutdanning>
- Fossland, T. (2015). *Digitale læringsformer i høyere utdanning*. Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Universitetsforlaget.
- Handal, G. (2016). Studentevaluering av undervisning. I H. I. Strømso, K. H. Lycke & P. Lauvås (Red.), *Når læring er det viktigste: Undervisning i høyere utdanning* (2. utg., s. 120–140). Cappelen Damm Akademisk.
- Hatlevik, I. K. R. (2014). *Meningsfulle sammenhenger: En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeiderutdanningene* [Doktorgradsavhandling]. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Hatlevik, I. K. R. & Havnes, A. (2017). Perspektiver på læring i profesjonsutdanninger: Fruktbare spenninger og meningsfulle sammenhenger. I S. Mausethagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 191–203). Universitetsforlaget.
- Hattie, J. & Timperley, H. (2007). The power of feedback. *Review of Educational Research*, 77(1), 81–112.
- Kerridge, J., Kyle, G. & Marks-Maran, D. (2009). Evaluation of the use of team teaching for delivering sensitive content – a pilot study. *Journal of Further and Higher Education*, 33(2), 93–103.
- Khatiban, M., Falahan, S. N., Amini, R., Farahanchi, A. & Soltanian, A. (2019). Lecture-based versus problem-based learning in ethics education among nursing students. *Nursing Ethics*, 26(6), 1753–1764. <https://doi.org/10.1177/0969733018767246>
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press.
- Lillejord, S., Borte, K., Nesje, K. & Ruud, E. (2018). *Learning and teaching with technology in higher education – a systematic review*. Kunnskapssenter for utdanning.
- Lin, C.-F., Lu, M.-S., Chung, C.-C. & Yang, C.-M. (2010). A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nursing Ethics*, 17(3), 373–382.
- Medaille, A. & Usinger, J. (2019). Engaging quiet students in the college classroom. *College Teaching*, 67(2), 130–137. <https://doi.org/10.1080/87567555.2019.1579701>
- Molin, M., Meyer, M. E. & Medin, T. (2021). Anatomi, fysiologi og biokjemi: Sykepleierstudenters opplevde læringsutbytte ved omvendt undervisning. *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82467>
- Morelock, J. R., Lester, M. M., Klopfer, M. D., Jardon, A. M., Mullins, R. D., Nicholas, E. L. & Alfaydi, A. S. (2017). Power, perceptions, and relationships: A model of co-teaching in higher education. *College Teaching*, 65(4), 182–191. <https://doi.org/10.1080/87567555.2017.1336610>

- Nicol, D. J. & Macfarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education*, 31(2), 199–218. <https://doi.org/10.1080/03075070600572090>
- OsloMet. (2017a). *Fremtidens digitale universitet: Strategi for digital transformasjon 2018–2024*. https://ansatt.oslomet.no/documents/585743/77463421/190411_OsloMet_DigitalStrategi_NO.pdf/32ecc0e3-24c2-39c8-8016-dc10d558b2c5
- OsloMet. (2017b). Strategi 2018–2024 for Fakultet for helsevitenskap. <https://www.oslomet.no/om/hv/strategi-hv-2018-2024>
- OsloMet. (2019). Bachelorstudium i sykepleie: Programplan. <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/programplan/SYBAS/2019/H%C3%98ST>
- Ozgonul, L. & Alimoglu, M. K. (2019). Comparison of lecture and team-based learning in medical ethics education. *Nursing Ethics*, 26(3), 903–913. <https://doi.org/10.1177/0969733017731916>
- Plank, K. M. (2011). *Team teaching: Across the disciplines, across the academy*. Stylus.
- Sawyer, R. K. (2014). Introduction. The new science of learning. I R. K. Sawyer (Red.), *The Cambridge handbook of the learning sciences* (2. utg. s. 22–39). Cambridge University Press.
- Simons, M., Coetzee, S., Baeten, M. & Schmulian, A. (2020). Measuring learners' perceptions of a team-taught learning environment: Development and validation of the Learners' Team Teaching Perceptions Questionnaire (LTPQ). *Learning Environments Research*, 23(1), 45–58.
- Solberg, M. & Breivik, J. (2016). Digitale verktøy og læring i høyere utdanning. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Red.), *Når læring er det viktigste: undervisning i høyere utdanning* (2. utg., s. 231–248). Cappelen Damm Akademisk.
- Svinicki, M. D., McKeachie, W. J. & Nicol, D. (2014). *McKeachie's teaching tips: Strategies, research, and theory for college and university teachers* (14. utg.). Wadsworth.
- Tjora, A. H. (2019). *Qualitative research as stepwise-deductive induction* (bd. 26). Routledge.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Vikestad, K. (2018). Fra D til B i snittkarakter på hele kullet i anatomi/fysiologi – PISA-modellen i praksis. *Læring om læring*, 2(1).
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.
- Whitburn, L. Y., Colasante, M., McGowan, H., Hughes, D. L., McDonald, A. C., Green, R. A. & Zacharias, A. (2021). Team-taught vs sole-taught anatomy practical classes: Enhancing the student learning experience. *Journal of University Teaching and Learning Practice*, 18(3), 1–19.
- Witteck, L. & Brandmo, C. (2016). Om undervisning og læring. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Red.), *Når læring er det viktigste: Undervisning i høyere utdanning* (2. utg., s. 19–39). Cappelen Damm Akademisk.

KAPITTEL 8

Læringsassistenter ufarliggjør naturvitenskapelige fag i sykepleie: En kvalitativ undersøkelse av et didaktisk eksperiment

Heidi M. Kvalvaag Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Melissa Lindfield Solberg OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Lars Peder Kolås Henriksen OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Hanna Kvinge Augustin Haukeland universitetssykehus, Norge

Abstract: The high failure rate and low average grade on the anatomy, physiology, and biochemistry (APB) exam creates concern about whether nursing students have sufficient knowledge in bioscience subjects. In one of Norway's major nursing schools, second-year students were employed as learning assistants to develop, implement and evaluate APB teaching in compulsory study groups. In this chapter, we seek to investigate hallmarks of the learning assistants' teaching style and better understand about how they teach AFB in compulsory seminar groups, which can in turn help nursing students learn natural sciences. The data is from meetings (15 hours) in which learning assistants, together with the teacher, planned and evaluated teaching in compulsory study groups. The meetings were taped and transcribed (148 pages) and analyzed with content analysis. The study shows that the learning assistants' teaching is student-active, oriented toward the exam and clinical practice, and playful. We conclude that the learning assistants taught AFB in ways that can reduce the fear of science and impart a sense of ownership of the subject, thus making it easier to learn. Skilled second-year students can be a resource for raising the level of knowledge in biosciences among nursing students.

Keywords: nurse education, bioscience, learning assistants, near-peer teaching

Sitering: Kvalvaag, H. M., Solberg, M. L., Henriksen, L. P. K. & Augustin, H. K. (2023). Læringsassistenter ufarliggjør naturvitenskapelige fag i sykepleie: En kvalitativ undersøkelse av et didaktisk eksperiment. I U. Knutstad, K. Larsen & K. T. Jensen (Red.), *Fagdidaktiske temaer i helsefagene* (Kap. 8, s. 151–170). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.198.ch8>
License: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Bakgrunn

Anatomi, fysiologi og biokjemi (AFB) er basisfag i sykepleierutdanningen og nødvendig kunnskap for å arbeide som sykepleier, både forebyggende, kurativt og lindrende (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019; Heggen & Smeby, 2012; Van Wissen & McBride-Henry, 2010). AFB utgjør en stor del av pensumet det første året på sykepleierstudiet i Norge. I 2020 strøk mer enn en firedel av sykepleierstudentene på nasjonal eksamen i AFB, og gjennomsnittskaracteren var D ved den aktuelle sykepleierutdanningen (Thyli, 2022). På landsbasis stryker omtrent hver femte sykepleierstudent på eksamen (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen [NOKUT], 2020). Sykepleierstudenter opplever at det er vanskeligere og mer tidkrevende å lære naturvitenskapelige fag sammenliknet med andre sykepleiefag (Friedel & Treagust, 2005; Kyte et al., 2009). For mange oppleves pensum i AFB som overveldende og utilgjengelig, spesielt for studenter uten naturvitenskap fra videregående (Craft et al., 2013). Sykepleierstudenter sliter med å se relevansen av AFB for utøvelsen av sykepleie (McVicar et al., 2015). Fra myndighetshold er det uttrykt bekymring for at kunnskapsnivået i AFB er for lavt hos ferdig utdannede sykepleiere (Thyli, 2022). Det er derfor et uttalt mål å styrke undervisningen i disse fagene. Det gjelder ikke bare sykepleierstudenter i Norge, men også internasjonalt (Jensen et al., 2018). Det foreligger lite dokumentasjon på hva som virker når det gjelder å forbedre læringen av AFB for sykepleierstudenter (Jensen et al., 2018). Faktorer som antas å kunne forbedre læringen av AFB, er mer tid til å jobbe med faget, læringsmetoder som aktiviserer studenter, samarbeid i grupper og det å gjøre AFB mer relevant for sykepleiepraksis (Craft et al., 2017).

Teori

«Near-peer teaching»

Studentdrevet undervisning eller *near-peer-teaching* (NPT) er begreper som brukes om undervisning som gjøres av studenter som har kommet litt lenger, og som har en litt annen rolle og et høyere kunnskapsnivå, enn studentene de underviser (Brannagan et al., 2013; Topping, 1996). I denne artikkelen brukes betegnelsen læringsassistenter (*learning assistants*) om andreårsstudentene som underviser førsteårsstudenter. Litteratur om studentdrevet undervisning argumenterer for at det å bruke studenter til å

undervise bidrar til å redusere angst og til å identifisere seg med læreren og dermed med faget (Bruno et al., 2016; Christiansen & Bell, 2010; Walker & Verklan, 2016). Dyktige og engasjerte læringsassistenter fungerer som innflytelsesrike rollemodeller overfor sine studentgrupper (Cate & Durning, 2007; Li et al., 2017; Pettersen et al., 2021). Studentdrevet undervisning kan ikke erstatte lærerens kompetanse og erfaring, men kan være et effektivt tilskudd i utdanningen (Hessevaagbakke et al., 2010; Stephens et al., 2016; Vae et al., 2017). Det finnes ulike teorier om hva som er «virkestoffet» i studentdrevet undervisning (Irvine et al., 2018; Salvage-Jones et al., 2016). I sosial læringsteori vektlegges at en leken og kreativ tilnærming til faget kan bidra til effektiv læring og til å redusere angsten knyttet opp mot pensum og eksamen (Boctor, 2013; Ferandes et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2019; Imsen, 2014). Det at maktforholdet er annerledes enn maktforholdet til lærere som har formell autoritet og sanksjonsmuligheter, kan åpne for friere og mer utforskende læring (Larsen, 2019). Studentdrevet undervisning bygger grunnleggende på teorier om sosial og kognitiv kongruens (Atwater, 1996). Kognitiv kongruens handler om at læringen kan bli mer effektiv dersom veilederne har et kunnskapsnivå som er mer likt studentenes (Cate & Durning, 2007), mens sosial kongruens forstås som læring som oppstår i sosiale settinger hvor studenter hjelper hverandre gjennom delt kunnskap og kultur (Atwater, 1996).

Sosial læringsteori

Illeris (2007, s. 15) definerer læring som «enhver prosess som hos levende organismer fører til varig kapasitetsendring». I læring inngår både biologiske, psykologiske og samfunnsmessige elementer samtidig. Læring er kroppslig, sentrert i hjernen, med forbindelser til hele kroppen, innvevd i omgivelser og situasjoner, for eksempel klasserom, innenfor historiske og idémessige sammenhenger som fag og pedagogikk også inngår i og tolkes ut fra (Illeris, 2007).

Sosial læringsteori plasserer læring i relasjon til mening og betydning, i et fellesskap av mennesker og ting, strukturer og verdier (Wenger, 2007). Det å tilegne seg ny kunnskap, og spesielt akademisk kunnskap, innebærer å utvikle et nytt vokabular og å innlemme begreper som endrer ens egen virkelighetsforståelse (Vygotskij, 2001). Fordi språket er kollektivt, knytter det individene sammen som grunnlag for tenkning og resonnering. Fellesskapet med lærer og medstudenter bidrar dermed til kognitiv

utvikling og læring hos hver enkelt student (Bruner, 1997; Grendstad, 1995). Med store studentkull og få vitenskapelig ansatte per student er det krevende å få til gode læringsmiljøer ved universitetene. Å ansette studenter på bachelor- eller masternivå som læringsassistenter er en måte å møte utfordringen på (Irvine et al., 2018; Lorås, 2020).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan læringsassistenter underviser AFB i obligatoriske seminargrupper på måter som gjør de naturvitenskapelige fagene mer tilgjengelig og lettere å lære for sykepleierstudenter.

Metode

Ved en større institusjon for sykepleierutdanning i Norge var det over flere år organisert obligatoriske seminargrupper for førsteårsstudenter. Seminarene hadde som mål å gi studentene hjelp til å lære og integrere de to hovedemnene grunnleggende sykepleie og AFB. De obligatoriske seminarene var organisert som seks møter à 3,5 timer, til sammen 21 timer over seks uker. Opplegg og instruks for hvert seminar var utviklet av emneledere i de to emnene, med innspill fra sykepleielærere. Seminargruppene på 20–25 studenter ble ledet av en sykepleielærer med ansvar for detaljplanlegging og gjennomføring av seminarene. Sykepleielærer hadde også ansvar for å gi tilbakemeldinger på og vurdere to skriftlige innleveringer som studentene måtte bestå for å få gå opp til eksamen.

I intervensjonsstudien ble sykepleielærer erstattet av læringsassistenter. Læringsassistenterne hadde de samme oppgavene som sykepleielærere, med å detaljplanlegge og gjennomføre seminarene og gi tilbakemeldinger og vurdere skriftlige innleveringer til «bestått» eller «ikke bestått». Læringsassistenterne jobbet sammen to og to, med ansvar for en fast studiegruppe. De tre studiegruppene som inngikk i intervensjonen, var tilfeldig trukket ut av administrasjonen. Prosjektleder, som i det videre benevnes «lærer», hadde lang erfaring i å lede studiegrupper og hadde det overordnede ansvaret for den faglige kvaliteten på undervisningen i de tre studiegruppene ledet av læringsassistenter. Læreren hadde også ansvar for studentenes sikkerhet og for forskningen. Figur 1 viser likheter og forskjeller mellom måten obligatoriske seminargrupper ble gjennomført på, med henholdsvis sykepleielærere (konvensjonell) og læringsassistenter (eksperiment).

Ansvar og oppgaver	Konvensjonelt undervisningsopplegg med sykepleielærere	Eksperimentelt undervisningsopplegg med læringsassistenter
Ansvarlig for pensum, arbeidskrav, oppgaver og opplegg obligatorisk for alle studenter	Emneledere i AFB og emneledere i grunnleggende sykepleie	Emneledere i AFB og emneledere i grunnleggende sykepleie
Planlegging av seminar	Detaljert opplegg for hvert seminar var publisert på digital plattform.	Detaljert opplegg for hvert seminar var publisert på digital plattform.
	Emneledere gikk gjennom opplegget i fellessamling med lærere før hvert seminar.	Lærer gikk gjennom opplegget med læringsassistentene samlet før hvert seminar.
	Hver enkelt lærer lagde kjøreplaner for sin(e) faste studiegruppe(r).	Læringsassistentene lagde kjøreplan parvis for sin faste studiegruppe.
Gjennomføring av seminar	Én fast sykepleielærer	To faste læringsassistenter
Innhold og opplegg på seminarene	Gjennomføring av opplegg for seks seminarer, slik det var beskrevet på digital plattform. Hovedvekt på sykepleieteori på seminarene, med innslag av temaer fra AFB, som sirkulasjon, ventilasjon, blod, hjerte, lunger, gassutveksling, nervesystem og immunologi. Ferdiglagde gruppeoppgaver og fremføringer hovedsakelig knyttet til sykepleie.	Gjennomføring av opplegg for seks seminarer, slik det var beskrevet på digital plattform, men med stor vekt på AFB på alle seminarer. Temaene i AFB var sirkulasjon, ventilasjon, blod, hjerte, lunger, gassutveksling, nervesystem og immunologi. Temaene ble gjennomgått på seminarene ved hjelp av oppgaver som læringsassistentene utarbeidet, og gjennom ulike presentasjonsformer. Læringsassistentene involverte seg aktivt i gruppearbeidet ved å hjelpe studentene med å finne frem i pensum og med å utforske faglige forståelser sammen med dem. Læringsassistentene la stor vekt på å motivere, inspirere og hjelpe studentene til å lære AFB på detaljert nivå, i tråd med NOKUTs detaljerte læringsutbyttebeskrivelse og tidligere eksamensoppgaver.

(fortsatte)

Ansvar og oppgaver	Konvensjonelt undervisningsopplegg med sykepleielærere	Eksperimentelt undervisningsopplegg med læringsassistenter
Arbeidsformer	Gruppearbeid, oppgaveskriving, skriftlig og muntlig refleksjon, rollespill og selvstudium (beskrevet på digital plattform).	Gruppearbeid i mange ulike former, ulike former for leker og spill, faglig dialog og samarbeid mellom studenter og læringsassistenter for utforskning av pensum, studentpresentasjoner i smågrupper og for hele studiegruppen, aktiv bruk av studenters spesielle ressurser og kunnskap, aktiv bruk av Facebook-grupper og kollokvier.
--	Hjelpe førsteårsstudenter med å lære grunnleggende sykepleie, hvor anatomi og fysiologi inngikk som nødvendige tilleggsfag.	Hjelpe førsteårsstudenter med å lære anatomi og fysiologi som grunnlag for å forstå og utøve sykepleie.

Figur 1 Obligatoriske seminarer med sykepleielærere (konvensjonell) og læringsassistenter (eksperiment).

Et fagdidaktisk eksperiment med bruk av læringsassistenter

Læringsassistentene ble introdusert for opplegget til hvert seminar av lærer, på samme måte som sykepleielærere fikk introduksjon av emneledere. Læringsassistentene var pålagt å gjennomføre de oppsatte temaene og oppgavene for hvert seminar. Læringsassistentene fikk imidlertid stor frihet til å prioritere og vekte tid og arbeidsmetoder, slik de mente var riktig, for å hjelpe studentene å lære pensum i både AFB og sykepleie og for å integrere disse emnene i tråd med målsettingen for seminarene.

I forkant av intervusjonen identifiserte læringsassistentene fem svakheter ved opplegget i de obligatoriske seminarene, basert på egne studenterfaringer i sitt første studieår:

- For lite detaljkunnskap og hjelp på seminarene til å forstå AFB bedre.
- For lite tid til AFB sammenliknet med andre emner.
- Vanskelig å lære medisinske fag.
- Lite sosialt i de obligatoriske seminarene og dermed manglende faglig fellesskap.

På samme måte som sykepleielærerne gjennomførte også læringsassistentene seminarene på litt ulike måter, ut fra personlig stil, kompetanse og

erfaring. Utvelgelseskriteriene for læringsassistentene var at de hadde oppnådd karakteren A eller B på eksamen i AFB. I tillegg måtte de ha vist evne til å hjelpe andre studenter og ha hatt erfaring med ledelse, for eksempel innen idrett eller ungdomsorganisasjoner. Fire av læringsassistentene hadde vært studenter i lærerens studiegrupper året før. To av dem ble anbefalt av andre sykepleielærere. Alle ble intervjuet før de ble engasjert. Læringsassistentene var ansatt og mottok timelønn for arbeidet. Som forberedelse gjennomførte læringsassistentene et heldagskurs i pedagogikk, læringsteori og klasseledelse (Johansen & Nilsen, 2019) i regi av Studieverkstedet ved OsloMet.

Datainnsamling

De seks læringsassistentene og lærer utgjorde forskningsgruppen som planla og gjennomførte eksperimentet, utformet og gjennomførte forskningsprosjektet og formidlet resultatene. Dataene er hentet fra møtene der læringsassistenter sammen med lærer planla og evaluerte undervisningen på seminarene. I møtene ble det lagt frem ideer, planer og opplegg til undervisning, som gruppen diskuterte. Møtene ble også brukt til å gå gjennom og reflektere over undervisningen som var gjennomført på det foregående seminaret, og over hva som fungerte godt og mindre godt. Læringsassistentene presenterte sine kjøreplaner og studentoppgaver, og delte opplegg og tilnærminger de hadde brukt, med hverandre. Lærer var fasilitator i møtene og brukte prinsipper fra fokusgruppeintervju (Malterud, 2012) og deltakende forskning (Glassman & Erdem, 2014). Det ble gjennomført seks møter på til sammen 15 timer. Det ble gjort lydopptak av alle møtene. Opptakene ble transkribert til 148 sider tekst. Transkriberingen ble gjort av læringsassistentene (Green & Thorogood, 2018). Læringsassistentene hadde ingen tidligere erfaring med forskning, men fikk opplæring og veiledning av lærer, blant annet som ledd i arbeidet med bacheloroppgavene sine. Kapitlet bygger på bacheloroppgaven de tre læringsassistentene skrev sammen, som fikk karakter A. Innholdet er identisk med bacheloroppgaven, men er vesentlig bearbeidet og omskrevet til kapitelformat. Kapitlet er ført i pennen av lærer, i tett dialog med de tre læringsassistentene, som er medforfattere.

Analyse

Analysen av det transkriberte materialet (148 sider) ble gjort etter prinsippene til Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse.

Vi kondenserte meningsenhetene for deretter å løfte dem til et høyere abstraksjonsnivå ved å merke dem med en etikett (kode). Koder med liknende innhold ble samlet i kategorier. I analysens siste ledd løftet vi kategoriene til fire større overordnede temaer. Deretter identifiserte vi felles underliggende meningsinnhold for hvert tema. Vi arbeidet med koder, kategorier og temaer og presenterte deretter analysen for hele forskergruppen, som kom med innspill som vi brukte til å revidere analysen. Denne prosessen ble gjentatt flere ganger frem til vi oppnådde konsensus. Analysen var dels induktiv, i den forstand at de empiriske dataene ble analysert ut fra begrenset innsikt i teori. Imidlertid analyserte vi empiriene i lys av allmenne forståelser av fenomener som det å være student, hva som bidrar til læring, god og dårlig undervisning, og så videre. Ut fra en utvidet forståelse av teori (Johannessen, 2022) hadde analysen derfor også preg av å være abduktiv. Tabell 1 er en illustrasjon av analysearbeidet.

Tabell 1 Eksempel på analyse fra meningsenhet til tema

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Kode	Kategori	Temaer
«De som viste ekstra interesse, fikk utfordringer som å drive tavleundervisning og å forklare andre i gruppen tema.» (Informant 4)	Dyktige studenter ble brukt til å undervise seminargruppen.	Studentens rolle på seminarene.	Anerkjenner og bruker studentenes kunnskap	Studentaktiv undervisning
«Og vi viste dem eksamensoppgaver og forklarte dem spørreordene. Og så har vi jo læringsutbyttebeskrivelsen, den printet vi ut og sendte rundt, sånn at alle fikk se på den.» (Informant 2)	Eksamen og NOKUT som styringsredskap for undervisningen.	Hva studentene skal lære.	Kobler undervisning tett opp mot læringsmål og eksamen	Eksamensrettet undervisning
«Vi har snakket om egne erfaringer fra praksis med mer, for å knytte AFB opp mot praksis.» (Informant 1)	Bruker eksempler fra egen praksis for å forklare AFB og vise relevansen for sykepleierstudenter.	Operasjonalisering av naturvitenskap.	Kobler teori og praksis	Praksisrelevant undervisning
«Presskriving av hvorfor AFB er så viktig for sykepleieryrket.» (Informant 6)				

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Kode	Kategori	Temaer
«Vi prøvde å gjøre oppgavene litt gøy for de, da. Med at de fikk tegne litt, og de fikk diskutert, og de fikk gjort litt sånn 'leker' da der hver oppgave innledet med en eller annen kreativ lek da. Sånn at de skulle bryte isen. Det synes de var veldig kjekt.» (Informant 6)	Bruker lek og tegning.	Måter å undervise på.	Gjøre AFB morsomt	Leken undervisning

Metodekritikk og refleksjon

Prosjektet var organisert som deltakende aksjonsforskning (*participative action research*, PAR) (Glassmann & Erdem, 2014). Studentene som planla og gjennomførte undervisningen, har selv analysert opptak og transkripsjoner fra møtene, hvor de fortalte om og reflekterte over hvordan de hadde undervist og planla å undervise på neste seminar. Fordelen med PAR er at de som analyserer, kan forstå det empiriske materialet mer i dybden, fordi det er deres erfaring og deres utsagn. Utfordringen med å forske på egen praksis er at ønsker og forforståelser om positiv effekt kan gi blindhet for manglende eller negative effekter. For å oppveie denne blindheten har forskergruppen lest det transkriberte materialet med et kritisk blikk flere ganger.

Etiske overveielser

Dataene som er brukt i dette kapitlet, er hentet fra læringsassistenter og lærer i forskningsgruppen som hadde samtykket til at deres erfaringer ble brukt og publisert. Det fremkommer ikke sensitiv informasjon i datamaterialet som er benyttet. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 339743).

Resultat

Hovedfunnene i studien kan oppsummeres i fire temaer. Det ene er at læringsassistentene bruker studentene aktivt i undervisningen og

anerkjenner deres kunnskap, også når den er på et lavt nivå. Det andre er at de sorterer og avgrenser hva studentene trenger å lære, og på hvilket nivå, ved bruk av eksamensoppgaver og detaljerte læringsutbyttebeskrivelser fra NOKUT (2021). Det tredje er at de bruker eksempler fra praksis og knytter begreper og sammenhenger i anatomi og fysiologi til sykepleie. Det fjerde er at de bruker kreative tilnærminger med tegning, spill og lek som skaper engasjement og latter i klassen.

Studentaktiv undervisning

Læringsassistentene gjennomførte 15 minutters individuelle samtaler med hver enkelt student i starten av semesteret. Disse samtalene var del av rammebetingelsene. Gjennom disse samtalene opprettet de personlig kontakt med hver enkelt, og skaffet seg oversikt over hvilke ressurser og erfaringer studentene hadde. Studentene hadde på forhånd levert en egenpresentasjon med oversikt over blant annet jobberfaring og tidligere studier. Læringsassistentene brukte denne informasjonen målrettet når de satte sammen smågrupper, for at studentene skulle kunne lære av hverandre. De brukte også «kontrakten» som studiegruppene utarbeidet, der studentene forpliktet seg til å hjelpe hverandre.

På seminarene observerte læringsassistentene hvordan studentene samarbeidet og snakket sammen i smågruppene. En læringsassistent forteller: «De [studentene] bruker ressursene mye i grupper. Jeg hører de sier sånn: 'Ja, du som er god på hjertet, kan ikke du bidra litt'» (Informant 2).

Læringsassistentene organiserte gruppearbeid i hver samling. Gruppene rullerte fra gang til gang for å få variasjon i gruppedynamikken, og for at studentene skulle bli kjent med hverandre og lære av hverandres erfaringer og kunnskap. En av læringsassistentene sier:

Ikke svare ja eller nei, men spille de opp mot hverandre litt, da, bruke ressurspersoner i gruppen. Avlede direkte spørsmål til oss og få de til å jobbe med de istedenfor. Det er alltid noen som vet svaret, eller er noen som nærmer seg. (Informant 2)

Læringsassistentene utfordret studentene til å forklare fagstoff de selv nettopp hadde lært, også ved å tegne på tavlen og forklare for resten av klassen. En av læringsassistentene forteller:

Vi tok med gassutveksling som et ekstra begrep i oppgaven, og de sleit litt med den. Jeg tegnet for han ene hvordan det foregikk, og forklarte diffusjonen. Etterpå, når vi skulle gå gjennom oppgaven, spurte vi studentene om diffusjon, og så sier den ene studenten: «Kan ikke du tegne på tavlen det som du viste meg?» Så sier jeg: «Kanskje du skal prøve istedenfor?» Så tegner han på tavlen og forklarer for alle sammen. Han klarte det. Det var dritkult, og han fikk full applaus. (Informant 6)

På noen studiesamlinger fikk studentene selv velge tema som de skulle lære seg i mindre grupper, basert på hva de syntes var vanskelig, og som de hadde stort behov for en gjennomgang av. Etter at de hadde brukt en stund på å lære seg temaet i de mindre gruppene, skulle de presentere det for en annen gruppe. Og slik rullerte alle gruppene, slik at hver gruppe fikk presentert temaene de hadde valgt. Da fikk de variere mellom å lese individuelt, diskutere i grupper samt sette ord på vitenskapelige begrep og sammenhenger og presentere det.

Læringsassistentene organiserte kollokvier og oppfordret på det sterkeste studentene til å studere sammen utenom seminarene. Læringsassistentene initierte også en Facebook-gruppe som de selv var med i, og der de kom med innspill i faglige diskusjoner og ga oppmuntringer og råd til alle døgnets tider.

Eksamensrettet undervisning

For å hjelpe studentene å prioritere og skille det vesentlige fra det uvesentlige, brukte seminarlederne detaljerte læringsutbyttebeskrivelser i AFB fra NOKUT (2021) aktivt. Disse ligger til grunn for utformingen av nasjonal eksamen og viser hvilket nivå sykepleiestudentene må kunne AFB på. «Vi viste dem læringsutbyttebeskrivelsen på 50 sider i første samling, så de kunne få en mer overkommelig oversikt over pensum» (informant 4).

Læringsassistentene printet ut læringsutbyttebeskrivelsen, og forklarte studentene at «dette er det som må læres til eksamen» (informant 3). De holdt all undervisning til læringsutbyttebeskrivelsen og gikk aldri utenfor beskrivelsen. Spørsmål fra pensum om begrep og sammenhenger som lå utenfor eller var på et for detaljert nivå, kunne læringsassistentene trygt avvise som noe studentene ikke trengte å lære.

Informant 5: Vi har jo forbedret planen {det konvensjonelle opplegget} da.

Alle: Ja.

Informant 6: Veldig eksamensrettet.

Informant 5: Ja, alt vi har gjort, er eksamensrettet, og vi har brukt læringsutbytte hele tiden.

Informant 3: Min makker er så opphengt i det. Hvis de [studentene] lurer på noe, sier han: «Sjekk læringsutbytte.» Alt står jo der, det du kan få på eksamen.

I undervisningen brukte de tidligere eksamensoppgaver for å illustrere hvor nivået på eksamen lå, og hvordan spørsmålene ble stilt. «Vi viste dem eksamensoppgaver og forklarte dem spørreordene» (informant 5). I et av seminarene ble det også arrangert en «prøveeksamen» uten karaktersetting for å forberede studentene til eksamen – i kjente omgivelser uten karakterpress. Læringsassistentene hadde selv god erfaring med å bruke tidligere eksamensoppgaver for å øve til eksamen.

I de skriftlige oppgavene som studentene måtte bestå for å gå opp til eksamen, veiledet læringsassistentene dem i å skrive mer detaljert fra AFB, enn det oppgaveteksten la opp til:

Men der også tenker jeg at her kan du jo velge å jobbe mye med fysiologien, ikke sant. Kanskje mer enn, altså sånn at fokuset er på at de skjønner «hva er det som skjer i kroppen». For det er det de kommer til å bli spurt om på eksamen. Altså, væske, for eksempel, hva som skjer når du blir dehydrert og sånt. Og det at det påvirker så mange organer. Og det at de greier liksom å begynne å tenke, liksom, fra anatomi til fysiologi. (Informant 6)

Fordi AFB er det emnet sykepleierstudentene sliter mest med å lære og forstå, var læringsassistentene opptatt av å prioritere det på seminarene, og de oppfordret heller til selvstudier av noen temaer i sykepleie, som de oppfattet som lettere tilgjengelig. For å oppfylle forventningene om å dekke alle temaene som var satt opp for seminarene, inkluderte de mye AFB i emnet sykepleie.

Praksisnær og sykepleierelevant undervisning

Læringsassistentene la stor vekt på å formidle hvor betydningsfullt AFB er for å jobbe som sykepleier. På forberedelseskurset hadde de lært om ulike

metoder for å få studentene til å reflektere over egne forståelser og tenke kritisk. En av metodene var «presskriving», som betyr at studentene får tre minutter til å skrive ned sine umiddelbare tanker om et gitt spørsmål, som de etterpå deler med klassen eller gruppen (Johansen & Nilsen, 2019, s. 19). En av læringsassistentene fortalte at de brukte det for å øke bevisstheten og motivasjonen for å lære AFB: «Vi kjørte presskriving, hvor vi ba dem svare på spørsmålet 'Hvorfor er det viktig å kunne anatomi og fysiologi som sykepleier?'» (informant 6).

Med utgangspunkt i erfaring og kunnskap som læringsassistentene hadde tilegnet seg frem til daværende tidspunkt i studiet, underviste de i AFB ved å bruke eksempler fra egen praksis. Læringsassistentene hadde gjennomført åtte ukers praksis på sykehjem og hadde i tillegg arbeidserfaring fra blant annet legevakt, sykehus og hjemmetjenesten.

Et eksempel som ble brukt, var kateterisering. Dette er en prosedyre som førsteårsstudentene kjenner fra øvingsposten på skolen. Læringsassistentene hadde erfaring med nødvendigheten av å kunne anatomi om urinveiene for å velge riktig utstyr og utføre prosedyren riktig. De lagde en oppgave som gikk ut på at studentene skulle tegne opp urinveiene, fra urinåpningen til nyrene, og sette navn på de ulike delene.

Et annet eksempel som ble brukt, var blødning. Dette temaet var ikke noe læringsassistentene hadde erfaring med, men er en type akutt «liv-død»-tematikk som er viktig i sykepleie, og som engasjerer studentene. Studentene fikk i oppgave å diskutere kapitlet fra pensum. Deretter ble de bedt om å presentere trinnene i homeostasen, og om å forklare til hverandre hvordan en blødning stopper.

Læringsassistentene la vekt på å undervise studentene detaljert i AFB som grunnlag for å utøve sykepleie. De endret derfor noen av seminarene som primært handlet om sykepleie, til også å inkludere detaljert anatomi og fysiologi.

Leken undervisning

Læringsassistentene brukte ofte tegninger og skisser til å forklare anatomi. De la til rette for at studentene skulle få tegne på tavlen på seminarene, og oppfordret dem til å gjøre det på forelesninger og når de jobbet i kollokvier. Læringsassistentene delte sine egne erfaringer med å tegne og lage skisser, og med hvordan det hadde hjulpet dem å forstå AFB bedre.

«Lappelek» ble brukt hyppig. Hver av smågruppene fikk utdelt 10–15 lapper der det sto beskrevet en fysiologisk prosess. En student trakk en lapp og skulle forklare prosessen på lappen for gruppen med egne ord. En annen lek de brukte mye, gikk ut på å dele ut to sett med lapper, den ene med begreper og den andre med definisjon av begrepene. Det var konkurranse mellom smågruppene om å pare flest mulig lapper på kortest mulig tid.

Læringsassistentene lagde workshops for å engasjere studentene til å lære AFB på en gøyale måte. En læringsassistent forteller:

Ja, vi tok og endret på alt [det konvensjonelle opplegget] da. Vi lagde en workshop med to tredeler anatomi. Vi delte det inn i seks pakker der de fikk jobbe med. De fikk vel 20 minutter på hver pakke. Så for eksempel pakke 1 var hjertet. Da fikk de den [viser pakken], da skulle de sette navn på anatomiske strukturer; blodårene, så skulle de tegne blodets vei gjennom hjertet. Det klarte de fleste etter hvert. Så skulle de beskrive hjertets oppbygning. Det gikk greit. Nevne hvilke blodårer som forsyner hjertemuskulaturen, så skulle de beskrive hjerteklaffenes funksjon og forklare begrepet systole og diastole. Alt er hentet fra det de må kunne, så har jeg kryssjekket med alle eksamenene hva som har gått igjen. Så ja, det var en veldig grei oppgave, da. (Informant 5)

Læringsassistentene organiserte også ulike stasjoner der studentene fikk oppgitt et tema som de skulle presentere for de andre, på en selvvalgt, kreativ måte. Denne oppgaven løste studentene med svært ulike presentasjoner som rapping, rollespill, dikt og huskereglar på tavlen. En annen oppgave gikk ut på at studentene «skulle sette blodårer på hverandre, arterier og vener. Det synes de var veldig gøy. Det fikk de til» (Informant 3).

Ja da, det var jo egentlig sånn at vi prøvde å gjøre oppgavene litt gøy for de, da. Med at de fikk tegne litt, og de fikk diskutert, og de fikk gjort litt sånne «leker», da, der hver oppgave innledet med en eller annen kreativ lek, da, sånn at de skulle bryte isen. Det synes de var veldig kjekt. (Informant 6)

Læringsassistentene følte seg faglig og sosialt trygge og syntes det var lett å utfolde seg og være kreative på seminarene. Det at de var på samme alder og selv var studenter, skapte en lett stemning med mye latter og humor i klasserommet. Samtidig visste alle at de var «lærere» med ansvar for opplegget på seminarene og for å lede studiegruppen.

Diskusjon

I det følgende diskuterer vi måter som læringsassistentene underviste på, som kunne bidra til å ufarliggjøre naturvitenskap og utvikle eierskap til AFB, slik at det blir lettere for sykepleierstudenter å lære.

Ufarliggjøring av AFB

Med høy strykprosent og mange som får lav karakter på eksamen, er det mye angst knyttet til AFB, som kan virke både skremmende og demotiverende for studenter (Craft et al., 2013). For mye angst hos studentene hemmer selvstendig tenkning og læring (Walker & Verklan, 2016).

Studier av *near-peer teaching* dokumenterer at læringsassistenter bidrar til å redusere angstnivået hos studenter (Bruno et al., 2016; Christiansen & Bell, 2010; Walker & Verklan, 2016). Det blir delvis forklart med at studentene synes det er tryggere å søke veiledning hos noen som likner på dem selv, og at læringsassistentene forstår studentenes utfordringer knyttet til eksamen og pensum (Cate & Durning, 2007; Hessevaagbakke et al., 2010; Vae et al., 2017). På samme måte finner vi i vår studie at læringsassistentene brukte egne erfaringer med at lek og latter reduserte prestasjonsangst og redsel for AFB. Når de hadde det gøy, ble de mindre opptatt av ikke å lykkes. De arrangerte lappelek, rollespill, tegning, sang og rapping på seminarene, noe de erfarte løste opp stemningen i klasserommet og bidro til mye latter og engasjement hos studentene. Lek og kreativ utfoldelse kan øke studentens selvtillit og mestring (Boctor, 2013). At studenter ler og har det moro sammen, kan redusere angst og løse opp hemninger som begrenset individer i å utfolde seg og ta i bruk sine unike egenskaper (Imsen, 2014). Gómez-Urquiza et al. (2019) fant i sin studie at lek som læringsmetode også bidro til å øke studenters interesse og tilfredshet i et naturvitenskapelig fag. Også når det gjelder makt, er relasjonen mellom student og læringsassistent annerledes enn relasjonen mellom student og sykepleielærer. Det er også mer ufarlig for studenter å involvere seg og vise sin uvitenhet sammen med læringsassistenter, fordi læringsassistentene ikke har myndighet til å gi studentene formelle vurderinger og sanksjoner, for eksempel ved eksamen. Likheter i makt og posisjon mellom studenter og læringsassistenter er viktig for å forstå de gode erfaringene med læringsassistenter (Larsen, 2019).

Med tettpakkede forelesninger og tjukke pensumbøker presenteres studenten i AFB for uendelig mange nye ord og begreper, de fleste på

latin. Det å bli utsatt for mye fagstoff som man ikke forstår, kan oppleves overveldende og demotiverende for studentene (Friedel & Treagust, 2005; Kyte et al., 2009). Ved å tegne og visualisere kan latinske fremmedord bli mer håndfaste og forståelige (Fernandes et al., 2018). I vår studie finner vi at læringsassistentene lagde oppgaver der studentene fikk tegne organer, blodomløp, nervebaner og så videre, på seg selv og hverandre eller på papir som de hang opp i klasserommet. Disse oppgavene engasjerte studentene og skapte liv og latter i klasserommet. Lek og fellesskap med andre studenter og lærer kan øke motivasjon og gjøre det lettere å lære vanskelig fagstoff (Grendstad, 1995; Vygotskij, 2001; Wenger, 2007).

Men lek fungerer ikke for alle. Noen synes det er barnslig, mens andre opplever konkurranseelementet som skremmende. For mye konkurranse kan virke negativt på læring (Boctor, 2013), eksempelvis da læringsassistentene gjennomførte prøveeksamen. De hadde selv fått mye ut av å øve på eksamensoppgaver, og hadde erfart at det reduserte redselen for eksamen. Ideen med prøveeksamen relativt tidlig i semestret var å stimulere studentene til å komme i gang og få mulighet til å prøve seg på eksamen innenfor trygge rammer.

Eierskap til AFB

I sykepleierutdanningen omtales AFB som «medisinske fag», og forelesere og forfattere av pensumbøkene er ofte medisinerere (Craft et al., 2013; McVicar et al., 2015). AFB oppfattes som et «legefag», som er krevende å lære, og som sykepleierstudenter bare skal kunne litt om (Jensen et al., 2018). Mangel på rollemodeller i naturvitenskap blir pekt på som en forklaring på at sykepleierstudenter synes det er vanskelig å lære AFB (Friedel & Treagust, 2005).

I sin undervisning la læringsassistentene opp til at studentene helt fra starten av semestret skulle dele kunnskap med hverandre, i smågrupper og med hele klassen. De hadde stor tiltro til studentenes egen kunnskap og brukte den aktivt i undervisningen. Selv om studentenes kunnskap i AFB var ufullstendig og på et lavt nivå, fikk de bekreftelse på at kunnskapen de hadde tilegnet seg var relevant, og at de var på riktig vei. Studentenes kunnskap ble anerkjent som gyldig, ikke bare for dem selv, men også for medstudenter – og for læringsassistentene, som utforsket pensum sammen med studentene. Eksemplet med studenten som ble bedt om å forklare et fenomen som han selv nettopp hadde fått forklart, illustrerer dette. Ved å bli gitt tillit og rom til å formidle sin kunnskap måtte studenten omforme

en vag forståelse til en sammenhengende fortelling som de andre kunne oppfatte. Han eller hun tok begrepene så å si «i sin egen munn» og gjorde fagstoffet, som nylig var fremmed og uforståelig, til sitt eget. Med en slik undervisningsform inviterer læringsassistentene studentene til å utforske faget og til å gjøre det til sitt eget.

Studentaktiv undervisning, der studentene får mulighet til å formidle vanskelig fagstoff til andre, tvinger dem til å omformulere og gjøre stoffet forståelig for andre og dermed også for seg selv (Illeris, 2007; Vygotskij, 2001). Ved bruk av aktiv læring må studentene handle og reflektere over hva som blir gjort. Fagstoff som før var ukjent og fremmed, blir studentens eget og innlemmes i vedkommendes egen virkelighetsforståelse (Bruner, 1997; Grendstad, 1995).

I mangel av omfattende vitenskapelig kunnskap i AFB brukte læringsassistentene eksempler fra sin egen praksis i sykehjem for å forklare begreper og fenomener i AFB. Kateterisering, som studentene kjenner fra undervisning i teoretisk sykepleie og fra øvingspost, ble brukt til undervisning om urinveiene. Med utgangspunkt i en sykepleieprosedyre som var kjent for studentene, forklarte læringsassistentene anatomiske strukturer i urinveiene og fysiologiske prosesser knyttet til urinproduksjon. Eksempler fra praksis underbygger relevansen i og nødvendigheten av å kunne AFB for å utøve sykepleie. I tillegg brukte de såkalt presskriving (Johansen & Nilsen, 2019), hvor studentene ble bedt om å skrive ned hvorfor AFB er viktig for sykepleiere, for å få dem til å reflektere over hvorfor de skulle lære AFB.

At pensum oppleves som relevant for yrket, er viktig for motivasjonen for å lære nytt fagstoff (Illeris, 2007). Det å knytte AFB til praktisk sykepleie, slik læringsassistentene gjør, kan åpne for at studenter oppfatter AFB som sykepleiefag, som de kan identifisere seg med, og som dermed blir lettere å lære (Brannagan et al., 2013).

Nærhet i alder, posisjon og språk gjør læringsassistenter til troverdige lærere med hensyn til hva som er viktig å lære (Irvine et al., 2018). Studentene kunne se at «de [læringsassistentene] var oss før» (Pettersen et al., 2021). De fikk demonstrert at det er mulig for sykepleierstudenter å lære AFB på høyt nivå. Rollemodeller i egen profesjon kan skape mestringstro, som anses som viktig for at flere skal kunne oppnå økt læringsutbytte (Vae et al., 2017; Wenger, 2007).

Som ambisiøse og dyktige og opptatt av gode karakterer kunne man tenke seg at læringsassistenter, som ble rekruttert på bakgrunn av at de selv hadde oppnådd gode karakterer på eksamen, la ytterligere press på studentene og skapte enda mer distanse til AFB. Vi kan utelukke at dette

skjer. Det kunne styrket intervensjonen å rekruttere læringsassistenter som ikke hadde oppnådd A eller B på eksamen, som ressurs for studenter som sliter ekstra med å lære AFB. Gode resultater med læringsassistenter krever at de får opplæring i forkant og veiledning og støtte underveis. Dette er, sammen med lønn til læringsassistenter, ressurser som man på universitetet må ta høyde for før man går i gang med å benytte læringsassistenter. Samtidig får læringsassistentene en «utdanning i utdanningen», noe som kan være positivt for sykepleierutdanningens renommé.

Konklusjon

Hovedfunnene i denne studien var at dyktige andreårsstudenter bidro til å ufarliggjøre komplisert fagstoff og til å gi sykepleierstudenter eierskap til AFB, noe som kan gjøre det lettere for sykepleierstudenter å lære AFB, og som dermed kan øke muligheten for at flere tilegner seg tilstrekkelig kunnskap i AFB.

Det ligger klare begrensninger i å bruke andreårsstudenter til å undervise og veilede i AFB, fordi de ikke har kommet særlig langt egen utdanning og har begrenset teoretisk og klinisk kunnskap. De mangler også erfaring og teori i didaktikk. Denne studien viser imidlertid at læringsassistenter kan hjelpe førsteårsstudenter med å lære AFB fordi læringsassistentene behersker AFB på et tilstrekkelig detaljert nivå og knytter det til sykepleie og praksis. Nettopp det at de er unge og uerfarne og ikke er sosialisert inn i historiske skiller mellom medisin og sykepleie, gir læringsassistenter et fortrinn i såkalt *nursification*, det vil si «sykepleiegjøring» av naturvitenskap (Mortimer-Jones & Fetherstone, 2018), slik at sykepleierstudenter oppfatter AFB som sykepleiefag, ikke primært som legefag.

Referanser

- Atwater, M. M. (1996). Social constructivism: Infusion into the multicultural science education research agenda. *Journal of Research in Science Teaching*, 33(8), 821–837. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2736\(199610\)33:8<821::AID-TEA1>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2736(199610)33:8<821::AID-TEA1>3.0.CO;2-Y)
- Bruner, J. S. (1997). *Utdanningskultur og læring*. Ad Notam Gyldendal.
- Boctor, L. (2013). Active-learning strategies: The use of a game to reinforce learning in nursing education. A case study. *Nurse Education in Practice*, 13(2), 96–100. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.010>
- Brannagan, K. B., Dellinger, A., Thomas, J., Mitchell, D., Lewis-Trabeaux, S., Dupre, S. (2013). Impact of peer teaching on nursing students: Perceptions of learning environment, self-efficacy, and knowledge. *Nurse Education Today*, 33(11), 1440–1447. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.018>

- Bruno, P. A., Green, J. K. L., Illerbrun, S. L., Holness, D. A., Illerbrun, S. J., Haus, K. A., Poirier, S. M. & Sveinson, K. L. (2016). Students helping students: Evaluating a pilot program of peer teaching for an undergraduate course in human anatomy. *Anatomical Science Education*, 9, 132–142. <https://anatomypubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ase.1543>
- Cate, T. O. & Durning, S. (2007). Peer teaching in medical education: Twelve reasons to move from theory to practice. *Medical Teacher*, 29(6), 591–599. <https://doi.org/10.1080/01421590701606799>
- Craft, J., Hudson, P., Plenderleith, M., Wirihana, L. & Gordon, C. (2013). Commencing nursing students' perceptions and anxiety of bioscience. *Nurse Education Today*, 33(11), 1399–1405. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23182891/>
- Craft, J., Christensen, M., Bakon, S., Wirihana, L. (2017). Advancing student nurse knowledge of the biomedical science: A mixed method study. *Nurse Education Today*, 48, 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.10.003>
- Christiansen, A. & Bell, A. (2010). Peer learning partnerships: Exploring the experience of pre-registration nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5–6), 803–810. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02981.x>
- Fernandes, M. A., Wammes, J. D., Meade, M. E. (2018). The surprisingly powerful influence of drawing on memory. *Current Directions in Psychological Science*, 27(5). <https://doi.org/10.1177/0963721418755385>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>
- Friedel, J. M. & Treagust, D. F. (2005). Learning bioscience in nursing education: Perceptions of the intended and the prescribed curriculum. *Learning in Health and Social Care*, 4(4), 203–216.
- Glassman, M. & Erdem, G. (2014). Participatory action research and its meanings: Vivencia, praxis, conscientization. *Adult Education Quarterly*, 64(3), 206–221. <https://doi.org/10.1177/0741713614523667>
- Gómez-Urquiza, J. L., Gómez-Salgado, J., Albendín-García, L., Correa-Rodríguez, M., González-Jiménez, E., Cañadas-De la Fuente, G. A. (2019). The impact on nursing students' opinions and motivation of using a 'nursing escape room' as a teaching game: A descriptive study. *Nurse Education Today*, 72, 73–76. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.018>
- Graneheim, U. H. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Green, J. & Thorogood N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4. utg.). Sage.
- Grendstad, N. M. (1995). *Å lære er å oppdage*. (4. utg.). Didakta.
- Heggen, K. & Smeby, J.-C. (2012). Gir mest mulig sammenheng også den beste profesjonsutdanninga? *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 96(1), 4–14. <https://www.idunn.no/npt/2012/01/art05>
- Hessevaagbakke, E., Christiansen, B., Aaseth, T., Johansen, A. G., Bjørk, I. T. & Havnes, A. (2010). Medstudentveiledning i praksisstudiene. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, 94(5), 412–425. <https://www.idunn.no/npt/2010/05/art01>
- Illeris, K. (2007). Læringsteoriens elementer – hvordan henger det hele sammen? I K. Illeris (Red.), *Læringsteorier: Seks aktuelle forståelser* (s. 11–38). Roskilde Universitetsforlag.
- Imsen, G. (2014). *Elevenes verden: Innføring i pedagogisk psykologi* (5 utg.). Universitetsforlaget.
- Irvine, S., Williams, B. & McKenna, L. (2018). Near-peer teaching in undergraduate nurse education: An integrative review. *Nurse Education Today*, 70, 60–68. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30145536/>
- Johannessen, L. E. F. (2022). Utenfor akademien: Mot en utvidet forståelse av «abduktiv analyse» og teoriutvikling. *Norsk sosiologisk tidsskrift*. 6(2), 1–16. <https://doi.org/10.18261/nost.6.2.4>
- Johansen, G. M. & Nilsen, I. (2019). *Håndbok for studiegruppeledere*. OsloMet – storbyuniversitetet.
- Jensen, K. T., Knutstad, U. & Fawcett, T. N. (2018). The challenge of the biosciences in nurse education: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (9–10), 1793–1802. <https://doi.org/10.1111/jocn.14358>

- Kyte, L., Kleiven, O. T. & Elzer, T. A. (2009). Medisinske og naturvitenskaplige emner i sykepleierutdanningen. *Sykepleien forskning*, 4(2), 134–140.
- Larsen, K. (2019). Vurdering av vurderingen: Om vurderingens vilkår og skjulte sider. I B. Christiansen, K. T. Jensen & K. Larsen (Red.), *Vurdering av kompetanse i praksisstudier: En vitenskapelig antologi* (s. 28–44). Gyldendal Akademisk.
- Li, T., Pettrini M. A. & Stone, T. E. (2017). Baccalaureate nursing students' perspectives of peer tutoring in simulation laboratory, a Q methodology study. *Nurse Education Today*, 61, 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.001>
- Lorås, M. (2020). From teaching assistants to learning assistants – lessons learned from learning assistant training at Excited. *NTNU: Læring om læring*, (4).
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- McVicar, A., Andrew, S. & Kemble, R. (2015). The «bioscience problem» for nursing students: An integrative review of published evaluations of year 1 bioscience, and proposed directions for curriculum development. *Nurse Education Today*, 35(3), 500–509. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.003>
- Mortimer-Jones, S. & Fetherston, C. (2018). The nursification of a bioscience unit and its impact on student satisfaction and learning in an undergraduate nursing degree. *Nurse Education Today*, 64, 1–4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29454292/>
- Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT). (2020, 22. januar). Færre sykepleierstudenter strok på nasjonal deleksamen. *Nokut.no*. <https://www.nokut.no/nyhetsarkiv/farre-sykepleierstudenter-strok-pa-nasjonal-deleksamen/>
- Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT). (2021). *Læringsutbyttebeskrivelse og faginnhold for emnet anatomi, fysiologi og biokjemi*. https://www.nokut.no/siteassets/nasjonal-deleksamen/sykepleier/2021/laringsutbytte-og-faginnhold-afb_2021-2022.pdf
- Pettersen, R. J., Vestrheim, V., Otterlei, M. G. & Kvalvaag, H. (2021). Hvordan lærer sykepleierstudenter anatomi, fysiologi og biokjemi (AFB) med hjelp fra læringsassistenter? *Sykepleien forskning*, 16, Artikkel e-86483. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86483>
- Salvage-Jones, J., Hamill, J., Todorovic, M., Barton, M. J. & Johnston, A. N. B. (2016). Developing and evaluating effective bioscience learning activities for nursing students. *Nurse Education in Practice*, 19, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.05.005>
- Stephens, J. R., Hall, S., Andrade, M, G. & Border, S. (2016). Investigating the effect of distance between the teacher and learner on the student perception of a neuroanatomical near-peer teaching programme. *Surgical and Radiologic Anatomy*, 38, 1217–1223. <https://doi.org/10.1007/s00276-016-1700-3>
- Thyli, B. (2022, 5. mars). Det er en strykprosent helt ute av proporsjoner i sykepleierutdanningen. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2022/03/det-er-en-strykprosent-helt-ute-av-proporsjoner-i-sykepleierutdanningen>
- Topping, K. J. (1996). The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. *Higher Education*, 32, 321–345. <https://doi.org/10.1007/BF00138870>
- Vae, K. J. U., Kvalevaag, H. K. & Löfmark, A. (2017). Sykepleiestudenters opplevelse av peer learning som praksismodell og av å lære gjennom peer learning i praksisstudier: En evalueringsstudie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2). <https://doi.org/10.7557/14.4218>
- Van Wissen, K. & McBride-Henry, K. (2010). Building confidence: An exploration of nurses undertaking a postgraduate biological science course. *Contemporary Nurse*, 35(1), 26–34. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.35.1.026>
- Vygotskij L S. (2001). *Tenkning og tale*. Gyldendal Akademisk.
- Walker, D. & Verklan, T. (2016). Peer mentoring during practicum to reduce anxiety in first-semester nursing students. *Journal of Nursing Education*, 55(11), 651–654. <https://doi.org/10.3928/01484834-20161011-08>
- Wenger, E. (2007). Social læringsteori – aktuelle temaer og utfordringer. I K. Illeris (Red.), *Læringsteorier: seks aktuelle forståelser* (s. 6179). Roskilde Universitetsforlag.

KAPITTEL 9

Utvikling av lokale læreplaner som redskap for læring og vurdering i praksisstudier

Bjørn Christiansen Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Monica Holm Larsen Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Karin Blomberg Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Gertrud Averlid Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Elisabeth Hessevaagbakke Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Katrin Lindeflaten Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

Abstract: The chapter deals with the development of local curricula in practice studies. An important intention is to raise awareness and clarify how learning outcomes have relevance and are expressed in the form of learning situations and expectations for progression in a specialized professional field. Thereby, criteria for assessing the students' competence will also become more explicit. The chapter presents and discusses findings based on a research and development project in the form of an evaluation study, where the purpose was to test local curricula at some selected practice locations.

Keywords: local curriculum, relevance of learning outcomes

Kapitlet omhandler utvikling av lokale læreplaner i praksisstudier. En viktig intensjon er en bevisstgjøring og tydeliggjøring av hvordan læringsutbytte har relevans og kommer til uttrykk i form av læresituasjoner og forventninger til progresjon i et spesialisert yrkesfelt. Derved vil også kriterier for vurdering av studentenes kompetanse bli mer eksplisitte. Kapitlet presenterer og diskuterer funn basert på et FoU-prosjekt i form av en evalueringsstudie hvor hensikten var å utprøve lokale læreplaner på noen utvalgte praksissteder.

Introduksjon

I 2011 innførte Kunnskapsdepartementet Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR), som var en videreføring av to sentrale europeiske prosesser innen utdanningsfeltet: Bologna-prosessen og EQF-prosessen (European Qualifications Framework). NKR gjelder for utdanning på alle nivåer, og beskriver hvilke kvalifikasjoner studentene skal oppnå etter endt utdanning. Kvalifikasjonene er beskrevet som utdanningens læringsutbytte, definert som kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Den overordnede hensikten er å bidra til kvalitetssikring i høyere utdanning og å gjøre det mulig å sammenligne kvalifikasjoner på tvers av land og utdanningssystemer (Forskrift om NKR og EQF, 2017). Før innføringen av NKR var pensum og forelesninger et vesentlig grunnlag for hvilke krav studentene skulle oppfylle. Hauksdottir og Sortland (2018) hevder at reformen kan forstås som et paradigmeskifte med endring av orientering. Nå er det studentenes oppnådde læringsutbytte som er styrende, ikke veien dit. Vi mener at utsagnet fra forfatterne kan forenkle og tilsløre kompleksiteten i studentenes læringsløp. Slik det fremgår av dette kapitlet, er det et ansvar innenfor sykepleierutdanningen å gjøre «veien dit» mest mulig fremkommelig for studentene. Ifølge Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) (u.å.) er læringsutbytte også et redskap for å vite hva studentene skal lære, hva de skal vurderes etter, og hvordan de skal vurderes. Det innebærer at læringsutbyttet gir meningsfull informasjon om hva studentene skal lære, og at det er kjent for både praksisveileder, student og lærerveileder.

Som ledd i å tydeliggjøre sammenhengen mellom læringsutbytte og praksisfeltet som læringsarena iverksatte vi (forfattere som er medlemmer i forskningsgruppen Læring og samhandling ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet) FoU-prosjektet «Lokal læreplan

som redskap for læring og vurdering av kompetanse» i samarbeid med et utvalg av praksisveiledere og studenter fra første til tredje studieår i sykepleierutdanningen. Felles kjennetegn for FoU-prosjekter er at kunnskapsarbeidet er nyskapende, kreativt og systematisk. Andre kjennetegn er at resultatet ikke er gitt på forhånd, og at arbeidet har overføringsverdi (Li, 2022). FoU-prosjektet var inndelt i to deler, som innebar både utvikling av lokale læreplaner innen noen utvalgte praksisfelter og en evalueringsstudie med søkelys på hvordan bruken av lokale læreplaner ble oppfattet av studenter og praksisveiledere. Kapitlet presenterer og diskuterer funn fra evalueringsstudien basert på følgende problemstilling: *Hva kjennetegner bachelorstudentenes erfaringer med lokale læreplaner i praksisstudier?*

Fagdidaktiske utfordringer knyttet til læringsutbytter i praksisstudier

I likhet med andre profesjonsutdanninger er det en sentral utfordring for sykepleierutdanninger at læringsaktiviteter foregår både i utdanningsinstitusjonen og i praksisfeltet, som er ulike læringsarenaer. Begrepet koherens er blitt lansert som et fruktbart perspektiv på utfordringer relatert til fragmentering av studier og kobling av læring på ulike læringsarenaer. Koherens stammer fra det latinske *cohaerere*, som betyr å henge sammen, og som relateres til ulike nivåer og sammenhenger i profesjonsutdanninger (Hatlevik & Havnes, 2017). Koherens på programnivå handler om hvordan utdanningsprogrammet medvirker til å skape integrasjon og sammenheng mellom undervisning og praksisopplæring. Det innebærer at praksisperioder fremstår som en integrert del av utdanningsprogrammet (Smeby & Heggen, 2014). Sammenheng i utdanningen krever kommunikasjons- og samarbeidsprosesser mellom utdannings- og praksisarenaene (Hatlevik & Havnes, 2017). Med referanse til Antonovskys (2012) modell for «sense of coherence» fremhever forfatterne et lærings- og mestringperspektiv hvor studentenes opplevelse av sammenheng i utdanningen er det sentrale. Det er et perspektiv på koherens som innebærer at studentene opplever innholdet i utdanningen som forståelig og relevant for det yrkesfeltet de utdannes til (Hatlevik & Havnes, 2017).

Felles forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (2019) innebærer en tilpasning til de reviderte læringsutbyttebeskrivelsene fra retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Utdanningene utarbeider studieplaner og vurderingsskjemaer som er

tilpasset de nye retningslinjene. Selv om dette arbeidet gir mulighet for mer konkretisering av læringsutbytter i vurderingsskjemaer som fremmer koherens i utdanningen, har systematiske oversiktsstudier vist at dette er et utfordrende felt i sykepleierutdanninger: Ulik oppfatning av vurderingsskjemaer blant lærere og praksisveiledere påvirket reliabiliteten i vurderingen av studentene (Wu et al., 2015), og uklart språk i skjemaer medførte varierende kvalitet og konsistens i vurderingen (Helminen et al., 2016). I en evalueringsstudie av vurderingsinstrumentet Assessment of Clinical Education (AssCE master tool) fant Mårtensson et al. (2020) utfordringer knyttet til felles forståelse av formuleringer, og at det var vanskelig for praksisveiledere og lærere i en jordmorutdanning å finne relevante kliniske situasjoner som eksemplifiserte kriteriene i vurderingsinstrumentet.

Delstudier basert på kvalitative intervjuer med praksisveiledere fra ulike nivåer i en sykepleierutdanning viste problemer med å forstå og bruke læringsutbyttebeskrivelsene i vurderingen av studentene. Delstudiene, som er publisert i en vitenskapelig antologi (Christiansen et al., 2019), viste også utfordringer med å relatere læringsutbytter til relevante læresituasjoner i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Læringsutbyttebeskrivelser som oppleves som lite konkrete, kan medføre parallelle praksiser med lokale sjekklister og opplegg for hva studenter skal lære. Slike lokale redskap kan være forankret i kollektive og subjektive kriterier for hva som kjennetegner grunnleggende sykepleie i et spesialisert praksisfelt (Blomberg & Baluyot, 2019; Eikeland & Averlid, 2019; Finstad & Christiansen, 2019; Holm Larsen & Christiansen, 2019; Lindeflaten & Christiansen, 2019). I en NIFU-rapport som omhandler kvalitet i praksisstudier i sykepleierutdanningen fremgikk det også at praksisfeltet oppfatter læringsutbyttebeskrivelser som generelle, noe som særlig skaper utfordringer i vurderingen av studentene. Slike generelle beskrivelser har medført at enkelte praksissteder utvikler egne sett av kriterier som vurderingsgrunnlag (Hovdhaugen et al., 2021). En av anbefalingene i rapporten *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet* fra Universitets- og høyskolerådet (UHR, 2016) er økt satsing på utdanningsforskning, med spesifikk oppmerksomhet på arbeidsformer og læringsutbytter i praksisstudier. I rapporten oppfordres det til bedre samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet. Denne oppfordringen er en hovedintensjon i Meld. St. 16 (2020–2021). Her fremheves det at praksis er en læringsform som krever mye tilrettelegging for å sikre studentene godt læringsutbytte.

Lokale læreplaner

Både norske og internasjonale studier og erfaring viser at det er behov for utvikling mot en mer felles forståelse av læringsutbytter som redskap for læring og vurdering i praksisstudier i sykepleierutdanningen. Kontekstualisering av læringsutbyttebeskrivelser i form av lokale læreplaner vil være et bidrag til å skape økt sammenheng (koherens) mellom to læringsarenaer i utdanningen. Ifølge Prøitz (2016) defineres læringsutbytte vanligvis på en måte som tar lite høyde for sosiale og kontekstuelle aspekter ved læring. Beskrivelse av læresituasjoner innebærer derfor å kontekstualisere eller oversette læringsutbytter til den yrkesrelaterte virkeligheten studenten befinner seg i – langt unna en velordnet universitets- og høyskolekontekst. De fleste praksissituasjoner i spesialist- og kommunehelsetjenesten kan være læresituasjoner, og et kjennetegn er at hver situasjon kan ha relevans for et vidt spekter av former for læringsutbytte. Det innebærer ikke en opprøpning av oppgaver eller situasjoner i praksisfeltet, men en bevisstgjøring og tydeliggjøring av hvordan læringsutbytter har relevans og kommer til uttrykk i praksissituasjoner i et spesialisert og variert yrkesfelt, eksempelvis innen spesialiserte sykehusavdelinger, ulike behandlingstilbud innen psykisk helse og rus, sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

Eksempel Utsnitt fra læreplan sykehjem (førsteårsstudenter)

Læringsutbytte	Læresituasjoner og læringsaktiviteter som konkretiserer læringsutbyttet. <i>Tilpasse progresjon i lys av utfordringer i læresituasjoner og egen mestring.</i>
Kan anvende grunnleggende kommunikasjonsferdigheter i møte med pasienter, pårørende og medarbeidere	<p>Kommunikasjon med pasient/pårørende Uke 1–4</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hvordan tilpasser du kommunikasjonen med pasienten i ulike hverdagslige situasjoner, som ved stell, ved måltider, på toalettet og ved aktivitet?</i> • <i>Søkelys på å innlede og avslutte samtaler; stille åpne og lukkede spørsmål, parafrasere og speile følelser; anerkjenne / vise interesse.</i> • <i>Reflektere over kroppsspråk som mimikk, blick og øyekontakt, holdning og plassering overfor pasienten. Eksempel kan være hvordan sanseintrykk (f.eks. lukt) uttrykkes nonverbalt og verbalt.</i> • <i>Arbeid med logg 1 (kommunikasjon) og studieoppgave.</i> • <i>Hvordan kan du tilpasse informasjon og veiledning av pasienter og eventuelt pårørende ut fra behov og ressurser? Som eksempel kan du møte personer med afasi, nedsatt kognitiv funksjon, demens, nedsatt syn, nedsatt hørsel.</i>

	<p>Uke 5–8:</p> <p>Kommunikasjon med medarbeidere (veileder, medstudenter, kollegaer etc.). Noen eksempler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon og veiledning av medstudenter og eventuelt personale. • Observere / bli observert av medstudent og veileder i samhandling med pasient (f.eks. ved stell eller i en måltidssituasjon) hvor kommunikasjonsferdigheter er det sentrale. • Overlevere muntlig rapport. • Formidle eget læringsbehov og mål til veileder.
--	--

En lokal læreplan vil være et dynamisk dokument som kan utvikles og revideres, men ikke lages på nytt for hver ny studentgruppe.

Evalueringsstudien – design og metode

Studien er kvalitativ med et beskrivende og utforskende design, basert på fem fokusgruppeintervjuer (FG) med til sammen 32 studenter fra ulike nivåer i sykepleierutdanningen. Hensikten med evalueringsstudien var at kvalitative intervjuer kunne gi et forskningsbasert grunnlag for justeringer av de utarbeidede læreplanene og en videreføring til andre praksisfelter. Ifølge Patton (2015) karakteriseres en «responsive evaluation» av en kontekstuell forståelse av personer og programplaner, hvor kvalitative metoder er hensiktsmessig.

Fokusgruppeintervjuer er egnet til å produsere data om deltageres forståelser, synspunkter og erfaringer med en tematikk som alle har et forhold til (Halkier, 2010). Studentenes kommentarer til hverandres utsagn, sammenligninger og engasjement kan gi gode, komplekse data. Fokusgruppeintervju er derfor en metode som drar nytte av dynamikken som kan oppstå mellom deltagerne, og den er kjennetegnet av en ikke-styrende intervjustil (Halkier, 2010; Kvale & Brinkmann, 2015).

Utvalg

Utvalget var strategisk og besto av studenter som ikke hadde vært deltagere i første del av FoU-prosjektet, men som hadde erfaring med bruk av lokale læreplaner i vår- og høstsemestret 2020. Studentene ble forespurt av lærere som informerte om prosjektet, og om at deltagelsen ikke ville influere på vurdering i praksisstudier.

Tabell 1 Oversikt over antall deltagende studenter i evalueringen samt deres praksisfelter

1. år	2. år	3. år
Ett FG med elleve studenter sykehjem (SH)	Ett FG med fire studenter innen psykisk helse og rus (PHR)	To FG med fire og fem studenter fra spesialisthelsetjenesten (kirurgi) (SPH)
	Ett FG med åtte studenter fra hjemmebaserte tjenester (HJT)	

Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av prosjektdeltagerne fra universitetet i løpet av vår- og høstsemestret 2020 og vårsemestret 2021. Intervjuene foregikk med utgangspunkt i en felles tematisk guide som inneholdt åpne spørsmål om erfaringer med lokale læreplaner. Vi ville at studentene skulle snakke mest mulig fritt, og at de skulle uttrykke seg på en konkret og eksemplifiserende måte. Vi tilstrebet å tilpasse rollene som moderator og medmoderator slik at den som ledet intervjuene, var minst kjent for studentene. Rollen til medmoderator var å bidra til utfyllende, oppfølgende spørsmål ved behov og å ha blick for dynamikken i gruppen, slik at alle kom til orde. Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene, som ble transkribert ordrett av prosjektdeltagerne.

Etikk

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (prosjektnummer 157884). Det ble innhentet informert, skriftlig samtykke fra deltagere i fokusgruppeintervjuene, med informasjon om at deltagelsen var frivillig, og om at de når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg. Personopplysninger er aidentifisert, og vi oppbevarer ikke navneliste over deltagerne. Lydfiler ble slettet etter transkribering. Transkribert materiale ble lagret på passordbeskyttet PC, og det vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

Analyseprosess

Med inspirasjon fra Braun og Clarke (2006) innebar analyseprosessen å analysere frem mønstre i form av temaer i de transkriberte intervjuene.

Analyseprosessen ble gjennomført i tre faser, hvor vi tilstrebet å involvere alle prosjektdeltagerne: I første fase ble hver transkripsjon lest helhetlig gjentatte ganger. En innledende, åpen gjennomlesing ga grunnlag for å opprette tekstnære koder som beskriver avsnitt eller mindre utsnitt (meningsenheter) i datamaterialet. Deretter ble transkripsjonene fargekodet systematisk ved at meningsenheter (setninger, avsnitt) ble markert i tekstene. Fargekodingen av meningsenheter resulterte i en foreløpig tematisk sammenfatning av hvert fokusgruppeintervju som ble diskutert av prosjektdeltagerne. Andre fase innebar en videreutvikling og restrukturering av meningsinnhold på tvers av de fem fokusgruppeintervjuene under fem tematiske overskrifter som strukturerer funnfremstillingen. I tredje fase ble funnene diskutert i lys av relevant teori og forskning, slik det fremgår av diskusjonen.

Gyldighet og nøyaktighet

Gyldighet og nøyaktighet i kvalitative intervjuundersøkelser bør, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), gjennomsyre hele forskningsprosessen. Til tross for at rekrutteringen til de ulike fokusgruppeintervjuene var noe ujevn, anså vi det empiriske materialet som tilstrekkelig rikholdig med tanke på studiens hensikt. På grunn av koronapandemien foregikk tre av intervjuene via videokonferanseverktøyet Zoom, noe vi antar svekker gruppedynamikken og ga mindre rom for spontanitet. Andre datakilder, som refleksjonsnotater og logger, kunne bidratt til ytterligere nyansering og verifisering i evalueringsstudien. For å sikre god kvalitet på intervjuene la vi vekt på at alle skulle komme til orde, uten å snakke i munnen på hverandre, og at meningsinnhold ble verifisert underveis i intervjuene. Innspill og diskusjon på felles møter med prosjektdeltagerne i analyseprosessen kan karakteriseres som en kommunikativ validering (Kvale & Brinkmann, 2015) som bidro til å skjerpe det analytiske blikket.

Funn

Bedre forberedt til praksisstudier

Alle studentene som var med fra første, andre og tredje studieår, mente at lokale læreplaner bidro til at de følte seg bedre forberedt til praksis. En viktig grunn var at en slik plan ga oversikt og klargjorde hva de kunne

forvente å lære, og hvordan de kunne forberede seg. Førsteårsstudentene som hadde sin første praksis på sykehjem, mente at planen ga et bilde av situasjoner de kunne forvente å oppleve. Andreårsstudentene mente at praksisperioden innenfor psykisk helsevern og rusbehandling ble mer oversiktlig, og at planen bidro til å klargjøre læresituasjoner: «Det gjør det mye lettere for oss studenter å skjønne mer av hva man gjør på de ulike avdelingene» (andreårsstudent, PHR). Tredjeårsstudentene hadde lignende erfaringer; også for dem kunne praksis fremstå som et ukjent felt: «For det er veldig overveldende å komme i første sykehuspraksis», «Man vet jo ikke hva man går til i det hele tatt [...] man kunne på en måte forberede seg og lese litt om det, da» (tredjeårsstudenter, SPH1). Studenter fra de ulike årshetene var enig i at det var vanskelig å forstå hva læringsutbyttene innebar i praksis. Utdanningens forventninger om at de selv skulle konkretisere læringsutbytter i forkant eller i starten av praksisperioden, var lite nyttig for dem: «Og så har man slengt gjennom en plan noen dager før praksis, uten å vite hva du går til, så det henger ikke sammen med det du skal» (tredjeårsstudent, SPH1).

Betydning for læringsløp

Den lokale læreplanen bidro til bedre oversikt over hva det var forventet at de skulle lære i løpet av praksisperioden, og den hjalp dem å strukturere eget læringsløp. Den innebar eksempelvis «forståelse for hva jeg skal ha som mål de neste ukene» (førsteårsstudent, SH). «Så det har gjort meg obs på ting jeg ikke visste om, som jeg må lære» (førsteårsstudent, SH). Flere av studentene på sykehjem lagde ukeplaner på grunnlag av den lokale læreplanen. Det var ikke like vanlig blant andre- og tredjeårsstudentene. Flere mente imidlertid at de hadde bedre oversikt og kontroll over eget læringsløp: «man får også spørsmål av veileder om hva man vil lære mer om. Men da kan man gå på den (læreplanen) og se, ok det har jeg vært gjennom, men det har jeg ikke vært gjennom» (tredjeårsstudent, SPH1). «Man har litt mer kontroll. For det er ofte vanskelig å vite hva dere ser etter, da» (tredjeårsstudent, SPH1). Studentene i hjemmebaserte tjenester kunne streve med å se sammenhengen mellom læresituasjoner i praksis og læringsutbyttebeskrivelser:

At man har en liste med brukere, og disse skal du gjennom på en måte. Og da er man litt mer opptatt av det, mer enn å tenke over, [...] om jeg behersker, eller om jeg har kunnskap om velferdsteknologi i hjemmet, liksom. (Andreårsstudent, HJT)

«Liste med brukere» viser til at man i hjemmebaserte tjenester arbeider etter digitale arbeidslister som også blir styrende for studentene. Studentene opplevde det imidlertid som nyttig at læreplanen ga eksempler på hva læringsutbytte kunne innebære i praksis, særlig frem til midtvurderingen. Det hjalp dem å se sammenhengen mellom læringsutbytte og egne erfaringer med brukere i hjemmebaserte tjenester.

Felles for studentene på ulike årstrinn var at de ikke fulgte planen «slavisk» når det gjaldt progresjon: «Det er liksom sånn at det som kanskje skulle gjøres i uke fire, hadde man jo gjort kanskje i uke to» (andreårsstudent, PHR). De hadde et fleksibelt forhold til læreplanen og brukte den mer som et redskap til å vurdere egen progresjon: «Så ser jeg hva jeg skal kunne, om jeg er på riktig spor, sammenligner med planen» (andreårsstudent, PHR); «Hva jeg kunne av det som det sto at vi trengte å kunne» (tredjeårsstudent, SPH2); «[...] nyttig å se igjennom at du har lært det du skal, både til midtveis og på slutten, på en måte» (andreårsstudent, HJT).

Flere studenter syntes læreplanen stimulerte til å se sammenheng mellom teori og praksis: «Det har også fått meg til å tenke over de tingene jeg gjør, og liksom reflektere over det. Hvorfor gjør vi slik [...]» (førsteårsstudent, SH). De ble eksempelvis påminnet hva man skal tenke på i forbindelse med læresituasjoner: «[...] den oversikten før man går inn i det, da, at man får et overblikk over det man skal inn i» (førsteårsstudent, SH). Andreårsstudenter fra psykisk helsevern og rusbehandling syntes det var lettere å knytte pensum opp til situasjoner de møtte på avdelingen. Noen tredjeårsstudenter opplevde læreplanen som i overkant ambisiøs, særlig fordi den omfattet flere spesialiserte pasientgrupper: «Men å kunne begrunne alle punktene [i læreplanen], det kan jo ikke sykepleierne som jobber der, engang. Så hvor går grensen for hva man krever av oss som studenter da?» (tredjeårsstudent, SPH1).

Betydning for midtvurderingen

Studentene mente at læreplanen fungerte bra som redskap når de forberedte seg til midtvurdering:

[...] vi på en måte fulgte hvert punkt om hva vi hadde gjort, og om det var noe vi ikke følte vi hadde fått til eller gått gjennom, så det var veldig greit til midtvurderingen å kunne snakke om hva vi hadde fått til, og hva vil ville gjøre mer av. (Førsteårsstudent, SH)

Selv om det var vurderingsskjemaer med læringsutbytter som var i søkelyset i gjennomføringen av midtvurderingen, følte de seg godt forberedt: «[...] vi forsøkte å knytte det litt opp til de overordnede læringsutbyttene som vi hadde til midtveisvurderingen» (førsteårsstudent, SH). Studentene hadde imidlertid varierende erfaringer fra gjennomføringen av midtvurderinger med lærer og praksisveileder. I disse situasjonene var læringsutbyttebeskrivelser i vurderingsskjemaer det sentrale, og sammenhengen med lokal læreplan var ikke alltid like tydelig: «For vi brukte bare læringsutbyttene, og de er jo skrevet litt vanskelig» (andreårsstudent, PHR). Selv om tredjeårsstudentene refererte til lignende erfaringer, opplevde de at læreplanen bidro til økt trygghet i midtvurderingen fordi den hjalp dem å relatere til hvordan de mestret ulike læresituasjoner:

Det jeg synes er veldig fint i forhold til å bruke den som en vurdering, er at du kan fortelle litt om erfaringene med den og den pasienten, og hva du har observert, og hva du har gjort, og hvorfor du har gjort det, istedenfor å på en måte få litt mer den grillingen, da. For da kan du heller fortelle litt, og så kan du utdype hva du har tenkt. Istedenfor at det blir skummelt at du heller bare forteller litt og [...]. (Tredjeårsstudent, SPH1)

Det ble tydeligere for studentene (og praksisveilederen) hvor de var i læringsløpet, og hva som var viktig å konsentrere seg om fremover.

[...] når vi liksom skulle fylle ut midtvurderingsskjemaet, så synes jeg først at det var så vanskelig. Men så gikk jeg inn i læreplanen og så, og da ble det mye enklere, for da ble jeg bevisst på alt jeg har gjort, i forhold til det jeg skal kunne. (Tredjeårsstudent, SPH2)

Studentene i hjemmebaserte tjenester hadde lignende erfaringer. Selv om læringsutbytte i vurderingsskjemaer var i søkelyset i midtvurderingssamtaler, ble det likevel relatert til læreplanen, særlig med tanke på videre progresjon.

Oppfatning av praksisveileders bruk av læreplanen

De fleste studentene ønsket at praksisveileder hadde et mer aktivt forhold til læreplanen. Studentene fra hjemmebaserte tjenester mente at praksisveileder forholdt seg i liten grad til læreplanen. Andreårsstudentene fra psykisk helsevern og rusbehandling opplevde imidlertid at læreplanen ble brukt aktivt av praksisveileder: «Vi satt oss ned og snakket om den, vet ikke

om det var på slutten av uka, eller når det var noe man trengte å snakke om» (andreårsstudent, PHR). Læreplanen var også et godt redskap for kontinuitet for studenter i dette praksisfeltet, som av ulike årsaker hadde flere enn én veileder.

Blant tredjeårsstudentene hadde noen opplevd at læreplanen ikke ble brukt av praksisveileder, mens andre hadde erfart at læreplanen ble anvendt i forkant av midtvurderingen: «[...] for å teste litt at jeg var der jeg skulle være. Fordi, en ting er hva de ser liksom at jeg gjør, men en helt annen ting er hva jeg tenker i hodet» (tredjeårsstudent, SPH1), og «[...] så det ble litt lettere for veilederne å komme med en tanke om jeg er innenfor forventet, hvor jeg er da» (tredjeårsstudent, SPH1). Andre opplevde liten eller ingen interesse for læreplanen:

[...] fordi de hadde sitt eget løp de ville kjøre med sine egne kriterier, da. Så jeg tror ikke de vektlegger denne særlig høyt i forhold til hva de selv synes, da. Hva man lærer, hva man skal oppnå for krav, da. (Tredjeårsstudent, SPH2)

De ønsket at praksisveiledere brukte læreplanen mer aktivt i vurderings-situasjoner, slik at tilbakemeldingene ble mer konkrete: «[...] ikke at du er flink, men hvorfor, og hva kan man gjøre bedre. Ellers kan man ikke gjøre noe bedre» (tredjeårsstudent, SPH2).

Studentenes forslag til videre utvikling av lokal læreplan

Studentene fra alle årstrinn hadde flere forslag til bedre utforming av læreplanen. Førsteårsstudentene syntes læreplanen viste ujevn progresjon i løpet av praksisperioden: «Så det var veldig utfordrende å vite hva vi skulle gjøre den åttende eller syvende uken» (førsteårsstudent, SH). Andre syntes at læreplanen var uoversiktlig, at de måtte bla mye frem og tilbake, og at det enkelte steder var utydelig sammenheng mellom læringsutbyttebeskrivelser og læresituasjoner.

Andreårsstudentene innen psykisk helsevern og rusbehandling var fornøyd med læreplanen. Men det kom også frem at det var viktig å ha et selvstendig og fleksibelt forhold til den, slik at man bevarte en åpenhet overfor potensielle læresituasjoner som ikke sto i planen. Studentene i hjemmebaserte tjenester ønsket mer forventninger til progresjon og nivå. Ikke minst ønsket de tettere oppfølging med bruk av læreplanen i praksisperioden.

Det kom også forslag fra tredjeårsstudentene om mer brukervennlighet i planens utforming. Flere syntes læreplanen var for omfattende. Det kom også forslag om at det kunne være to versjoner av læreplanen, slik at praksisveileder fikk en forenklet versjon: «[...] Jeg føler at det viktigste med denne blekka er at de vet hva de skal vurdere oss på» (tredjeårsstudent, SPH2). Det var også forslag om rubrikker eller sider i læreplanen for selvvrdering, med markering av hva man hadde lært. Selv om de var fornøyd med læreplanen og syntes den hadde klare forbedringer i forhold til tidligere, ønsket de at den ble mer anvendt både av dem selv og av veilederne: «[...] man glemmer den rett og slett, da» (tredjeårsstudent, SPH1).

Studenter fra alle årstrinn ønsket at veiledere hadde satt seg inn i læreplanen før de møtte nye studenter i praksis. Studentene fra hjemmebaserte tjenester mente det var behov for bedre informasjon fra lærer om planen, slik at informasjon om planen ikke bare ble et studentansvar. Bedre implementering forutsatte at læreplanen ble snakket om i fellesskap: «[...] studenten, veileder og lærer fra skolen setter seg ned, så at læreren kan fortelle at alle tre kan bli enig om hvordan det gjøres – så alle er litt inne i det» (tredjeårsstudent, SPH2). Det kom forslag (fra andreårsstudenter ved HJT og tredjeårsstudenter ved SPH1) om at læreplanen burde gjennomgås med studentene i løpet av den praksisforberedende tiden avsatt på timeplanen, og om at den burde brukes aktivt i forventningssamtalen.

Drøfting

Evalueringsstudien viser at lokale læreplaner tydeliggjør og konkretiserer praksisfeltet som læringsarena. Lokale læreplaner fungerer derved som et fagdidaktisk redskap som bidrar til at studentene føler seg mer forberedt til praksisstudier, med bedre oversikt og kontroll over hva – og hvordan – de skal lære i løpet av praksisperioden. Sammenhengen mellom læringsutbytter og læresituasjoner i praksisfeltet ble tydeliggjort. En slik «brobyggerfunksjon» fremmer ikke bare koherens på programnivå, men også studentenes opplevelse av sammenheng (*sense of coherence*) i utdanningen, slik det beskrives av Hatlevik og Havnes (2017). Sammenheng og mening i utdanningen ble ikke minst styrket ved at lokal læreplan bidro til å styrke studentenes refleksjon og faglige begrunnelser i tilknytning til handlinger. De ble mer oppmerksom på kompleksiteten i ulike situasjoner med krav til gjennomtenkning og forberedelse. Læresituasjoner forutsetter deltagelse og refleksjon, hvor utvikling av forventet kompetanse skjer

gradvis. Kompetanse innebærer ifølge Haakstad (2011) en syntese av ulike former for læringsutbytter i spesifikke kontekster.

Selv om lokale læreplaner hjalp studenter å se sammenhengen mellom læringsutbytter og egne erfaringer, tyder også funn på at hverdagen i praksis ofte kan bli styrende for hvilke læringsaktiviteter som utføres, for eksempel knyttet til hvilke pasienter studenten og veilederen har den dagen. Dette fremgikk blant annet i et eksempel fra hjemmebaserte tjenester, hvor man arbeider etter digitale arbeidslister med brukere som også blir styrende for studentene. Oppmerksomheten til studenten rettes da mot hva som skal gjøres med den enkelte pasient, ikke nødvendigvis mot hva som står i læringsutbyttebeskrivelsen. Selv om det ikke behøver å være en motsetning her, kan man spørre seg om studentene i for stor grad fanges inn i en «handlingstvang» (Bjerknes & Christiansen, 2021). Som sykepleierstudent er man imidlertid ikke underlagt samme handlingstvang som sykepleiere, men er fristilt til refleksjon før og etter handlinger i relasjon til pasienter (Bjerknes & Christiansen, 2021). Her kan praksisveileder bidra til å støtte studentens læringsprosess.

Studentene opplevde at læreplanen var et godt redskap for å synliggjøre progresjon i praksisstudier. Noen tredjeårsstudenter ønsket imidlertid at planen var mer avgrenset i forhold til en meget spesialisert avdeling, hvor skillet – fra studentens perspektiv – mellom forventningene til en nyansatt sykepleier og tredjeårsstudenter kunne bli utydelig. Læreplanen kunne virke uoversiktlig for noen studenter, og det kom også frem et ønske om mer spesifikk mulighet for vurdering av egen progresjon.

Læreplanen bidro til at studentene følte seg bedre forberedt til og var mer aktive i midtvurderinger. De kunne relatere faglig til og begrunne handlinger de hadde utført i praksis, med mindre engstelse for å bli «grillet», som en student uttrykte det. Lokale læreplaner bidro derfor til at kriterier for forventet kompetanse i lys av læringsutbytte ble mer transparente, fordi generelle læringsutbytteformuleringer ble konkretisert. Derved ble kriterier i vurderingen tydeligere, noe som reduserte muligheten for uklarheter og subjektive oppfatninger av forventet kompetanse. Selv om vurdering av kompetanse alltid vil innebære et element av skjønn (Lauvås & Handal, 2014), er det viktig å redusere graden av subjektivitet hos dem som skal vurdere, fordi slik subjektivitet kan innebære vilkårlighet og forskjellsbehandling (Christiansen et al., 2020; Helminen et al., 2016). For at sammenhengen mellom studentens læringserfaringer og forventet kompetanse skal bli klarere, må kriterier forankres kontekstuell. Flere forfattere

peker på betydningen av slik forankring. Ifølge Dreyfus og Dreyfus (1980) kan en kritisk, kontekstavhengig bedømmelse (vurdering) av kompetanse bare oppnås i klinisk praksis. Wimmers og Mentkowski (2016) gir uttrykk for det samme når de sier at kriterier for bedømmelse må være knyttet til praksiskonteksten.

Graden av konkretisering i læreplanen var også et tema studentene berørte i sammenheng med vurdering av egen læringsprosess. Noen ønsket mer konkretisering, gjerne med rubrikker der de kunne krysse av for læringsaktiviteter. Et motsatt synspunkt var at planen ikke måtte bli for styrende, slik at man ble blind for potensielle læresituasjoner i praksis som ikke sto i planen. Lokal læreplan vil alltid innebære en forenklet versjon av en kompleks virkelighet, og det vil oppstå læresituasjoner som planen ikke tar høyde for. Selv om man som student kan ønske seg detaljerte anvisninger for hva man forventes å skulle lære, er det en utfordring å finne en god balanse når det gjelder omfang og grad av konkretisering. Dette er en tematikk som også diskuteres når det gjelder utforming av læringsutbyttebeskrivelser (Hovdhaugen et al., 2021). For stor grad av spesifisering kan, ifølge Balloo et al. (2018), medføre instrumentalisme, blindhet for læringsutbytte som ikke er målbart, og at studenter blir mer opptatt av læringsutbytte enn av det de egentlig lærer. Som ledd i å fremme selvstendige læringsprosesser bør studenter involveres på en måte som gjør at de får et eierforhold til læringsutbytter og eksplisitte kriterier for vurdering (Balloo et al., 2018; Boud, 2017). Slik våre funn viser, fungerte læreplanen som et redskap for studentens selvutvikling underveis i praksisperioden. Et forslag fra studentene om å bli kjent med læreplanen i dialog med lærer i forkant av praksisstudier kan styrke studentenes forberedthet og selvstendighet, dersom læreplanen presenteres som et potensial, ikke som en fasit, for læringsprosesser. Likeledes kan planen være et mer konkret utgangspunkt i forventningssamtaler med student, praksisveileder og lærer.

Konklusjon og veien videre

Evalueringsstudien har gitt verdifull informasjon om bruken av lokale læreplaner, sett fra studentenes perspektiv. Lokal læreplan bidro til en mer selvstendig og trygg studentrolle, noe som kom til uttrykk ved at studentene, i lys av tidligere erfaringer i studiet, følte seg bedre forberedt til praksisstudier, med økt oversikt over læresituasjoner og sammenheng mellom teori og praksis. Kontekstualiseringen av læringsutbytte bidrar til

at kriterier for vurdering blir mer transparente, noe som vil redusere subjektivitet i vurderingen fra praksisveileder og gi grunnlag for mer konkrete tilbakemeldinger. Det fremgår også at studentenes evne til å vurdere eget læringsløp styrkes, og at de føler seg bedre forberedt til midtvurdering.

Evalueringsstudien peker også på noen utfordringer med betydning for videre utvikling av lokale læreplaner. Vi oppsummerer disse utfordringene i følgende spørsmål:

Hvor detaljert skal lokal læreplan utformes? Selv om studentene hadde et fleksibelt forhold til læreplanen, var det også innspill med et ønske om flere detaljbeskrivelser, eksempelvis med mulighet for avkryssing. Slik litteratur om læringsutbyttebeskrivelser peker på, er det en utfordring å finne en god balanse mellom det generelle og det konkrete, slik at man unngår instrumentalisme og studenter som blir mer opptatt av læringsutbytteformuleringer enn av det de egentlig lærer. En læreplan skal stimulere studenten til aktivt å søke muligheter for læring, ikke låse ham eller henne i detaljerte «sjekkklister». Fra tredjearsstudentene kom det innspill om at læreplanens forventninger var for preget av aktivitetene på spesialiserte avdelinger, eksempelvis spesifikke, avanserte prosedyrer knyttet til pre- og postoperativ sykepleie. Disse innspillene viser til utfordringer med å tilpasse læresituasjoner i samsvar med læringsutbytter i spesialiserte kontekster, inkludert hva forventet progresjon kan innebære.

Tydeliggjøring av kompleksiteten i læresituasjoner har relevans i alle praksiskontekster, ikke minst når det gjelder hvordan flere læringsutbytter kan inngå i én praksissituasjon. Det er eksempelvis ikke gitt at sykepleierstudenter er bevisst kompleksiteten i kjente, gjentagende praksissituasjoner som eksempelvis et morgenstell med en pasient kan illustrere. Man kan samtidig spørre seg i hvilken grad situasjonsbestemt læring i praksisfeltet kan planlegges. En lokal læreplan kan aldri ha som mål å være dekkende for all læring i praksis. Selv om flere situasjonstyper er gjenkjennelige innenfor ulike praksisfelt, er det viktig å bevare en åpenhet overfor læringspotensialet i det uforutsette og ukjente.

Hvordan fremme mer aktiv bruk av lokal læreplan? De fleste studentene ønsket at planen ble mer anvendt av både dem selv og veilederne. Det kom forslag om styrket informasjon om planen fra lærer, slik at informasjonsinnhentingen ikke bare ble et studentansvar. Lokal læreplan burde gjennomgå med studentene i løpet av den praksisforberedende tiden avsatt på

timeplanen og brukes aktivt i forventningssamtalen. Slik funn viser, er det derfor behov for større vektlegging av implementering av lokal læreplan. For å fremme engasjement og eierforhold er det viktig å spørre seg hvordan praksisveiledere og kontaktlærere som ikke har deltatt i utforming av lokale læreplaner, kan involveres i videre utvikling og tilpasning av slike planer.

Hvor går veien videre? Kan det være hensiktsmessig å utforme lokale læreplaner på et mer overordnet nivå, det vil si tilpasset litt større kontekster enn hver enkelt avdelingsenhet (post)? Vi kan eksemplifisere med spesialisthelsetjenesten: Kan man tenke seg en læreplan for henholdsvis medisinske og kirurgiske avdelinger? Praksisplasser innen psykisk helsevern er differensiert, så spørsmålet er om man likevel kan finne frem til felles sentreringpunkter i varierte kontekster. Balansegangen mellom generelle læringsutbyttebeskrivelser og konkrete læresituasjoner og -aktiviteter blir en gjennomgående utfordring: Blir læreplanen for generell, vil den i mindre grad fungere som et verktøy for læring og vurdering. For å styrke eierforhold og bruk kan praksisveileder og lærer, med utgangspunkt i en generisk læreplan rettet mot eksempelvis kirurgiske avdelinger, oppmuntres til samarbeid om en lokal versjon tilpasset eksempelvis gastrokirurgisk avdeling.

For å oppsummere ønsker prosjektgruppen å arbeide videre med å løfte de lokale læreplanene ut fra de enkelte postene eller avdelingene – eller institusjonene – for å gjøre dem mer generiske. Læreplanen skal fortsatt synliggjøre konkrete læresituasjoner og -aktiviteter som kan hjelpe studentene til å oppnå læringsutbytter, men på et nivå som vil gjelde «alle» medisinske avdelinger, sykehjem eller distrikter innenfor hjemmebaserte tjenester og psykisk helsevern i en gitt praksisperiode. En slik læreplan kan være utgangspunkt for ytterligere «lokal» konkretisering. I dette arbeidet oppfordres universitetets lærere til å samarbeide tett med praksisveilederne.

Referanser

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal Akademisk.
- Balloo, K., Evans, C., Hughes, A., Zhu, X. & Winstone, N. (2018). Transparency isn't spoon-feeding: How a transformative approach to the use of explicit assessment criteria can support student self-regulation. *Frontiers in Education*, 3, Artikkel 69.
- Bjerknes, M.S. & Christiansen, B. (2021). Praksis som arena for læring. I M. S. Bjerknes & B. Christiansen (Red.), *Praksisveiledning med helsefagstudenter* (2. utg., s. 11–36.). Gyldendal.

- Blomberg, K. & Baluyot, C. (2019). Vurdering av andr rsstudenter i hjemmebaserte tjenester – en utfordrende oppgave. I B. Christiansen, K. T. Jensen & K. Larsen (Red.), *Vurdering av kompetanse i praksisstudier – en vitenskapelig antologi* (s. 99–112). Gyldendal.
- Boud, D. (2017). Standards-based assessment for an era of increasing transparency. I D. Carless, S. M. Bridges, C. K. Y. Chan & R. Glofcheski (Red.), *Scaling up assessment for learning in higher education* (s. 19–31). Springer.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Christiansen, B., Averlid, G., Baluyot, C., Blomberg, K., Eikeland, A., Finstad, I. R. S., Larsen, M. H. & Lindeflaten, K. (2020). Challenges in the assessment of nursing students in clinical placements: Exploring perceptions among nurse mentors. *Nursing Open*, 8(3), 1069–1076. <https://doi.org/10.1002/nop2.717>
- Christiansen, B., Jensen, K. T. & Larsen, K. (2019). *Vurdering av kompetanse i praksisstudier – en vitenskapelig antologi*. Gyldendal.
- Dreyfus, S. E. & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. University of California.
- Eikeland, A. & Averlid, G. (2019). Vurdering av studentenes handlingskompetanse i anestesi- og intensivsykepleie. I B. Christiansen, K. T. Jensen & K. Larsen (Red.), *Vurdering av kompetanse i praksisstudier – en vitenskapelig antologi* (s. 146–162). Gyldendal.
- European Higher Education Area (EHEA). (u.å.). Qualifications frameworks. EHEA. <http://eha.info/page-qualification-frameworks>
- Finstad, I. R. S. & Christiansen, B. (2019). Læresituasjoner og prosessvurdering i praksisstudier på sykehjem. I B. Christiansen, K. T. Jensen & K. Larsen (Red.), *Vurdering av kompetanse i praksisstudier – en vitenskapelig antologi* (s. 86–98). Gyldendal.
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.
- Forskrift om NKR og EQF. (2017). *Forskrift om Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring og om henvisningen til Det europeiske kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring* (FOR-2017-11-08-1846). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-11-08-1846>
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Gyldendal Akademisk.
- Hatlevik, I. K. R. & Havnes, A. (2017). Perspektiver på læring i profesjonsutdanninger: fruktbare spenninger og meningsfulle sammenhenger. I S. Mausestagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 191–203). Universitetsforlaget.
- Hauksdottir, N. & Sortland, K. (2018). Læringsutbyttebeskrivelse, taksonomier og begreper som grunnlag for veiledning. I S. Tveiten & A. Iversen (Red.), *Veiledning i høyere utdanning – en vitenskapelig antologi* (s. 50–63). Fagbokforlaget
- Helminen, K., Coco, K., Johnson, M., Turunen, H. & Tossavainen, K. (2016). Summative assessment of clinical practice of student nurses: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 308–319.
- Holm Larsen, M. & Christiansen, B. (2019). Hvordan oppfatter praksisveiledere læresituasjoner og læringsutbytter i psykisk helsearbeid? I B. Christiansen, K. T. Jensen & K. Larsen (Red.), *Vurdering av kompetanse i praksisstudier – en vitenskapelig antologi* (s. 113–128). Gyldendal.
- Hovdhaugen, E., Nesje, K. & Reegård, K. (2021). *Hvordan sikre at sykepleiestudenter oppnår læringsutbytter i praksisstudiene: Jaktten på gode eksempler* (NIFU-rapport 2021:1). Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU). <https://www.nsf.no/sites/default/files/2021-01/hvordan-sikre-at-sykepleiestudentene-oppnar-laeringsutbytter-i-praksisstudienejakttenpagodeeksemplernifu2020.pdf>
- Haakstad, J. (2011). Læringsutbytte: Begrepets anvendelighet i kvalitetsvurdering av høyere utdanning. *Uniped*, 34(4), 72–81. https://www.idunn.no/file/pdf/66754167/laeringsutbytte_begrepets_anvendelighet_i_kvalitetsvurderin.pdf
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Lauvås, P. & Handal, G. (2014). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Cappelen Damm Akademisk.

- Li, T. (2022, 23. februar). FoU. *Store norske leksikon*. <https://snl.no/FoU>
- Lindeflaten, K. & Christiansen, B. (2019). Praksisveilederes utfordringer med å vurdere sykepleierstudenter i spesialisthelsetjenesten. I B. Christiansen, K. T. Jensen & K. Larsen (Red.), *Vurdering av kompetanse i praksisstudier: En vitenskapelig antologi* (s. 129–145). Gyldendal.
- Meld. St. 16 (2020–2021). *Utdanning for omstilling – økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20202021/id2838171/>
- Mårtensson, G., Lind, V., Edin, K., Hedberg, P. & Löfmark, A. (2020). Development and validation of a clinical assessment tool for postgraduate nursing education: A consensus-group study. *Nurse Education in Practice*, 44, Artikkel 102741.
- Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT). (u.å.). Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. *Nokut.no*. <https://www.nokut.no/norsk-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4. utg.). Sage.
- Prøitz, T. S. (2016). *Læringsutbytte*. Universitetsforlaget.
- Smeby, J.-C. & Heggen, K. (2014). Coherence and the development of professional knowledge and skills. *Journal of Educational and Work*, 27(1), 71–91. <https://doi.org/10.1080/13639080.2012.718749>
- Universitets- og høskolerådet (UHR). (2016). *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden fra 2014–2015* (Rapport).
- Wimmers, P. F. & Mentkowski, M. (Red.). (2016). *Assessing competence in professional performance across disciplines and professions*. Springer.
- Wu, X. V., Enskär, K., Lee, C. C. S. & Wang, W. (2015). A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 35(2), 347–359.

Om forfatterne

Hanna Kvinge Augustin er masterstudent i operasjonssykepleie ved Høgskulen på Vestlandet og jobber som sykepleier ved Haukeland universitetssykehus. Hun var tidligere ansatt som læringsassistent ved OsloMet – storbyuniversitetet og deltok i å utvikle, gjennomføre og forske på undervisning i sykepleie.

Gertrud Averlid er utdannet sykepleier med videreutdanning i anestesisykepleie. Hun har arbeidet som førstelektor ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun har klinisk veilederkompetanse innen både bachelorutdanning og masterutdanning i anestesisykepleie, og har forsket på praksisstudier i sykepleie.

Camilla Bernild er sykeplejerske, ph.d. ansatt i delestilling mellom Center for sundhedsfagligt forskning (UCSF) og Hjertecentret, Rigshospitalet, hvor hun er ansvarlig for utvikling af og forskning i uddannelse i klinisk sygepleje præ- og postgraduat. Bernild arbejder teoriinformert og bruker samfundsvidenskabelige metoder som for eksempel aktionsforskning og institutionel etnografi, hvor forholdet mellem den institutionelle og organisatoriske kontekst for professionsudvikling, klinisk uddannelse og pårørendeinddragelse er i fokus.

Karin Blomberg er sykepleier og sosialantropolog med videreutdanning i helsesykepleie og psykisk helse, og er ansatt som universitetslektor ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun forsker på praksisstudier i sykepleie, og arbeider med utviklings- og forskningsprosjekter knyttet til pedagogisk kompetanse hos studenter og praksisveiledere.

Björg Christiansen er utdannet helsesøster med hovedfag i sosialpedagogikk og doktorgrad ved Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.

Hun er professor emerita ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun har forsket og publisert vitenskapelige artikler om temaet læring og kunnskapsbruk i sykepleierutdanning og- yrke.

Torunn Erichsen har master i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo, og frem til 2023 var hun førstelektor på Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet– storbyuniversitetet før hun gikk av med pensjon. Hun har arbeidet med utvikling av læreplaner, digitale læreverk og digital undervisning.

Sylvia Hansen er universitetslektor ved institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid ved OsloMet – storbyuniversitetet. Hun er sykepleier og cand.san. med mastergrad i sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo. Hun underviser og veileder i ulike emner i bachelorstudiet og i kompletterende sykepleierutdanning og har spesiell interesse for etikk i sykepleien.

Lars Peder Kolås Henriksen er masterstudent i helsevitenskap og høyskolelærer ved OsloMet – storbyuniversitetet. Han var tidligere ansatt som læringsassistent ved OsloMet og deltok i å utvikle, gjennomføre og forske på undervisning i sykepleie.

Elisabeth Hessevaagbakke er utdannet sykepleier med PhD fra Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo. Hun er ansatt som førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hessevaagbakke arbeider med utviklings- og forskningsprosjekter knyttet til pedagogisk kompetanse hos studenter og praksisveiledere.

Peter Forde Hougaard er førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet og seniorforsker ved Kirurgisk avdeling for barn, Oslo Universitetssykehus. Han er barne- sykepleier, har en bachelor i samfunnsfag (sosiologi) fra Universitetet i Oslo, og har master og doktorgrad fra Senter for profesjonsstudier, OsloMet. Han underviser i forskningsetikk, kunnskapsbasert praksis og forskningsmetoder i sykepleie på bachelor- og masternivå, samt er veileder for bachelor, master og ph.d.-studenter. Hougaard forsker på barn på sykehus, tverrprofesjonell samhandling, kunnskapsbasert endringsarbeid, samt høyskole- og universitetsutdanning og utdanningsledelse.

Kari Høium er førstelektor ved Institutt for adferdsvitenskap, bachelorprogram i vernepleie, ved OsloMet – storbyuniversitetet. Hun er utdannet vernepleier med hovedfag i helsefag fra Universitetet i Oslo. Hun jobber med tema kommunikasjon og veiledning både på bachelor-, videreutdanning- og masternivå. Hun jobber med fag- og læremiddelutvikling samt forskning innenfor fagfeltet kunnskapsbasert miljøterapeutisk arbeid, med vekt på læring og samhandling samt hvordan teknologi og læring samhandler.

Trude Løkhaug Jensen er høyskolelektor ved Institutt for sykepleie, VID vitenskapelige høyskole. Hun har tidligere arbeidet ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun har i mange år vært opptatt av sykepleiestudenters mulighet for faglig refleksjon og dybdelæring. Sammen med Kirsten Jacobsen Ulfsby og forskere ved Universitetet i Stavanger har hun hatt flere prosjekter med bruk av digitale verktøy i læringsfellesskap.

Kari Toverud Jensen er utdannet sykepleier med embetsstudiet i sykepleievitenskap og dr.polit (pedagogikk, Universitetet i Oslo). Hun arbeider som professor ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, og er leder for forskningsgruppen Læring og samhandling. Jensen har tidligere vært dekan ved avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo og rektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Unni Knutstad er førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hennes faglige bakgrunn er sykepleie og pedagogikk, med spesifikk forskningsinteresse rettet mot sykepleiens kunnskapsgrunnlag og sykepleiefagets didaktikk. Hun har tidligere vært dekan for avdeling for sykepleierutdanning og prorektor for Høgskolen i Oslo. De siste årene har hun vært programansvarlig for master i helsevitenskap ved OsloMet.

Heidi M. Kvalvaag er førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsevitenskap ved OsloMet – storbyuniversitetet. Hun har lang erfaring med utdanningsforskning og har ledet flere innovasjoner i høyere utdanning.

Kristian Larsen er professor ved OsloMet – storbyuniversitetet og ved Institutt for Folkesundhetsvidenskab, Københavns Universitet, samt

forskningsleder ved Center for Sundhedsfaglig Forskning ved Rigshospitalet København. Han har sin baggrund i sygepleje, pædagogik og sociologi. Hans forskningsprofil integrerer og kombinerer sociologi, pædagogiske studier og sundhed med fokus på sociologi om sundhed og sygdom, herunder sundhedsområdets uddannelser, professioner, historie og struktur. Teoretisk er han inspireret af den franske sociolog Pierre Bourdieu.

Monica Holm Larsen er psykiatrisk sykepleier med master i ernæring, helse- og miljøfag. Hun har lang arbeidserfaring innen psykisk helsearbeid og er nå ansatt som førstelektor ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun har forsket på ungdom og psykisk helse i et helsefremmende perspektiv, og arbeider med utviklings- og forskningsprosjekter knyttet til pedagogisk kompetanse hos studenter og praksisveiledere.

Niels Sandholm Larsen er utdannet sygeplejerske, kandidat i sociologi, Ph.d. i uddannelsessociologi. Niels har en solid baggrund uddannelsesforskning, curriculumudvikling og undervisning. Hans kliniske erfaring er overvejende somatisk fra hjemmesygepleje og plejehjem. Niels er ansatt som docent på Københavns Professionshøjskole, og koordinerer forskningsprogrammet "Stærke Studerende" der har fokus på læring og professionsdidaktik. Niels publicerer i internasjonale tidsskrifter og er forfatter til en række lærebogskapitler henvendt til professionsuddannelserne.

Katrin Lindeflaten er utdannet sykepleier med videreutdanning i nevro-sykepleie. Hun har master i klinisk sykepleievitenskap ved OsloMet – storbyuniversitetet, og 16 års klinisk erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Lindeflaten er førstelektor ved bachelorutdanningen på Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet, og arbeider med utviklings- og forskningsprosjekter knyttet til pedagogisk kompetanse hos studenter og praksisveiledere.

Roger Marchen er høgskolelektor ved Lovisenberg diakonale høgskole (LDH). Han er utdannet sykepleier fra OsloMet – storbyuniversitetet, i tillegg til cand.theol. og klinisk videreutdanning innen sjelesorg. Han har klinisk erfaring fra Oslo universitetssykehus (OUS), Akershus universitetssykehus (Ahus) og Lovisenberg diakonale sykehus (LDS). Han underviser innen et bredt tilfang av temaer som etikk, kommunikasjon,

det eksistensielle, kriser, sorg, sykdomslære herunder psykisk helse, samt legemiddelhåndtering.

Helle Mathar er uddannet sygeplejerske, cand. mag. i filosofi og arbejder til dagligt som lektor ved Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser på Københavns Professionshøjskole. Har undervist i og skrevet om kriterier, metode/analysestrategier, etik og videnskabsteori særligt på sygeplejeuddannelsens sidste semester der omhandler bachelorprojektet og har forskningsmæssigt beskæftiget sig med patienter med KOL og rehabilitering.

Helene M. Storebø Opheim er universitetslektor ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun har bakgrunn som sykepleier og leder på ulike nivå. I utdanningen har hun erfaring med simulering som metode og studentaktive læringsmetoder gjennom mange år. Sammen med lege og førsteamanuensis Rune Bruhn Jakobsen fra Universitetet i Oslo har hun ansvar for gjennomføring av student-BEST kurset ved OsloMet campus Pilestredet.

Kjell Sverre Pettersen er professor emeritus i helsekommunikasjon ved OsloMet – storbyuniversitetet. Hans fagkompetanse har vært innen cellebiologi, mikrobiologi, fysiologi, realfagdidaktikk, og helsekommunikasjon i et folkehelseperspektiv. Et spesialområde for ham har i de siste 20 årene vært forskning og teoriutvikling omkring temaet helsekompetanse (*health literacy*).

Melissa Lindfield Solberg er masterstudent i jordmorfag ved OsloMet – storbyuniversitet og sykepleier ved Ullevål Universitetssykehus. Hun var tidligere ansatt som læringsassistent ved OsloMet og deltok i å utvikle, gjennomføre og forske på undervisning i sykepleie.

Christine Tørris er førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun underviser i naturvitenskapelige emner og forskningsmetode, og har gjennom mange år arbeidet med studentaktiv læring knyttet til digitale undervisningsmetoder, og forsker blant annet på *flipped classroom* (omvendt undervisning) og samarbeidslæring.

Kirsten Jacobsen Ulfsby er universitetslærer ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet. Hun er særlig

engasjert i temaer som faglige refleksjon og dybdelæring gjennom bruk av studentaktive læringsformer, som *flipped classroom*, og digitale verktøy. Sammen med Løkhaug Jensen og forskere fra Universitetet i Stavanger har hun forsket på bruk av digitale historiefortellinger som refleksjonsverktøy for studenter og sykepleiere i praksis.

Anne-Martha Utne Øygarden er universitetslektor ved Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet og stipendiat ved Senter for diakoni og profesjonelle praksis ved VID vitenskapelige høyskole. Hun er utdannet sykepleier og MSc i helsefagvitenskap fra Universitetet i Oslo. Øygarden underviser i sykepleie på bachelornivå, samt er veileder for bachelor og masterstudenter. Hennes ph.d. prosjekt er knyttet til perinatal mental helse blant førstegangsmødre.