

Evaluering af sundhedspædagogisk kompetenceudviklingskursus i Region Hovedstaden

Publikation

Mikka Nielsen
Anne Hjøllund Christiansen
Jakob Hansen

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning, som er en sammenlægning af DSI, AKF og KREVI, blev etableret den 1. juli 2012.

© KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning og forfatterne

Udgiver: KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

ISBN: 978-87-7488-735-5

Projekt 3351

September 2012

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00



Forord

De seneste år har patientundervisning udviklet sig til at være et fast element i den øgede indsats over for patienter med kronisk sygdom. Formålet med patientundervisning er at styrke borgerens egenomsorg og evne til at håndtere deres liv med kronisk sygdom. Hvis patientundervisningen skal have den ønskede virkning, stiller det store krav til patientundervisernes sundhedspædagogiske kompetencer. Region Hovedstaden har udviklet et kursus, der netop har til formål at forøge disse kompetencer hos patientunderviserne.

Denne rapport beskriver Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioners evaluering af Region Hovedstadens kompetenceudviklingskursus for patientundervisere. Rapporten har fokus på både patientundervisernes læring på kurset og på mulighederne for at overføre det lærte til en ny undervisningspraksis. Rapporten indeholder hovedresultater af evalueringen og opstiller en række forslag til, hvordan kurset fremadrettet kan udvikles og forbedres.

Vi vil gerne sende en stor tak til alle patientundervisere på kompetenceudviklingskurset, der har bidraget til evalueringen –

både ved at lade sig interviewe, besvare spørgeskemaer samt ved at åbne dørene og lade os følge patientundervisningen tæt på. Tak til Peopleway for udtræk af data samt for assistance til tolkning af data. Endelig tak til de personer, der har været repræsenteret i styregruppen, og som har givet konstruktive kommentarer til rapporten.

Evalueringen er finansieret af Region Hovedstaden som opdragsgiver. Rapporten har gennemgået internt review af undertegnede.

Jes Søgaard
Direktør, professor

Indhold

Forord	1
Resumé	3
1. Indledning	4
1.1 Kompetenceudviklingskurset	4
1.2 Evalueringens formål	4
1.3 Metoder	4
2. Deltagerne på kompetenceudviklingskurset	6
2.1 Erfaring med patientundervisning	6
2.2 Deltagernes sundhedspædagogiske udfordringer	6
3. Deltagernes oplevelser af kompetenceudviklingskurset	8
3.1 Tilfredshed med kurset	8
3.2 Relevant indhold	8
3.3 Kompetente undervisere	8
3.4 Udbytterigt samspil med de øvrige deltagere	9
3.5 Stor interesse i netværksdannelse	9
3.6 Målgruppen for kurset	10
4. Øvelser og anvendelsen deraf	11
4.1 Rollespil – lærerige eller fortænkte?	11
4.2 Hjemmeøvelse	12
4.3 Forbilledlig undervisning?	12
4.4 Konkret planlægning	12
4.5 Supervision	13
5. Ændringer i tilgang og praksis	14
5.1 Effekt, læring og transformation	14
5.2 Vurdering af egne evner	14
5.3 Bekræftelse og kvalificering: At få sat teori på praksis	15
5.4 Styrkelse af faglig identitet	16
5.5 Anvendelse af sundhedspædagogiske principper og ændringer i praksis	17
5.6 Eksperimentering med undervisningen	20
5.7 Ændringer i undervisningspraksis	21
6. Hæmmende og fremmede faktorer for anvendelse af kursets principper	22
6.1 Rammer for overførsel af det tillærte	22
6.2 Praktiske øvelser og eksempler fra praksis	22
6.3 For meget teori og for lidt kobling til praksis	23
6.4 Manglende redskaber	24
6.5 Manglende tid og ressourcer til refleksion	24
7. Opsamlende diskussion: Fokuspunkter og relevante spørgsmål	25
7.1 Pædagogisk faglighed og forslag om udvikling af manual	25
7.2 Holdninger og tilgange til patientuddannelse	25
7.3 Målgruppen for kurset – behov for differentiering?	26
7.4 Forskellige skoler og begreber	26
8. Forslag til forbedringer	27
Litteratur	28
Bilag 1: Undersøgelhedsdesign, metoder og definitioner	29
Bilag 2: Spørgeskemaer	32

Resumé

Patientundervisere kan få styrket deres oplevelse af egne kompetencer og få mod på og inspiration til at ændre deres undervisningspraksis gennem deltagelse i et kursus i sundhedspædagogik. Det viser denne evaluering af målrettet videreuddannelse i sundhedspædagogik for sundhedsfaglige patientundervisere i Region Hovedstaden.

I dette resumé vil evalueringens vigtigste resultater og forslag til forbedringer af kurset blive fremstillet.

Tilfredshed

Evalueringen viser, at tilfredsheden med kurset gennemgående er høj.

Patientundviserne oplever, at det faglige indhold er relevant og sætter fokus på væsentlige problemstillinger i arbejdet med målgruppen. Den gennemsnitlige vurdering af relevansen er 4,1 ud af maksimalt 5.

Patientundvisernes vurdering af deres samlede udbytte af hele undervisningsforløbet ligger på gennemsnitligt 3,7.

Tilfredsheden med undviserne er meget høj med et gennemsnit på 4,3.

Læring og transformation

Det afgørende for kursets succes er, at deltagerne kan overføre det, de lærer på kurset, til deres job. Evalueringen viser, at hovedparten af deltagernes læring og transformation kan tilskrives ændringer i deres vurdering af egne evner samt et større vidensniveau om patientundervisning.

Vurderingerne af egne evner er blevet markant større efter kursets afslutning, og deltagerne angiver i højere grad at være i stand til at håndtere sundhedspædagogiske udfordringer ved blandt andet at lade patienternes hverdagsliv være omdrejningspunktet i undervisningen.

Evalueringen viser, at det er vigtigt at have fokus på, at deltagerne på kurset har en konkret forandringsplan for, hvad de vil gøre anderledes i deres undervisning af patienter, da det i modsat fald kan virke hæmmende for, at deltagerne ændrer deres undervisning. Desuden er det vigtigt, at der er den nødvendige tid og ressourcer til, at deltagerne kan reflektere over egen praksis og foretage ændringer.

Ændringer i undervisningspraksis

Deltagerne oplever overvejende, at kurset har skabt refleksion over egen praksis og skærpet deres opmærksomhed på egen praksis. Samtidig har kurset også i høj grad bekræftet undvisernes eksisterende måder at gennemføre patientundervisning på. De fleste patientundvisere gennemfører i forvejen patientinddragede undervisning, men oplever det som en trykthed at få bekræftet deres undervisningspraksis.

Lidt over halvdelen af patientundviserne angiver, at kurset rent faktisk har fået dem til at tage initiativ til at foretage ændringer i den patientundervisning, de står for.

Deltagerne fortæller, at de i højere grad nu har fokus på patientdeltagelse i deres undervisning, og at denne tilgang kan være med til at afklare patienternes vidensniveau. Evalueringen viser også, at en højere andel af tiden i patientunder-

visning går med at lade patienten tale og have fokus på deres behov og motivation, så undervisningen kan tage udgangspunkt i hverdagslivsperspektivet.

Holdning og tilgang til patientundervisning

Generelt set kan vi ikke se store ændringer i deltagernes holdninger til patientundervisning. Det kan dog skyldes, at kurset er ét i rækken af flere kurser, som arbejder ud fra det samme paradigme, og at holdningsbearbejdelsen således allerede har været i gang inden dette kursus.

Pædagogiske udfordringer

Patientundviserne oplever, at det er en stor udfordring af differentiere deres undervisning, så alle patienter rammes af deres respektive videns- og motivationsniveau.

Kurset har som mål at give patientundviserne kompetencer til at arbejde med patienternes handlekompetence og self-efficacy, men flere deltagere oplever stadig, at det er svære begreber at arbejde med i praksis. Derfor kan kurset i højere grad arbejde med at skabe større sammenhæng mellem de teoretiske begreber og den praktiske udførelse af patientundervisningen.

Forbedringsforslag

Evalueringen af kompetenceudviklingskurset peger på, at man med fordel kunne overveje følgende punkter:

- Kurset kan med fordel indeholde flere øvelser og eksempler fra praksis, da det er det væsentligste led i at oversætte den teoretiske viden til praksis og kunne anvende teori og begreber fra kurset. Deltagerne efterspørger desuden, at kursusundviserne udfører mere forbilledlig undervisning, som deltagerne kan bruge i deres egen patientundervisning.
- Deltagerne efterspørger flere konkrete redskaber. Det kan overvejes at udforme en manual med pædagogiske redskaber og praktiske øvelser, som deltagerne kan tage udgangspunkt i efter kursets afslutning.
- Manglen på en konkret forandringsplan for ændringer i patientundervisningen efter kurset kan virke hæmmende for, at deltagerne får ændret noget i praksis. Derfor kan der med fordel sættes ind på dette i løbet af kurset gennem mere praktisk teori og mere instruktion i planlægningsarbejde med patientundervisning og lignende.
- Oplægget om supervision får en blandet modtagelse, og der hersker uvished om, hvordan supervision skal udmøntes i praksis. Derfor kan det overvejes, om dette element skal tages ud, forkortes, eller om det skal formidles klarere, hvad formålet med supervisionen er.
- Målgruppen opleves af flere deltagere som for bred. Et forslag er derfor, at kurset i højere grad benytter sig af undervisningsdifferentiering, så undervisningen kan rumme deltagernes forskellige erfaringsniveauer. ■

1 Indledning

Det stigende antal kronisk syge patienter og det øgede fokus på egenomsorg betyder, at patientundervisning bliver et stadig mere udbredt og vigtigt værktøj i sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt at sikre, at patientundervisning foregår på et højt niveau, samt at patientundervisere har de rette kompetencer til at stå for undervisningen.

Den seneste MTV-rapport fra Sundhedsstyrelsen påpeger behovet for større systematik og sammenhæng mellem uddannelsens teoretiske grundlag og pædagogiske praksis. Det vil sige, at den teori, der ligger til grund for uddannelsen, hænger sammen med den pædagogiske tilgang og praktiske gennemførelse af patientuddannelsen (1). Yderligere peger rapporten på, at der er et væsentligt behov for, at patienternes *hverdagsliv* inddrages i den fremtidige tilrettelæggelse og afvikling af patientuddannelser (1).

Som led i kronikerprogrammet har Region Hovedstaden besluttet at tilrettelægge et sundhedspædagogisk kompetenceudviklingskursus for sundhedsprofessionelle, der sikrer, at patientunderviserne bliver i stand til at leve op til målet for sygdomsspecifik patientuddannelse¹.

1.1 Kompetenceudviklingskurset

Kompetenceudviklingskurset i Region Hovedstaden tager afsæt i forløbsprogrammerne og har til formål at skabe et teoretisk grundlag for sundhedspædagogisk undervisning i patientuddannelse. En sundhedspædagogisk tilgang er valgt, da den handler om at støtte patienterne til at reflektere over deres situation og til at tage beslutninger og handle i relation til deres sundhed og sygdom (2).

Den sundhedspædagogiske tilgang i kompetenceudviklingsforløbet baserer sig på tre nøglebegreber: Self-efficacy (3), deltagelseⁱⁱ og videnⁱⁱⁱ (4) og en overordnet hverdagslivsorienteret tilgang^{iv} i ambitionen om såvel inddragelse af patienternes erfaringer som i formidlingen af viden¹. Kompetenceudviklingsforløbet søger således at imødekomme nogle af de fokuspunkter, som MTV'en peger på i udviklingen og styrkelsen af patientuddannelse.

Kompetenceudviklingskurset består af to kursusgange på henholdsvis to og en dag. Foreløbig er kurset udviklet til undervisere af patienter med diagnoserne type 2-diabetes, KOL og hjerte-karsygdom³. Kurset udbydes til sundhedsfaglige patientundervisere i regioner, kommuner og almen praksis på tværs af faggrupper. Undervisningen er udformet ud fra et ønske om at skabe eksemplarisk læring, hvilket betyder, at

både form og indhold i kurset er del af læringsmålene. Dermed er det tanken, at deltagerne i kompetenceudviklingsforløbet skal kunne anvende de undervisningsmetoder, der benyttes, som inspiration til egen undervisning.

1.2 Evalueringens formål

Kompetenceudviklingskurset er det første af sin art i Region Hovedstaden. Derfor ønsker Region Hovedstaden at gennemføre en evaluering af konceptet med henblik på at lære af erfaringerne, således at Regionen fremover bliver bedre til at tilrettelægge kompetenceudviklingsforløb for patientundervisere.

Evalueringen viser:

- om deltagerne tilegner sig den ønskede viden om principper for sundhedspædagogik
- om deltagerne opnår kompetencer til at kunne formidle deres sundhedsfaglige viden og give patienterne redskaber
- om deltagerne motiverer patienterne til deltagelse og egenomsorg
- om der er potentiale for forbedring af kompetenceudviklingsforløbet.

1.3 Metoder

Vi har valgt at kombinere kvantitative og kvalitative metoder til evalueringen af kurset. Evalueringen er derfor baseret på dels spørgeskemaundersøgelser, dels individuelle interview, fokusgruppinterview samt observation. I rapporten vil disse metoder supplere hinanden, og vi vil derfor i vidt omfang præsentere resultaterne herfra parallelt. I det følgende vil de anvendte metoder blive beskrevet kort⁴.

Spørgeskemaundersøgelser

Formålet med den kvantitative del af evalueringen er at dokumentere, i hvilken grad deltagerne tilegner sig de planlagte læringsmål, og hvor tilfredse deltagerne er med kurset.

De kvantitative resultater præsenterer de væsentligste fund fra flere spørgeskemaundersøgelser, der er foretaget blandt deltagerne på alle hold på følgende tidspunkter:

- Før-måling: Data indsamlet inden kursusstart. Spørgeskemaet afdækker baseline, det vil sige deltagerens læringsmæssige niveau før kurset.

1 Sygdomsspecifik patientuddannelse indgår som en del af Region Hovedstadens forløbsprogram for patienter med KOL, type 2-diabetes, hjerte-karsygdomme eller lænde-ryglidelser. Sygdomsspecifik patientuddannelse skal ses som én blandt mange indsats, der er målrettet patienter med kronisk sygdom. Uddannelsen kan bidrage til, at patienterne får redskaber til at håndtere livet med en eller flere kroniske sygdomme. Uddannelsen kan samtidig hjælpe patienten med at skelne mellem de grundvilkår, den kroniske sygdom skaber, og de muligheder patienten har for at ændre sit liv. Underviserne på patientuddannelsen klædes på til at styrke patienterne i deres indsats (2).

2 Se forklaringer af begreberne i Bilag 1.

3 Undervisning af patienter med hjerte-karsygdom er startet, efter indsamling af data til denne evaluering er afsluttet, hvorfor evalueringen kun omhandler KOL og type 2-diabetes.

4 Mere uddybende beskrivelser af metoder kan ses i Bilag 1.

- Efter-måling: Data indsamlet efter kursusafslutning. Spørgeskemaet afdækker deltageres læringsniveau kort efter sidste kursusdag.
- Job-måling: Afsluttende måling, som afdækker, hvorvidt læringen er fastholdt 4-6 måneder efter kursets afslutning, om kurset har sat spor i deltageres adfærd, samt om der er faktorer, der har hæmmet brugen af det lærte i jobbet.
- Tilfredshedsundersøgelse: Data om deltageres tilfredshed med kurset indsamlet umiddelbart efter kursets afslutning.

I resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne ser vi på deltageres læringsmæssige niveau før kurset, deltageres læring på kurset, samt hvorvidt læringen er blevet indlejret og overført fra kursusforløb til job. Rapporten indeholder besvarelser fra de deltagere, der har gennemført forløbet, og som har besvaret mindst ét spørgeskema.

Udarbejdelse af spørgsmål er foretaget af DSI/Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner⁵ i tæt samarbejde med Region Hovedstaden.

Spørgeskemadelen af evalueringen er baseret på Pepleways koncept til evaluering af læringsaktiviteter, hvor der fokuseres på kategorierne holdninger, viden, adfærd og selvevaluering. Pepleway har stået for den praktiske gennemførelse af undersøgelsen og har leveret det samlede datasæt.

Svarprocenterne på evalueringsspørgeskemaerne ligger generelt godt, dog med en lavere svarprocent ved job-målingen i forhold til før- og efter-målingen.

Tabel 1: Svarprocenter. I parentes ses antallet af deltagere, der har besvaret det pågældende spørgeskema.

Spørgeskema	Svarprocent (N)*	
Før-måling	93,5 %	(115)
Tilfredshedsmåling	79,7 %	(98)
Efter-måling	79,1 %	(91)
Job-måling	59,3 %	(54)

* Før-målingen og tilfredshedsmålingen blev sendt ud til alle 123 deltagere, hvoraf henholdsvis 115 og 98 besvarede. Svarprocenterne på efter-målingen er baseret på, hvor mange der har besvaret før-målingen, da deltagerne kun får tilsendt de efterfølgende skemaer, hvis de har besvaret før-målingen. Svarprocenten på job-målingen er baseret på, hvor mange der har besvaret efter-målingen.

Trods de tilfredsstillende svarprocenter er vilkåret ved det relativt lille datasæt med få deltagere, at der er nogle begrænsninger i forhold til at kunne lave analyser med stor statistisk styrke.

Interview og observation

Formålet med den kvalitative del af evalueringen er at undersøge, i hvilken grad deltagerne på kompetenceudviklingskurset underviser i overensstemmelse med de målsætninger, der ligger i kompetenceudviklingskurset. Evalueringen har samtidig til formål at identificere, hvilke faktorer der er afgørende for, at deltagerne i praksis kan gennemføre patientundervisning i overensstemmelse med principperne på kurset, samt hvilke faktorer der kan have negativ og hæmmende indflydelse i forhold til, at patientunderviserne i praksis kan gennemføre patientundervisning ud fra disse principper. Desuden afdækker den kvalitative evaluering kursusdeltageres overvejelser i forbindelse med deltagelse på kompetenceudviklingskurset.

Den kvalitative del af evalueringen er baseret på individuelle interview, fokusgruppeinterview samt observationsstudier. Der er foretaget observationer af otte undervisningsgange på patientuddannelser og efterfølgende lavet enkeltinterview med de otte patientundervisere. Udover otte individuelle interview er der foretaget tre fokusgruppeinterview med i alt otte patientundervisere. Informanter til interview og observation er udvalgt, så der er en spredning på patientundervisernes sundhedsfaglige baggrund, type af undervisning (henholdsvis teoretisk, fysisk eller praktisk undervisning), samt hvilket kursushold de repræsenterer. ■

5 Dansk Sundhedsinstitut (DSI) er lagt sammen med AKF og KREVI pr 1. juli 2012 og hedder nu Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner.

2 Deltagerne på kompetenceudviklingskurset

Deltagerne på kompetenceudviklingskurset har hovedsageligt en baggrund som sygeplejersker, fysioterapeuter og kliniske diætister. Derudover er også ergoterapeuter, sundhedskonsulenter m.fl. repræsenteret. Fordelingen af deltagere på stillingsniveau ses i Tabel 2.

Tabel 2: Deltagernes stilling. I parentes ses antallet af deltagere med den pågældende stilling.

Stilling	Procent (N)*	
Sygeplejerske	44 %	(50)
Fysioterapeut	35 %	(40)
Klinisk diætist	7 %	(8)
Andet (herunder blandt andre ergoterapeuter og sundhedskonsulenter)	15 %	(17)

* Opgørelsen er baseret på, hvem der har besvaret før-målingen.

Deltagerne er ansat i kommuner (74 %), hospitaler (25 %) og almen praksis (1 %). Der er en nogenlunde ligelig fordeling mellem deltagere, der arbejder med KOL-patienter (48 %), og deltagere der arbejder med diabetes-patienter (52 %).

2.1 Erfaring med patientundervisning

Der er stor forskel på, hvor meget erfaring deltagerne har med undervisning af patienter, hvilket ses af Tabel 3 nedenfor. Ved starten af kurset (før-målingen) har cirka halvdelen af deltagerne kun lille erfaring med at gennemføre undervisningsforløb på en gruppebaseret patientuddannelse. Derimod har hele 77 % af deltagerne meget erfaring med individuelle patientrådgivningssamtaler. Erfaringsniveauet med individuelle patientrådgivningssamtaler er nogenlunde det samme i jobmålingen. Derimod er der en større procentandel af deltagerne, der siden afslutningen af kurset har fået meget erfaring med gruppebaseret patientuddannelse.

Tabel 3: Deltagernes erfaring med patientundervisning opgjort i før- og jobmåling. I parentes ses antallet af deltagere med den pågældende erfaring.

Erfaringsniveau	Før-måling: Gruppebaseret patientuddannelse (N)		Før-måling: Individuelle patientrådgivningssamtaler (N)		Job-måling: Gruppebaseret patientuddannelse (N)		Job-måling: Individuelle patientrådgivningssamtaler (N)	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
Lille erfaring (0-5 gange)	47 %	(54)	18 %	(21)	37 %	(20)	19 %	(10)
Middel erfaring (6-15 gange)	18 %	(21)	5 %	(6)	22 %	(12)	6 %	(3)
Meget erfaring (over 15 gange)	35 %	(40)	77 %	(88)	41 %	(22)	76 %	(41)

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

Både ved starten af kompetenceudviklingskurset og ved jobmålingen angiver 95 % af deltagerne, at de forventer, at gruppebaseret patientundervisning vil indgå i deres fremtidige opgaver.

2.2 Deltagernes sundhedspædagogiske udfordringer

Kurset i sundhedspædagogik har til formål at opkvalificere patientunderviserens sundhedspædagogiske kompetencer. Deltagerne er derfor i begyndelsen af interviewene blevet spurgt til, hvilke sundhedspædagogiske udfordringer de i hverdagen oplever i undervisningen af patienter.

Mangel på konkrete pædagogiske redskaber

En sundhedspædagogisk udfordring, som flere deltagere fortæller om, er manglen på konkrete pædagogiske redskaber. Med en ambition om at skabe inddragelse af patienterne oplever patientunderviserne at mangle redskaber til at gøre patienterne aktive og deltagende i undervisningen.

I denne forbindelse efterspørger deltagerne redskaber til at identificere, hvad patienterne finder relevant, og således give patienterne den undervisning der bedst muligt motiverer dem til at deltage i undervisningen og involvere sig i egen sundhed.

Bred gruppe – differentieret undervisning

At gruppen af patienter motiveres af forskellige ting, kræver differentieret undervisning. Flere patienter har tidligere været på diagnosespecifikke kurser og har tilegnet sig stor viden om sygdommen, mens andre er nydiagnosticerede og efterspørger konkret viden. Andre faktorer som forskel i erfaringsniveau eller grad af smerter, invaliditet og aktivitet betyder ligeledes, at undervisningen skal tilrettelægges med øje for alle deltagernes forskelligheder.

Flere patientundervisere fortæller, at det er vanskeligt at fange hver enkelt patient, hvor de er i deres hverdag og sygdomsforløb og skabe interesse for alle i den gruppebaserede undervisning.

At skabe motivation

Næsten alle interviewede nævner motivationsarbejdet med patienterne som den største udfordring i deres arbejde med patientundervisning. At skabe motivation beskrives både som en udfordring undervejs i undervisningen af patienterne og i relation til en længerevarende motivation og fastholdelse af sunde vaner.

Samtidig består udfordringen i motivationsarbejdet i, at gruppen af patienter ofte er bred, og derfor motiveres af forskellige ting. Nogle motiveres af viden om effekter ved sund kost og motion, mens andre motiveres ved erfaringsudveksling med andre deltagere og brugen af hinanden som rollemodeller. Patientundviserne ser det derfor som en udfordring at skabe motivation hos alle deltagere i samme undervisning.

Deltagerne fremhæver således en række udfordringer, som også kan ses som en vigtig parameter for deltagernes oplevelse af kursets succes, selvom adressering af disse udfordringer ikke nødvendigvis står eksplicit i kursets målsætninger, jf. afsnit 1.1. Vi vil derfor vende tilbage til disse nævnte sundhedspædagogiske udfordringer i kapitel 5-7, hvor vi vil se på, om det lykkedes kompetenceudviklingskurset at adressere nogle af udfordringerne. ■

3 Deltagernes oplevelser af kompetenceudviklingskurset

Deltagerne på kurset er både i spørgeskemaerne og interviewene blevet spurgt til deres tilfredshed med og oplevelse af kompetenceudviklingskurset. Gennemgående er patientunderviserne tilfredse med kurset både med hensyn til kursets længde, underviserens kompetencer og kursets indhold. Kurset kan være med til at klargøre, hvad der forventes af patientunderviserne, og hvad der opfattes som god sundhedspædagogik.

En deltager på kurset forklarer: *”Det var rart at høre, hvad der forventes af en, når man har et sundhedspædagogisk ansvar. Det var ikke, fordi jeg oplevede den store frustration inden. Men jeg kunne se, at der var ting, jeg kunne gøre bedre. Men man ved jo heller ikke, hvad man ikke ved”. (Interview med patientunderviser)*

3.1 Tilfredshed med kurset

I spørgeskemaet er deltagerne blevet bedt om at vurdere deres tilfredshed med kurset som helhed på en skala fra 1 til 5, hvor 1 betyder ”slet ikke tilfreds” og 5 betyder ”meget tilfreds”. Størstedelen af deltagerne vælger 4. Den gennemsnitlige tilfredshed blandt deltagerne er 3,8, hvilket er tilfredsstillende. Vi ser en lille tendens til, at deltagere, som er ansat på sygehuse, generelt vurderer deres samlede udbytte af kurset lidt lavere end deltagere, som er ansat i en kommune, men fundet er ikke statistisk signifikant.

Ser vi på, hvordan deltagerne vurderer deres samlede udbytte af hele undervisningsforløbet, finder vi her et gennemsnit på 3,7. Også her er der flest deltagere, der har valgt 4.

Tilfredsheden med og udbyttet af kurset ser i spørgeskemaundersøgelsen ikke ud til at hænge sammen med profession.

Gennemgående er der en høj tilfredshed med kurset uanset deltagerne erfaring med at undervise patienter. Af spørgeskemaerne finder vi dog, at der er statistisk stærk sammenhæng mellem stor erfaring med at have gennemført individuelle patientrådgivningssamtaler og høj grad af både tilfredshed med kurset og udbytte af kurset. Dem, der har meget erfaring med gruppeundervisning, er lidt mindre tilfredse og vurderer deres udbytte af kurset lavere. I interviewene var der en tendens til, at dem, der havde arbejdet meget med gruppebaseret undervisning, syntes, at kurset er en smule gentagelse af eksisterende viden, og det kan måske være forklaringen på den lidt lavere tilfredshed. Imidlertid syntes de patientundervisere, der havde lille erfaring med gruppebaseret undervisning, at kurset var en smule for teoretisk, men de var begejstrede for at få nogle retningslinjer at arbejde ud fra.

3.2 Relevant indhold

Det fremgår både af tilfredshedsmålingerne og interviewene, at kursets indhold er relevant i forhold til deltagernes oplevede udfordringer med patientundervisning. Det faglige indhold vurderes som højt og sætter fokus på væsentlige pro-

blemstillinger i arbejdet med målgruppen. 81 % af deltagerne angiver således, at indholdet på kurset er relevant i forhold til deres daglige arbejde⁶, og deltagerne vurderer niveauet af relevansen til et gennemsnit på 4,1 på en skala fra 1 til 5.

Tilfredsheden med det faglige indhold på kurset er tilfredsstillende med et gennemsnit på 3,7.

Det fremgår af interviewene, at specielt perspektivet om inddragelse af hverdagslivet i undervisningen har været tankevækkende og interessant:



At få fokus på hverdagslivet, synes jeg, var det største budskab. At de [patienterne] skal kunne relatere det til deres liv. Man skal dykke ned og få nogen erfaringer frem: Hvis du nu skal hjem, hvad skal du så gøre? I stedet for, at det bare bliver sådan en generalisering og ’man skal’ og ’det anbefales’.

(Interview med patientunderviser)

Udover hverdagslivsperspektivet nævner patientunderviserne øvelsen om planlægning af en undervisningssession og diskussionen omkring håndtering af meget dominerede og talende borgere som gode, fordi øvelserne er konkrete og direkte anvendelige i egen undervisning.

Størstedelen af de interviewede patientundervisere peger på, at indholdet og øvelserne på kurset hovedsageligt retter sig mod den gruppebaserede undervisning. Eftersom det også er i gruppesammenhæng, at de største problematikker udspiller sig, er det passende, at de fleste øvelser har dette som fokus.

De deltagere på kurset, der har en uddannelsesmæssig baggrund med et pædagogisk fokus (fx diplomuddannelser og kandidatgrader i ernæring eller pædagogik), fortæller, at elementer i undervisningen var relevante, men at de oplevede mange gentagelser fra tidligere uddannelse og kurser. Det er derfor ikke nyt for dem at tale om handlekompetence og inddragelse af patienterne, men det er et relevant fokus for patientuddannelse.

3.3 Kompetente undervisere

Underviserne på kurset bliver rost for deres faglige viden. Det giver en god dynamik i undervisningen, at underviserne kan supplere hinanden i deres oplæg, og det skaber nogle gode brud i fremlæggelserne. Underviserens kendskab til målgruppen og den sygdomsspecifikke viden bliver samtidig fremhævet som essentielt i formidlingen af den rette viden, og det virker troværdigt, at de kender til specifikke problematikker for patientgruppen.

⁶ Spørgsmålet besvares på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder ”slet ikke relevant” og 5 betyder ”meget relevant”. Her er 4 og 5 slået sammen til ”relevant”.

Det er også en fordel, at undervisningskompetencerne for de to undervisere både baserer sig på teoretisk og praktisk viden og erfaring. Specielt erfaringer fra praksis og anvendelsen af denne i den teoretiske fremlæggelse værdsættes af flere af deltagerne:



Det var godt, at den ene var underviser selv, så hun har fingeren på pulsen og kunne gøre undervisningen praksisnær. Den anden underviser var rigtig god til det med kommunikation. (Interview med patientunderviser)

Resultaterne fra spørgeskemaet understøtter den store tilfredshed med undervisernes faglige kompetencer. Her finder vi en meget høj gennemsnitlig tilfredshed på 4,3 på en skala fra 1 til 5.

Af interviewene fremgår det, at specielt deltagere med blot et par års erfaring med patientundervisning fandt den praksisnære undervisning relevant, mens de mere erfarne patientundervisere tillagde den teoretiske del af undervisning stor betydning. Alle deltagerne efterspørger dog praksisnær undervisning. Balancen mellem praksisnær og teoretisk undervisning har været et vigtigt tema og vil blive uddybet i afsnit 6.2 og 6.3.

3.4 Udbytterigt samspil med de øvrige deltagere

Samspillet med de øvrige deltagere på holdet opleves som frugtbart. En deltager fortæller, hvordan erfaringsudvekslingen

med andre deltagere fra egen faggruppe gav det største udbytte fra kurset. Både under øvelserne to og to og de større gruppeøvelser kunne deltagerne udveksle idéer og konkrete forslag til tilrettelæggelsen af undervisningen og håndtering af svære problematikker.

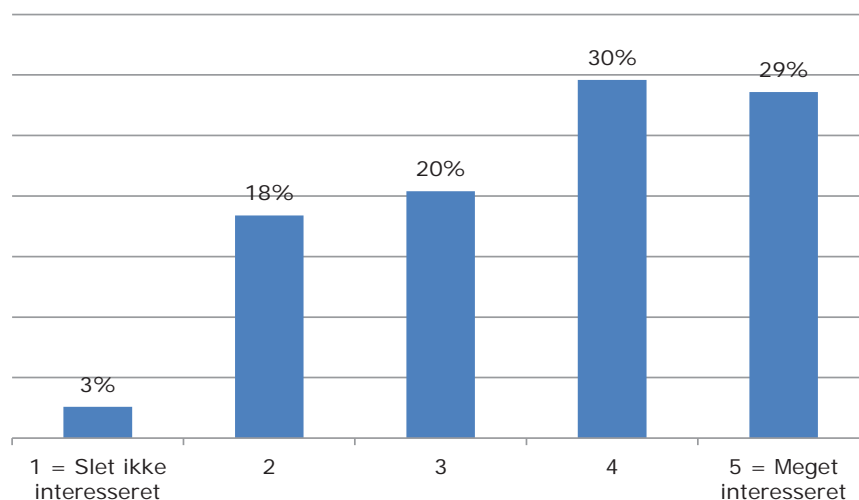
Patientunderviserne er dog underlagt meget forskellige rammer for undervisning i forhold til tid, frihed til tilrettelæggelse af undervisning og målgruppe, og det er derfor mest vigtigt at diskutere med patientundervisere, der fagmæssigt og sektormæssigt befinder sig i en lignende situation. Det er derfor også vigtigt, påpeger en ergoterapeut, at der er deltagere med samme faglige baggrund på kurset. Dette bør muligvis tænkes ind i øvelserne og inddelingen af deltagerne på de forskellige hold.

Deltagerne på kurset har forskelligt erfaringsniveau i forhold til patientundervisning. De erfarne patientundervisere giver udtryk for, at de ikke oplever at få så meget ud af samspillet med de uerfarne, der til gengæld udtrykker, at de høster stor viden fra de erfarne. Det bør derfor optimalt overvejes, hvordan holdene sammensættes for at kunne tilbyde noget til begge grupper af patientundervisere.

3.5 Stor interesse i netværksdannelse

Deltagerne er i spørgeskemaet blevet spurgt til, i hvor høj grad de er interesserede i at danne et fagligt netværk på baggrund af kursusdeltagelsen. Tilbage meldingen på dette er meget positiv fra omkring 60 % deltagere, hvilket ses af nedenstående Figur 1.

Figur 1: Deltagernes interesse i at danne fagligt netværk fordelt på en skala fra 1-5 med angivelse af procentandele af deltagerne.*



*Procentandelene er beregnet ud fra de 98 deltagere, der har besvaret tilfredsmålingen.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

Deltagernes interesse for netværksdannelse er uafhængigt af stillingsbetegnelse og arbejdssted. Vi finder heller ingen klar sammenhæng med deltagernes erfaring med at undervise og interessen for at danne faglige netværk, hvilket nuancerer pointen i afsnit 3.4 om, at de meget erfarne oplever at få lille udbytte af spillet med de mindre erfarne undervisere.

3.6 Målgruppen for kurset

De interviewede deltagere er blevet spurgt, hvem de mener kurset henvender sig bedst til. Alle giver udtryk for selv at have fået noget ud af kurset, hvad enten de har mange eller få års erfaring med patientundervisning. Imidlertid påpeger flere, at kurset bedst rammer forholdsvis nye undervisere, der dog skal have en smule undervisningserfaring for at kunne relatere sig til de diskuterede problematikker. *“Er man helt ny, har man ikke overskud til at reflektere. Man skal have nogle hylder at sætte det ind på, så man har noget at reflektere over. Ellers bliver det for abstrakt”,* forklarer en deltager.

En deltager med meget erfaring skriver i spørgeskemaet, at de fleste af deltagerne har en god faglig ballast i forhold til temaet, og derfor efterspørger hun et fagligt højere niveau. En anden deltager bekræfter denne pointe og skriver, at *“kurset præsenterede et sundhedspædagogisk bredt værktøj på opstarts niveau. Det er fint for dem, der skal til at starte, men for mig ville det have givet langt mere, hvis det var hævet et par trin opad”.*

At have lang undervisningserfaring kan betyde, at for mange elementer i kurset er gentagende. Ydermere kan oplevelsen af at kende til stoffet bremse interessen, så de erfarne deltagere mister opmærksomheden og ikke får alle pointer med. Til gengæld er deltagere med lang undervisningserfaring givtige at have med, så de mindre erfarne kan lære af dem. Derfor kunne det være en mulighed at overveje at inddrage de erfarne patientundervisere mere direkte i selve undervisningen, da det også kan være en del af læreprocessen at lære fra sig.

Mens de erfarne patientundervisere eller patientundervisere med tillægsuddannelser sætter stor pris på den teoretiske del af undervisningen, oplever de mindre erfarne patientundervisere, at konkrete, praksisnære eksempler hjælper dem mest i forhold til håndtering af problematikker i undervisningen af patienter. En deltager med flere års undervisningserfaring foreslår, at man differentierer kurset i sundhedspædagogik efter erfaringsniveau. ■

4 Øvelser og anvendelsen deraf

Dette kapitel beskriver patientunderviserens oplevelse af flere af kursets øvelser. For nogle af øvelserne er der uenighed blandt de interviewede om øvelsernes anvendelse. Specielt rollespillene er de interviewede uenige om udbyttet af – de opleves som både givende og kunstige. Hjemmeøvelsen er afviklet med større og mindre succes, hovedsagelig på grund af uhenigtsmæssig planlægning over juleferien.

4.1 Rollespil – lærerige eller fortænkte?

Kurset har indlagt flere rollespil, hvor deltagerne i grupper skal agere forskellige vanskelige situationer fra deres egen undervisning. En deltager agerer underviser, et par stykker er patienter, mens en fjerde er observator, som efterfølgende skal kommentere scenariet.

Reaktionerne på rollespillene er blandede. En patientunderviser fortæller, at *“det var skægt at sætte sig selv i rollen som den stædige patient. Det var skægt at sidde og tænke: Giver det fornuft, det hun siger? Det var godt at prøve på egen krop”*. En anden beskriver, at hun *“ikke er så vild med rollespil normalt, men det var nogle spændende øvelser, som ikke blev påtagede”*, mens en tredje positiv kommentar var, at *“det var sjovt og skabte en god stemning”*.

En af de positivt stemte over for rollespillene fortæller, hvordan hun efter kurset stod i en situation i sin egen undervisning parallelt til situationen fra rollespillet. Ud fra diskussionerne i gruppen besluttede hun sig for at agere på problematikken til næste undervisningsgang. Rollespillene kan på den vis være en god måde at få afprøvet og diskuteret med andre kompetente patientundervisere, hvordan man bedst tackler vanskelige situationer.

Andre interviewede er mindre begejstrede for rollespillene: *“Jeg er ikke så meget til skuespil og gruppeøvelser. Det kan godt blive lidt langhåret”*, fortæller en patientunderviser. *“Vi lavede nogle øvelser, rollespil, som vi syntes, lå for langt væk fra virkeligheden – det blev for fortænkt, og det endte med, at vi ikke gjorde det”*, beskriver en anden patientunderviser.

Et par patientundervisere peger desuden på, at scenarierne for rollespillene ikke afspejlede de væsentligste problemstillinger, de møder i deres undervisning i hverdagen. En interviewet mener ikke, at det er de meget talende patienter, der skaber problemer i undervisningen, men hun oplever nærmere at have vanskeligt ved at inddrage de helt stille og inaktive patienter. En anden informant fortæller, hvordan hun kun en enkelt gang har oplevet at have pårørende med til en individuel vejledning, og at det derfor ikke er relevant at øve situationer med håndtering af dominerende pårørende.

Gennemgående er de fleste enige om, at rollespillene var svære at udføre, og at der manglede supervision fra underviserne på kurset på øvelserne. Øvelserne lå allerede på kursusforløbet første dag, og for nogle patientundervisere var det nye begreber og tilgange, de skulle forholde sig til og prøve af i praksis. Uden tid til refleksion og forståelse af begreberne var

det vanskeligt at afprøve det teoretiske grundlag for undervisningen. Desuden fortæller flere, at det var lidt utydeligt, hvad meningen med rollespillet var, og hvordan de forskellige roller, eksempelvis som observator, skulle varetages:



Rollespillene var lidt som at sætte de blinde til at lede de blinde. Man fik smidt nogle begreber i hovedet: Self-efficacy og bla-bla-bla og så: Prøv det lige af. Hvis der så havde været en underviser, der kunne sige: Nu gør I sådan... Jeg ville hellere have gjort det i plenum, så der var en, der kunne sige: Hvad er det lige for nogle principper, vi får anvendt her? Så man kunne få spejlet sin praksis med den teori, man havde lært. Man prøvede, men det var nyt for os alle sammen. Så det var svært at vide: Har jeg nu forstået det rigtigt? Det var måske også mere grænseoverskridende, hvis man skulle gøre det over for hele gruppen, men så skulle man måske overveje, om rollespil er den rigtige metode.

(Interview med patientunderviser)

Endnu en problematik omkring rollespillene er, at flere oplever det som grænseoverskridende at skulle agere i en undervisningssituation over for andre patientundervisere. Det var derfor ofte de erfarne undervisere, der påtog sig rollen som underviser, mens de mindre erfarne trak sig tilbage og var observatører. Flere informanter peger på, at det omvendt ville være mere optimalt, da det i langt højere grad er de uerfarne, der har brug for at afprøve situationerne, mens det er de erfarne, der har mod og erfaring nok til at give reel feedback og supervision på øvelsen.

En af patientunderviserne foreslår, at hvis man skulle optimere rollespillene, kunne man afdramatisere disse ved at lade deltagerne undervise i noget andet end deres fagspecifikke speciale. Det foreslås eksempelvis, at patientundervisere i KOL kunne undervise i type 2-diabetes og vice versa, så deltagerne ikke føler sig udsat på den del af deres faglighed. Endnu en fordel herved kunne være, at de øvrige deltagere i øvelsen ikke tager den præsenterede viden for givet og derved nemmere kunne stoppe op og overveje, om formidlingen skete på det rette faglige niveau. Det påpeges også af deltagerne, at rollerne i rollespillet skal være fordelt på forhånd, da der ellers går meget tid med at finde ud af, hvem der skal hvad.

Det foreslås ligeledes, at rollespilsøvelserne ligger senere i kursusforløbet, og at det overvejes hvordan der bedst muligt kan foretages supervision; enten ved at underviserne fordele sig ud på grupperne, eller at de erfarne patientundervisere forestår supervisionen i grupperne.

4.2 Hjemmeøvelse

Hjemmeøvelsen⁷ beskrives af flere som en god øvelse. Alle har dog ikke haft mulighed for at afprøve de planlagte ændringer mellem 2. og 3. undervisningsgang på kompetencekurset, fordi pausen faldt over julen eller i januar, hvor der enten var ferie eller ikke startet undervisning endnu.

Forberedelsen til hjemmeøvelsen gav mulighed for at reflektere over og konkretisere, hvad der kan foretages af ændringer i deres egen undervisning inspireret fra kurset. Enkelte fortæller således, hvordan det var en god øvelse i at forsøge at tænke over, hvordan principperne fra kurset kunne overføres til praksis.

De, der havde mulighed for at afprøve nye redskaber, havde givet sig selv udfordringer som eksempelvis i større udstrækning at være opmærksom på deres egen rolle som underviser eller anvende billedkort i undervisningen.

Flere beskriver dog, at der var for lidt tid, og at der blev givet for få instrukser til, hvordan øvelsen skulle evalueres, og hvordan der skulle gives supervision til sidste undervisningsgang:

"Det var en god øvelse at skulle tænke over, hvad der skulle laves til hjemmeøvelsen, men det var ærgerligt, at opsamlingen var så kort. Der kunne man have lært rigtig meget, hvis man havde talt om, hvordan man havde arbejdet med det, og hvordan det havde virket".

Som ovenstående patientunderviser fortæller, er det vigtigt, at der er tilstrækkelig tid til at diskutere erfaringer fra øvelsen samt evaluere og komme med forslag til yderligere forbedringer. Det gik hurtigt med at fortælle om de enkeltes erfaringer, og muligheden for konkret erfaringsudveksling blev derfor ikke udnyttet til fulde.

I forhold til øvelsens ambition om at få deltagerne til at give supervision til hinanden forklarer en i interviewet, at det var nemmere at give feedback til de andre deltagere på hjemmeøvelsen end til rollespillene, fordi øvelserne var direkte fra hverdagen og dermed mere konkrete. Samtidig foregik supervisionen på tredjedagen, mens rollespillene blev foretaget første kursusdag, og deltagerne både kendte hinanden, redskaberne og teorierne bedre til hjemmeøvelsen.

Den lidt blandede oplevelse af hjemmeøvelsen viser sig i spørgeskemaundersøgelsen ved, at deltagerne har vurderet deres samlede udbytte af øvelsen til en gennemsnitsværdi på 2,8 på en skala fra 1 til 5, hvor 5 betyder meget godt. 38 % af de deltagere, der har besvaret spørgeskemaet, vurderer deres udbytte af hjemmeøvelsen som dårligt eller meget dårligt. Dette har en stærk statistisk sammenhæng med, at disse deltagere også kun har arbejdet i ringe eller lille grad med hjemmeøvelsen. I alt angiver kun 23 % af deltagerne at have arbejdet med opgaven i høj grad, og de vurderer også deres

udbytte af opgaven som meget højt⁸. Her er der derfor potentiale til forbedring og mere optimal planlægning, så der kan blive et større udbytte for flere af deltagerne.

4.3 Forbilledlig undervisning?

Tilrettelæggelsen af undervisning på kurset i sundhedspædagogik er sket ud fra en ambition om eksemplarisk læring. Deltagerne på kurset sætter pris på underviserens metakommunikation undervejs, der gør det muligt at lægge mærke til, hvordan der undervises og hvorfor. Når der løbende knyttes metakommentarer til undervisningen, skaber det baggrund for at reflektere over, hvilke pædagogiske undervisningsmetoder der fungerer i hvilke situationer.

En deltager fortæller, hvordan en øvelse, hvor underviserne anvendte meget teoretiske begreber om forskellige vidensformer (techne, episteme, phronesis), skabte en indsigtfuld erfaring i, hvordan det føles at blive talt til i et sprog, man ikke forstår. Oplevelsen af, at ordene går over hovedet på én, satte tanker i gang om egen anvendelse af medicinsk sprog, og *"nu mærkede jeg, hvordan det var i patientens sted"*, forklarer deltageren.

Der var dog også elementer af undervisningen, der ikke havde til formål at illustrere uhensigtsmæssig undervisning, men som alligevel ikke afspejlede, hvad deltagerne opfatter som god undervisning. *"De var ikke så gode til at bruge de pædagogiske principper over for os. Der var for få pauser og for meget teori, og der kunne godt tages flere øvelser og redskaber i brug"*. Flere deltagere nævner, at underviserne på kurset brugte for mange PowerPoint oplæg, hvilket blev ensformigt og skabte mindre interesse for undervisningen. Ind imellem gik undervisningen ligeledes for hurtigt, og mange slides i PowerPoint-præsentationerne blev sprunget over.

Deltagernes tilbagemeldinger peger på, at underviserne på kompetenceudviklingskurset i højere grad skal vise med egen undervisning, hvordan man kan gøre på patientuddannelserne, fx ved at vise mere konkret, hvordan man kan styrke patienternes handlekompetence og self-efficacy mv.

Det fremhæves af alle deltagere på kurset, at øvelserne med at gå sammen to og to var gode. Det skabte brud i undervisningen og gav mulighed for at reflektere sammen. Flere giver udtryk for at ville anvende dette som redskab til at inddrage patienterne i deres egen undervisning, mens andre deltagere fortæller, at de i forvejen sætter patienterne til at tale to og to, men i yderligere grad vil gøre det efter at have været på kurset og oplevet, at det fungerer godt.

4.4 Konkret planlægning

En øvelse, der beskrives som givtig af flere undervisere af KOL-patienter, var øvelsen omkring planlægning af en be-

7 I hjemmeøvelsen bliver deltagerne bedt om at arbejde med en pædagogisk udfordring i praksis hjemme i deres egen undervisning på baggrund af inspiration fra kursets principper for god patientuddannelse.

8 Deltagerne er blevet bedt om at vurdere, i hvor høj grad de har arbejdet med hjemmeopgaven, på en skala fra 1-5, hvor 5 er højest. Her er 4 og 5 lagt sammen til "I høj grad".

stemt undervisningsgang, hvor forskellige vidensformer, pædagogiske øvelser og didaktiske overvejelser skulle inddrages. Øvelsens konkrete sigte gjorde det muligt at anvende den udarbejdede handlingsplan direkte i egen undervisning efter kurset. *“Jeg kunne tage den plan og gå hjem med den”,* som det forklares.

Netop øvelsens konkretethed og direkte anvendelighed blev fremhævet som godt. Generelt fremhæves de helt praksisnære øvelser, der er direkte applikerbare på hverdagen:



Hver gang vi fik lov at afprøve nogle metoder eller sidde og tale sammen, og hver gang undervisningen blev koblet til noget teori og slides og byde ind, så vi blev gjort aktive, var godt. (Interview med patientunderviser)

Det store udbytte ved øvelsen med at overføre teori til praksis og konkret planlægning understreges også af en anden patientunderviser: *“Det var godt at få indblik i, hvordan andre kommuner og hospitaler organiserer og strukturerer undervisningen og formidlingen af KOL – især den sidste undervisningsdag, hvor vi gik i grupper og tilrettelagde en undervisningsseance”.*

4.5 Supervision

Et af tematikkerne på kurset handler om kollegial supervision. Derudover har ambitionen været, at deltagerne i kurset efterfølgende skulle tilbydes supervision fra underviserne på kurset i sundhedspædagogik.

Kollegial supervision

Øvelsen i kollegial supervision beskrives som noget, der kom lidt bag på deltagerne. Supervision er noget, der kræver specifikke egenskaber, og en informant fortæller, at de følte sig *“lidt kastet ud i det”.*

Samtidig har ikke alle deltagere kolleger at sparre med i hverdagen, hvorfor øvelsen for disse betragtes som mindre væsentlig. En patientunderviser fortæller yderligere, at hun og hendes kolleger sparrer med hinanden, men at den kollegiale supervision, som de tidligere udførte på arbejdspladsen, er skåret væk. Derfor er ambitionen om kollegial supervision god, men ikke nødvendigvis mulig at overføre til praksis.

Der er dog generelt positiv opbakning til undervisning i supervision. *“Det er skridtet videre”,* beskriver en deltager. Nu har alle på kurset lært de sundhedspædagogiske principper, og at kunne give supervision til hinanden betragtes overordnet som måden at implementere og udvikle principperne i egen undervisning. Vi kan imidlertid se af spørgeskemaerne, at patientunderviserne ikke umiddelbart ser ud til at have ændret adfærd fra før-målingen til job-målingen, når vi ser på spørgsmålet om, hvorvidt de oftere giver kritisk, men konstruktiv feedback til en medunderviser. Øvelserne har således ikke været tilstrækkeligt givtige til at ændre patientunderviserens adfærd. De fortæller, at de føler sig lidt kastet ud i øvelserne, og øvelserne er derfor forvirrende.

Supervision efter kursets afslutning

Mange af de interviewede er forvirrede omkring supervisionen efter kursets afslutning: Skal deltagerne fra kurset ud og supervisere hinanden? Får man hjælp til kollegial supervision? Eller kommer der en professionel supervisor ud og ser min undervisning? Noget tyder på, at formidlingen omkring supervisionen har været forvirrende for deltagerne og har manglet sammenhæng. Det kan blandt andet skyldes, at det endelige supervisionsstilbud først blev præsenteret, da næsten al undervisningen på holdene i denne evaluering var gennemført.

Samtidig har flere deltagere ikke kunnet finde plads til supervision efter kursets afslutning. Problematikken er blandt andet, at supervisionen ikke er tilrettelagt som en fast del af kurset. Deltagerne siger, at hvis supervisionen skal gennemføres, bør det både inkluderes planlægningsmæssigt og økonomisk som en del af kurset.

Det påpeges ydermere, at den ledelsesmæssige opbakning er vigtig. Der skal være ressourcer til supervisionen – både i form af tid og lokaler. Det kan være svært at gennemføre, hvis ikke ledelsen bakker op om eller ligefrem opfordrer til at få indført supervision.

Tid er en særlig udfordring. Det kan være svært at finde en dag til supervision. Flere deltagere har ikke set mailen med forslag til supervision, og endnu flere har ikke haft tid til at forholde sig til muligheden for supervision.

Et forslag lyder, at deltagerne på kompetencekurset kan komme ud at se hinandens undervisning for således at blive inspireret af og udveksle erfaringer med undervisningen. Et andet forslag går på muligheden for at mødes til en form for gruppesupervision, hvor cases tages op og diskuteres med en supervisor tilstede. ■

5 Ændringer i tilgang og praksis

Dette kapitel beskriver, hvordan og hvorvidt kompetenceudviklingskurset giver deltagerne kompetencer til at viderefordre deres sundhedsfaglige viden, skabe inddragelse af patienternes hverdagsliv ud fra kursets principper for god sundhedspædagogik samt skabe øget self-efficacy. Kapitlet indledes med en overordnet vurdering af deltagerens udbytte af kurset. Dernæst følger beskrivelser, som baserer sig på observationer fra deltagerne i kursets praksis og undervisning af patienter efter at have fulgt kurset i sundhedspædagogik og på efterfølgende interview med patientunderviserne. Med udgangspunkt i observationer fra undervisningen er patientunderviserne blevet spurgt til potentielle ændringer i praksis eller opfattelse af tilgang til at lave patientundervisning. Disse fund suppleres med resultater fra spørgeskemaundersøgelserne.

5.1 Effekt, læring og transformation

Det afgørende for kompetenceudviklingskurssets succes er, at deltagerne kan overføre det, de lærer på kurset, til deres job. I spørgeskemaet er dette afdækket ved en række videns-, selvevaluering- og holdningsspørgsmål, som afdækker deltagerens faktuelle viden, og om kurset rykker på deltagerens holdninger til og oplevelse af fx undervisningsopgaven. I dette og de følgende afsnit vil vi se nærmere på dette ud fra begreberne *læring og transformation*⁹.

Læring udtrykker, hvorvidt deltagerens vidensniveau, holdninger og vurdering af egne evner har flyttet sig fra før- til efter-målingen. Det kan fx vise, om kurset har succes med at give deltagerne ny viden. Vi har erfaring for, at et læringsniveau på omkring 60 % er udtryk for en tilfredsstillende læring¹⁰.

Vi bruger begrebet transformation til at beskrive de forandringer i deltagerens viden, selvevaluering og holdninger på kurset, som fastholdes i job-målingen 4-6 måneder efter sidste kursusdag. Man må typisk forvente, at en del af det, deltagerne har tilegnet sig på kurset, vil blive glemt, når deltageren har været tilbage på arbejdet i nogle måneder. Vi kan forvente, at jo mere deltageren har fastholdt af sin læring, jo bedre er det lykkedes deltageren at 'transformere' det lærte til sin jobsituation. Vi har erfaring for, at et transformationsniveau på omkring 80 % er udtryk for en tilfredsstillende transformation¹¹. Det svarer til, at 80 % af det tillærte fastholdes i job-målingen.

I Tabel 4 kan vi se den gennemsnitlige læring og transformation for alle de videns-, holdnings- og selvevalueringsspørgsmål, som deltagerne er blevet målt på. Vi finder et gennemsnitligt læringsniveau på 44 % og et transformationsniveau på 74 %. De overordnede tal er således ikke helt så høje

som ønskeligt. En mulig forklaring kan være, at mange af deltagerne har meget erfaring med patientundervisning og måske derfor er sværere at påvirke. Går vi bag om tallene, kan vi nemlig se, at de deltagere, der ved starten af kurset havde lille erfaring med gruppebaseret patientuddannelse (under 6 undervisningsgange), har en tendens til at have transformeret mere af det lærte fra kurset til deres job 4-6 måneder efter kursusafslutning set i forhold til deltagere med mere erfaring (over 6 gange).

Tabel 4: Samlet udvikling inden for viden, holdning og selvevaluering¹² opdelt på lærings- og transformationsniveau.

Måling (N = antal besvarelser inkluderet)	Gennemsnit*
Læring (54)	44 %
Transformation (54)	74 %

* Gennemsnit udtrykker, hvor stor en procentandel af spørgsmålene deltagerne i gennemsnit har svaret rigtigt på.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

Går vi bag om tallene, kan vi dog se, at der er en højere læring og transformation på deltagerens selvevaluering og vidensniveau end på deres holdninger. Det vil vi se nærmere på i de næste afsnit.

5.2 Vurdering af egne evner

Deltagerne er i både før-, efter og job-målingen blevet bedt om at vurdere eget niveau i forhold til en række faktorer, som kan være vigtige kompetencer i mødet med nogle af de sundhedspædagogiske udfordringer. Vi betegner disse vurderinger som selvevaluering. Selvevalueringerne handler blandt andet om, hvorvidt deltagerne oplever, at de har de nødvendige kompetencer til at gennemføre patientundervisning med høj grad af patientinddragelse, og om de har de nødvendige værktøjer til at lade patienternes hverdagsliv være udgangspunktet for deres relation til dem. I tabel 5 næste side ser vi resultaterne opdelt på, om deltagerne oplever en henholdsvis lav eller høj grad af kompetence inden for de enkelte spørgsmål, og hvordan disse udvikler sig fra før- til job-målingen¹³.

Vi kan se i tabellen, at der overordnet set er sket en positiv udvikling på alle disse selvevalueringsspørgsmål. Den positive udvikling fra før-målingen til job-målingen er signifikant på alle spørgsmål og kan ses som indikator for, at kurset har haft god succes med at øge deltagerens positive opfat-

9 For en mere grundig beskrivelse af beregning af transformation og læring, se Bilag 1.

10 Targets for ønsket udvikling er opstillet af Peopleway i følgende artikel: Lars Julin, Erik N. Hansen og Iben D. Jakobsen: Peopleway Learning Targets. 2011. Forfatterne baserer deres targets på omfattende erfaring med surveybaserede målinger af læring med i alt 8 millioner datapunkter.

11 Værdier/targets for ønsket udvikling er opstillet af Peopleway i følgende artikel: Lars Julin, Erik N. Hansen og Iben D. Jakobsen: Peopleway Learning Targets. 2011.

12 Spørgsmålene, der indgår i analyserne af det overordnede lærings- og transformationsniveau på både deltagerens viden, holdning og selvevaluering, er følgende: nr. 4-12 samt 17-20.

13 Spørgsmålene, der indgår i tabel 5, er nr. 17-20.

Tabel 5: Udvikling i deltageres vurdering af egne evner til at håndtere sundhedspædagogiske udfordringer. Opdelt i henholdsvis lav grad (1-3) og høj grad (4-5)*. Procentandel af deltagere er angivet med antal deltagere i parentes.**

Vurdering af egne evner	Før-måling		Job-måling	
	Lav grad (N)	Høj grad (N)	Lav grad (N)	Høj grad (N)
Kompetencer til at tage lederskabsrollen på sig i undervisningen	36 % (19)	64 % (34)	22 % (12)	78 % (42)
Har nødvendige kompetencer til at gennemføre patientundervisning med høj grad af patientinddragelse	57 % (30)	43 % (23)	32 % (17)	68 % (37)
Har nødvendige værktøjer til at lade patienternes hverdagsliv være udgangspunktet for relationen til dem	60 % (32)	40 % (21)	19 % (10)	81 % (44)
Kompetencer til at give kritisk og konstruktiv feedback til medundervisere	60 % (32)	40 % (21)	43 % (23)	57 % (31)

* I spørgeskemaet skal deltagerne afgive deres svar på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "I ringe grad" og 5 betyder "I høj grad". I tabellen er 1-3 slået sammen til "Lav grad", og 4-5 er slået sammen til "Høj grad"

**Antallet af besvarelser (N) er baseret på de 54 deltagere, der har besvaret både før-målingen og job-målingen.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

telse af egne evner i patientundervisning. Fx er der sket en stigning på 25 procentpoint i andelen af patientundervisere, som i høj grad føler sig i stand til at gennemføre undervisning med patientinddragelse. Der er sket omkring en fordobling af patientindervisere, som oplever, at de i høj grad har de nødvendige værktøjer til at lade patienternes hverdagsliv være udgangspunktet for relationen i undervisningen.

Når vi analyserer udviklingen i disse selvevalueringsspørgsmål samlet, fremgår det af tabel 6, at der er et godt lærings- og transformationsniveau på henholdsvis 60 % og 77 %.

Tabel 6: Samlet udvikling inden for selvevaluering¹⁴ opdelt på lærings- og transformationsniveau.

Måling (N = antal besvarelser inkluderet)	Gennemsnit*
Læring (54)	60 %
Transformation (54)	77 %

* Gennemsnit udtrykker, hvor stor en procentandel af spørgsmålene deltagerne i gennemsnit har svaret rigtigt på.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

5.3 Bekræftelse og kvalificering: At få sat teori på praksis

Overvejende fortæller deltagerne, at kurset har skabt refleksion over egen praksis og bekræftelse af eksisterende måder at lave patientundervisning på.

Størstedelen af de interviewede beskriver, hvordan kompetenceudviklingskurset har været medvirkende til at skærpe opmærksomheden mod egen praksis. Ikke alle har kolleger at sparre med i hverdagen, og nogle patientundervisere føler sig kastet

ud i undervisningen uden større introduktion til, hvad kravene til patientuddannelse er, og uden nogen at udvikle og kvalificere undervisningen med. Kurset kan derfor være med til at bekræfte og klargøre principperne for god patientundervisning.

Dog fortæller de fleste patientundervisere, at de i forvejen gennemfører undervisning, som det anbefales på kurset, men at det er en tryghed at få bekræftet sin undervisningspraksis:



Det har ikke sat nogle nye tanker i gang om det at lave patientundervisning, for jeg havde gjort mig mange tanker i forvejen selv. Men det er godt at blive bekræftet i, at man gør det rigtige. Det styrker ens faglighed, og det er også vigtigt at få med sig.

(Interview med patientunderviser)

Ambitionerne om at skabe handlekompetence, deltagelse og øge patienternes tro på egne evner til at håndtere sygdom, symptomer og hverdagen med sygdom arbejder patientunderviserne i overvejende grad i forvejen ud fra. Deltagerne forklarer således, at undervisningen på kurset er medvirkende til at sætte nogle begreber på de idéer, de i forvejen har. At få sat teoretiske begreber i praksis opfattes som en styrkelse af deres faglighed og dermed også oplevelsen af sikkerhed i forhold til egen undervisning. De teoretiske begreber og diskussionerne på kurset om den rette tilgang til patientundervisning styrker dermed patientunderviserens oplevelse af at levere god undervisning.

14 Spørgsmålene, der indgår i analyserne af det overordnede lærings- og transformationsniveau på deltageres selvevaluering, er følgende: nr. 17-20.

En deltager fortæller blandt andet, hvordan hun har patienter, der selv har pædagogisk eller undervisningsbaggrund og derfor ind imellem bliver stillet spørgsmål til baggrunden for undervisningen. I sådanne tilfælde er det en styrke at kunne forklare, ud fra hvilke principper undervisningen er tilrettelagt og kan være med til at kvalificere denne. En patientunderviser fortæller: *“Det har støttet op omkring nogle ting, og det har styrket og anskueliggjort, hvorfor jeg gør, som jeg gør. I det øjeblik man får koblet teorien på, får man pudset nogle ting af. Så jeg har fået belæg for, hvorfor jeg gør nogle ting, og det kan være med til at kvalificere undervisningen”*.

I spørgeskemaet har vi spurgt deltagerne om, hvad man primært skal gøre for at styrke en patients handlekompetence. I før-målingen svarede 47 % af deltagerne, at man skal inddrage patienten i en dialog om holdninger og overvejelser omkring sygdommen. I job-målingen var der sket en stigning til 63 %, der afgav dette ønskede svar.

Den samlede udvikling i deltagernes vidensniveau ser vi i Tabel 7. Her har vi lavet en beregning af deltagernes samlede udvikling på de elementer af viden, som spørgeskemaet har målt på. Her ser vi et højt transformationsniveau på 80 %. Det indikerer, at de deltagere, der har tillært sig ny viden på kurset om udgangspunktet for patientuddannelse, også i høj grad har transformeret dette til deres job. Læringen kunne dog være højere, og der er potentiale for, at flere deltagere får en større viden på området.

Tabel 7: Samlet udvikling inden for viden¹⁵ opdelt på lærings- og transformationsniveau.

Måling (N = antal besvarelser inkluderet)	Gennemsnit*
Læring (54)	49 %
Transformation (54)	80 %

* Gennemsnit udtrykker, hvor stor en procentandel af spørgsmålene deltagerne i gennemsnit har svaret rigtigt på.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

Kurset i sundhedspædagogik følger en linje af kurser, som mange af de interviewede har deltaget i tidligere. Flere har svært ved at adskille kurset i sundhedspædagogik fra andre

kurser, fordi kurserne minder om hinanden i tilgang, teori og metode.

Det betragtes dog netop som positivt, at kurserne peger i samme retning, og de gentagelser, der måtte være, opfattes nærmere som bekræftende end unødige.

5.4 Styrkelse af faglig identitet

Patientundervisere beskriver, at kurset i sundhedspædagogik har fået dem til at reflektere over deres rolle som underviser. Refleksionen har givet anledning til overvejelser om, hvorfor og hvilke elementer i undervisningen der gør dem til gode undervisere, mens andre har foretaget konkrete forandringer i undervisningen efter at have reflekteret over deres rolle som underviser.

Perspektivet omkring rollen som guide har været katalysator for at genoverveje, hvilket ansvar der ligger i underviserrollen for at få patienternes erfaringer i spil og påtage sig rollen som tovholder og retningsgiver for dialogen frem for udelukkende at fungere som vidensformidler.

En deltager fortæller, at *“det har fuldstændig ændret min holdning til det at lave patientundervisning. Det er ikke mig, der ved og skal sige alt. Det er dem, der har diabetes og har den kropslige erfaring”*. For pågældende patientunderviser har kurset revurderet hendes tilgang til aktiveringen af deltagernes erfaringer i undervisningen og opfattelse af mængden af nødvendig medicinsk viden.

Igen peger størstedelen af patientunderviserne dog på, at rollen som guide ikke er dem fremmed, men har været kendetegnende for deres undervisningsstil også før kurset i sundhedspædagogik. Kompetenceudviklingskurset har skabt det rum for refleksion, som ikke er til stede i en travl hverdag, og flere beskriver det som vigtigt at træde et skridt væk fra den daglige undervisning for at reflektere over den løbende proces i udviklingen af sig selv som kompetent underviser.

Vi vil her se nærmere på, om kurset har været med til at ændre patientunderviserens holdninger til blandt andet behandlingsansvar og formål med patientundervisningen¹⁶. I spørgeskemaet er de blevet bedt om at angive deres holdning på en skala fra 1-5, hvor 5 betyder “helt enig”. Resultaterne er samlet i Tabel 8 næste side.

15 Spørgsmålene, der indgår i analyserne af det overordnede lærings- og transformationsniveau på deltagernes viden, er følgende: nr. 4-9.

16 Her indgår holdningsspørgsmål nr. 10-12.

Tabel 8: Deltagernes holdningsudvikling. Gennemsnit på skala fra 1-5.*

Spørgsmål	Før-måling, gennemsnit	Efter-måling, gennemsnit	Job-måling, gennemsnit
Det er mit ansvar, at patienterne opstiller personlige mål. Det mest ønskede svar er 1 = helt uenig.	3,0	2,8	3,1
Det primære formål med patientundervisning/vejledning er, at patienterne ændrer livsstil. Det mest ønskede svar er 1 = helt uenig.	3,4	3,2	3,5
Det er sundhedsvæsenets ansvar, at tilrettelægge behandlingen, så det passer ind i patienternes hverdagsliv. Det mest ønskede svar er 5 = helt enig.	3,3	3,5	3,7

* Gennemsnittene er baseret på de 54 deltagere, der har besvaret både før-, efter- og job-målingen.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

Ser vi nærmere på det sidste spørgsmål i Tabel 8 om sundhedsvæsenets ansvar, kan vi se, at der er sket en positiv udvikling i deltagernes holdning, som er statistisk signifikant. Går vi bag om gennemsnittene, ser vi, at den positive udvikling især kan tilskrives, at der i job-målingen er 55 % af deltagerne, som er helt enige eller enige i udsagnet, hvor det til sammenligning kun var 40 % i før-målingen.

Hvad angår de to andre holdningsspørgsmål, ser det derimod ikke ud til, at kurset har haft held med at flytte deltagernes holdninger mere i den ønskede retning. Det afspejles i Tabel 9, hvor der er en meget lav læring på 16 % og et transformationsniveau på 21 % på de tre holdningsspørgsmål samlet set.

Tabel 9: Samlet udvikling inden for holdninger¹⁷ opdelt på lærings- og transformationsniveau.

Måling (N = antal besvarelser inkluderet)	Gennemsnit*
Læring (54)	16 %
Transformation (54)	21 %

* Gennemsnit udtrykker, hvor stor en procentandel af spørgsmålene deltagere i gennemsnit har svaret rigtigt på.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

Vi vil dog pege på, at det generelt er langt sværere at flytte holdninger end viden, og at man derfor ikke kan forvente de samme lærings- og transformationsniveauer på holdningsbearbejdende læringsmål. Desuden kan den umiddelbart lille ændring i deltagernes holdningsniveau skyldes, at kurset i sund-

hedspædagogik er ét i rækken af flere kurser, der bygger på samme paradigme, og som hver især bidrager med en brik i udviklingen af patientundervisning. Mange beskriver derfor, at de allerede er i gang med en proces, hvor principperne omkring deltagelse, hverdagsliv og self-efficacy også er centrale, og at holdningsbearbejdelsen således allerede er igangsat før dette kursus i sundhedspædagogik. Således er flere af patientunderviserne blevet udfordret på deres holdninger og har taget stilling. Denne proces kan imidlertid også indebære, at flere deltagere er blevet afklaret med ikke at være enige i holdningerne i tabel 10. Vi vil gå nærmere ind i en diskussion om udviklingen af holdninger og tilgang til patientuddannelse i afsnit 7.2.

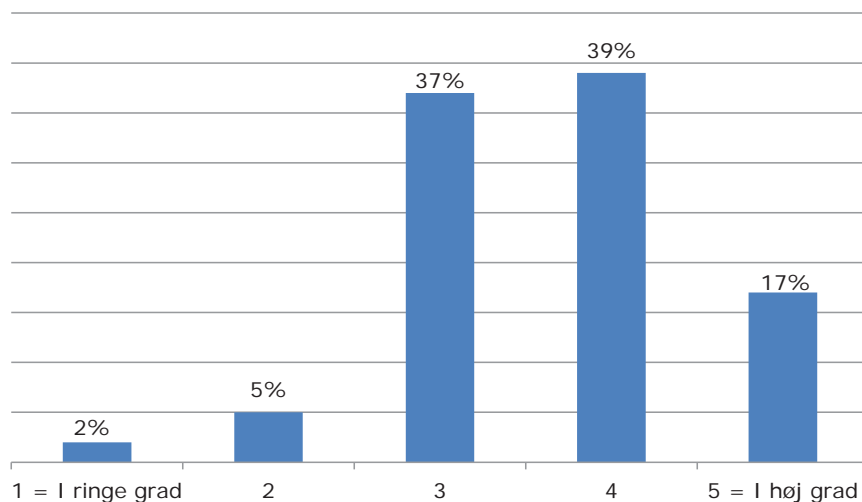
5.5 Anvendelse af sundhedspædagogiske principper og ændringer i praksis

I evalueringen af patientunderviserens udbytte af kurset er potentielle ændringer i deres undervisningspraksis undersøgt. Flere af deltagerne beskriver kurset som et led i en løbende proces af optimering af undervisningen. Der foretages kontinuerligt små justeringer, og det kan derfor være svært i alle tilfælde at identificere, præcis af hvilke grunde forandringer i praksis er foretaget. Enkelte beretter dog også om konkrete ændringer foretaget på baggrund af kurset i sundhedspædagogik.

Spørgeskemaundersøgelsen understøtter, at en stor andel af deltagerne som følge af kurset har taget initiativ til ændringer i den patientundervisning, de står for. Fordelingen ses i Figur 2 næste side, som viser, at over halvdelen af deltagerne befinder sig på den øvre ende af skalaen (4-5).

17 Spørgsmålene, der indgår i analyserne af det overordnede lærings- og transformationsniveau på deltagernes holdninger, er følgende: nr. 10-12.

Figur 2: Procentandele af deltagerne, der som følge af kurset har taget initiativ til at ændre den patientundervisning, de står for. Opgjort på skala fra 1-5.



*Procentandelene er beregnet ud fra de 54 deltagere, der har besvaret job-målingen.

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

At skabe deltagelse

Med inspiration fra undervisningen på kompetenceudviklingskurset og anvendelsen af gruppearbejde i både større og mindre grupper fortæller flere interviewede, hvordan de i deres egen undervisning i større udstrækning beder patienterne om at diskutere temaer to og to. Flere af de interviewede fortæller, hvordan de oplevede det som positivt at blive involveret i undervisningen i form af gruppearbejde og efterfølgende har indført mere af dette.

Specielt til første undervisningsgang og i præsentationen af alle patienter fortæller flere patientundervisere, hvordan de tidligere bad patienterne én efter én om at præsentere sig selv og deres sygdom, mens de, efter inspiration fra dette eller tidligere kurser, er begyndt at bede deltagerne præsentere sig to og to for hinanden. Øvelsen får hurtigt alle deltagere på banen, og de får talt sammen og brudt en for nogen svær grænse ved at tale med hinanden.

"Jeg lavede ikke arbejdsgrupper før, men jeg har lært det på kurset. Jeg har tidligere lavet runder, hvor alle fortalte om dem selv og deres sygdom. Men efter kurset bruger jeg metoden, hvor de sidder to og to og taler sammen, og jeg får meget positive reaktioner på det. Der kommer flere emner op, som skrives på tavlen. Så føler de, at de deltager mere, og det giver dialog og god deltagelse".

Denne oplevelse taler for vigtigheden af, at underviserne på kompetenceudviklingskurset er rollemodeller for, hvordan patientunderviserne kan undervise patienter. Derfor kan det

være et god idé i endnu højere grad at have fokus på at gennemføre undervisning på kurset, som patientunderviserne mere direkte kan lade sig inspirere af eller direkte kopiere til deres egen patientundervisning.

I samspil med eventuelt billedkort fortæller enkelte patientundervisere, hvordan de indledende præsentationer ikke kun får deltagerne involveret i undervisningen – præsentationerne lukker også op for at vise flere facetter af det hele menneske frem for blot sygdommen. Viden der kan være anvendelig i det senere motivationsarbejde med patienten.

En patientunderviser fortæller, at patienternes deltagelse i undervisningen desuden i større grad kan være med til at afklare patienternes vidensniveau.

"Det handler om selv at få dem på banen. Inden kurset holdt jeg mig til mine slides, og jeg fik sagt det, jeg skulle sige. Men så fik jeg ikke afklaret, hvor meget de forstod. Sidst jeg underviste i ernæring, fandt jeg ud af, at de ikke ved, hvad der giver meget energi, og hvad der giver lidt energi. Hvis man beder dem dele en tallerken op i stivelse, grønsager og kød – det kan de ikke finde ud af. Så fandt jeg ud af: Det forstår de ikke. Det har givet input. Nu er man på vej. Jeg er blevet opmærksom på, ved at gøre det på en anden måde, at jeg har snakket rigtig meget over hovedet på dem før. Det var jeg slet ikke klar over. Hvis jeg ikke havde prøvet at inddrage dem mere og få afklaret på den måde meget tydeligt, hvad de egentlig ved, så havde jeg jo bare snakket videre over hovedet på dem".

Ovenstående patientunderviser har undervist i halvandet år. Hun har overtaget en mappe med et PowerPoint-show fra sin forgænger, men har ingen kolleger at sparre med. For hende har kurset været udfordrende, men har stillet skarpt på nogle problematikker og givet hende lyst til at ændre sin undervisning.

Patientunderviseren fortæller, hvordan hun oplever, at inddragelsen af patienterne både skaber en anden dynamik i rummet, der får patienterne gjort aktive og deltagende i undervisningen, og at det gør det muligt at identificere, hvilken viden patienter efterspørger, og på hvilket vidensniveau patienterne befinder sig.

Flere føler sig inspirerede til i større grad at trække sig i baggrunden som underviser og lade patienterne udveksle erfaringer og viden. *"Vi har lært, at det er vigtigt at være overforberedt og understruktureret"*, fortæller en i interviewet og refererer til ambitionen om at turde sætte patienternes egne indfald og ønsker i forgrunden og lade dem danne udgangspunkt for undervisningen.

Igen fortæller patientundervisere med flere års erfaring, at dette ikke er nyt, mens flere nyere undervisere har ændret undervisningen mod mere deltagerinvolvering.

En patientunderviser fortæller: *"Jeg har ændret min undervisning rigtig meget siden kurset. Jeg har haft tendens til at fortælle meget og tale hurtigt. Jeg underviste i starten med at introducere mig og så bare starte undervisningen: bla-bla-bla og værså her er skridttællerne. Er der spørgsmål? Ingen spørgsmål? Godt så går vi videre! Nu ved jeg, at det er bedst at få noget tilbage fra dem, man underviser. Så jeg siger kun noget meget kort om sliden, og så venter jeg på, at nogen tilføjer noget, og så kommer resten af gruppen hurtigt"*.

De interviewede fortæller, at det kræver overblik og sikkerhed i rollen som underviser, men at dette blot er en vanesag og kommer med erfaringen.

Denne tilbagemelding om øget inddragelse af patienterne i undervisningen understøttes også af resultaterne fra spørgeskemaerne. Her er deltagerne blevet stillet to spørgsmål om deres adfærd inden for patientinddragelse¹⁸, som kan ses som indikatorer på, om patientundviserne efter endt uddannelsesforløb rent faktisk har ændret deres undervisningsadfærd eller fået inspiration til at gennemføre ændringer.

Deltagerne er blevet spurgt til, hvordan de vil prioritere tiden i en undervisningstime om et sygdomsspecifikt emne mellem henholdsvis formidling af sygdomsspecifik viden og aktiviteter, hvor patienternes erfaringer inddrages. Vi ser her, at der er sket en positiv udvikling fra et gennemsnit på 48 % i før-målingen til 58 % i job-målingen i favør af inddragelse af patienternes erfaringer. Stigningen er statistisk signifikant. Går vi bag om tallene, kan vi se, at hver anden deltager i job-målingen vil bruge mindst 50 % af deres tid på at inddrage patienters erfaringer, hvorimod det til sammenligning kun var hver fjerde deltager i før-målingen.

Deltagerne er desuden blevet spurgt til, i hvor stor en andel af tiden i deres sidste tre undervisnings-/vejledningssessioner, patienterne har skullet lytte til dem. Her ser vi som ønsket et fald fra 54 % til 44 % i job-målingen, således at patientundviserne nu bruger mindre tid af undervisningen/vejledningen på, at patienterne lytter til dem.

Vidensformidling

Flere af de interviewede fortæller, at de efter kurset i sundhedspædagogik er blevet mere opmærksomme på, hvad det er for en viden, patienterne skal gå hjem med. Viden skal knyttes til patienternes hverdag og give mening for den enkelte. *"Det, der gav mening for mig, var noget, der var kendt for mig i forvejen: at få linjerne til at krydse; patientens erfaringer og den viden, de sundhedsprofessionelle har – at få dem til at krydse"*.

Målsætningen om at skære ned på den fysiologiske viden er dog ikke ny for alle, og igen beskriver flere, hvordan det er en del af en løbende proces for dem som undervisere at tilpasse niveauet, mængden og typen af viden til patienternes hverdag.

"Jeg ændrer noget hele tiden. Men jeg har ikke lavet det meget anderledes. Jeg har måske vægtet det anderledes og stillet skarpt på, hvad jeg skal have fokus på. Hvert hold er forskelligt, og viden er først interessant, når den er vigtig for deltagerne. Det har lært mig, at det er vigtigt at fange borgerne, når interessen er der".

I vores observationer af patientundervisning ser vi, at patienterne efterspørger viden. Under en undervisningsgang, hvor patientunderviseren beder patienterne om at diskutere og udveksle erfaringer omkring deres viden om type 2-diabetes i grupper, og hvad de godt kunne tænke sig at vide mere om, udbryder en mand, at han hellere vil høre underviseren fortælle end at fortælle selv. Denne observation viser, at det både er vigtigt at få patienternes viden på banen, men også at patientundviserne er parate til at supplere med den viden, som patienterne ikke kan levere i sådan en øvelse. For patientundviserne er det derfor vigtigt at være opmærksomme på at forklare patienterne, hvorfor det også giver mening at formidle viden på en anden måde, end mange af patienterne normalt er vant til.

Samtidig ligger der nogle specifikke krav i forløbsprogrammerne til, hvad der skal undervises i, og som en patientunderviser fortæller, handler handlekompetence også om at lære patienterne at være medspillere i sundhedsvæsenet, og at patienterne derfor også bør kunne tale med og forstå lægens anvisninger. *"For det er jo også et mål for patientuddannelse, at de skal kunne tale med folk i sundhedssektoren og være ligeværdige samtalepartnere, og det er de jo ikke, når de ikke aner noget som helst om deres behandling"*.

18 Spørgsmål nr. 13 og 16. I beregningerne af resultaterne på disse to spørgsmål er der kun inkluderet de deltagere, som har besvaret både før- og job-måling (N=54 deltagere), da det kun giver mening at se på udviklingen i adfærden hos disse deltagere.

Viden¹⁹ er på den måde med til at styrke patientens handlekompetence, som også kompetenceudviklingskurset foreskriver, og det er derfor en udfordring at finde den rette balance i forhold til mængden af viden, hverdags erfaringer og patienternes forventninger til undervisningen.

Udvikling af self-efficacy

Self-efficacy er et begreb, som flere af deltagerne kender fra før kurset i sundhedspædagogik, men som stadig, efter kurset, står tilbage som et vanskeligt begreb at arbejde ud fra. En patientunderviser forklarer, at hun på kurset har lært, hvordan hun skaber deltagelse ved at spørge ind til patienterne, og hvordan det får patienternes viden i spil, *"men spørg mig lige, hvordan man skaber self-efficacy..."*, afslutter hun. Her efterspørges konkrete eksempler på, hvordan der arbejdes med udvikling af patienternes self-efficacy og en konkretisering af begrebet generelt.

En patientunderviser forklarer, hvordan hun mest ser self-efficacy udviklet, når patienterne tillæres praktiske kundskaber som eksempelvis under praktisk madlavning. Handlekompetencebegrebet er her blandet sammen med self-efficacy i sin mere håndgribelige reference til praktiske færdigheder.

I materialet for kurset i sundhedspædagogik beskrives self-efficacy som eksempelvis udarbejdelse af handleplaner og brug af rollemodeller blandt patienterne på holdet, men det nævnes ikke af de interviewede, at de konkret har valgt at indføre disse metoder i undervisningen som en måde at skabe self-efficacy på.

Ud fra ovenstående ser det ud til, at der med fordel i højere grad kan arbejdes konkret med at anvende og træne brugen af redskaber til at øge self-efficacy undervejs på kurset, så patientunderviserne bedre selv kan træne deres patienter efterfølgende.

Inddragelse af hverdagsliv

Flere af de interviewede beskriver, hvordan det altid har været vigtigt for dem som patientundervisere at skabe sammenhæng mellem undervisning og hverdagsliv for at skabe mening for patienten. En ergoterapeut påpeger, at dette perspektiv selv sagt ikke er nyt for hende, og at der derfor var meget gentagelse i undervisningen for hendes vedkommende. Det er dog vigtigt at blive bevidst om at tilrettelægge undervisningen, så vidensformidlingen sker med hverdagslivet som udgangspunkt. Netop hverdagslivsperspektivet er noget, alle interviewede fremhæver som et vigtigt element i kurset.

"Det var spændende det med hverdagslivet. Det tænkte jeg meget over efterfølgende. Selvom jeg bruger det i min undervisning, er jeg blevet mere bevidst om at gøre det. Man skal lave små ændringer i hverdagen. Som eksemplet med melet i

dag [anvendelse af grovere mel i brød]. Så bliver man mere fokuseret på, at det er det, man skal gøre".

Den interviewede refererer til et element i undervisningen, hvor patienterne skal diskutere i grupper, hvad de ved om type 2-diabetes. Her kommer hverdags erfaringer op omkring oplevelse af stigende blodtryk i forbindelse med indtagelse af hvidt brød. Nogle af patienterne har erfaringer med at anvende grovere mel i brød og efterfølgende mindre udsving i blodsukker, og patientunderviseren anvender disse erfaringer til en diskussion af blodsukkerudsving og muligheden for at kontrollere det.

I vores observationer af patientundervisningen kan vi se, at patientunderviserne anvender hverdagsperspektivet i motivationsarbejdet med patienterne. Ved at stille spørgsmål til patienternes hverdag og præferencer kan patientunderviserne spore sig ind på, hvad der kan motivere patienterne. Et behov for at være sammen med andre under motionering eller et ønske om at blive stærk nok til at tage bussen til violin kan være elementer i hverdagen, der kan anvendes i motivationsarbejdet.

En patientunderviser fortæller: *"Der skal være tid til at tale om, hvad de har af udfordringer i hverdagen. Det hele menneske – at have det i fokus. Det har jeg i hvert fald tænkt mig, at jeg skal have mere fokus på. Vi lærte blandt andet, hvordan man kan have noget billedmateriale, som kan sige noget om, hvem de er som menneske. At de er mere end bare sygdom".*

Som det fremgik af afsnit 5.2, fandt vi i resultaterne fra spørgeskemaerne, at der er sket en stor stigning i, hvor stor en andel af deltagerne der efter kursusafslutningen i høj grad oplever at have de nødvendige redskaber til at lade patientens hverdagsliv være udgangspunkt for deres relation til patienten sammenlignet med inden kursusstart. Denne opfattelse fremgår dog ikke helt så tydeligt i interviewene, hvor patientunderviserne stadig efterspørger redskaber. Det kan tyde på, at deltagerne i spørgeskemaet vurderer, at de har fået *flere* redskaber end før kurset, men at det imidlertid ikke er det samme som at have fået *nok* eller *tilstrækkeligt* med redskaber.

5.6 Eksperimentering med undervisningen

Efter kurset beskriver flere patientundervisere i interviewene, hvordan de har forsøgt at afprøve nogle af principperne og forslagene fra kurset i deres undervisning.

Resultaterne fra tilfredshedsmålingen viser, at en stor andel (59 %) af deltagerne angiver, at de i høj grad har fået inspiration til at ændre undervisning, mens 55 % af deltagerne angiver, at kurset rent faktisk har fået dem til at tage initiativ til at foretage ændringer i den patientundervisning, de står for. Det er samtidig kun en meget lille andel (7 %) af deltagerne, som angiver, at de i ringe grad har taget initiativ til ændringer efter kurset²⁰.

19 Jf. afsnit 1.1 er vidensbegrebet inddelt i fire vidensdimensioner, som differentierer kurset i sundhedspædagogik mellem forskellige former for viden: 1: Effektviden (effekten af livsstil), 2: Årsagsviden (sociale og økonomiske årsager til sundhedsproblemer), 3: Viden om forandringsstrategier (hvordan skaber man forandring – psykologiske mekanismer og viden og hvordan strategier tilrettelægges), og 4: Viden om udvikling af visioner (nødvendigheden af at skabe visioner for forandring). I netop sammenhængen mellem de fire dimensioner betragtes viden som essentielt i opnåelsen af handlekompetence (4).

20 Deltagernes svar angives på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder "I ringe grad", og 5 betyder "I høj grad". Her er 1-2 slået sammen til "I ringe grad" og 4-5 til "I høj grad".

En patientunderviser fortæller, hvordan hun under kurset blev inspireret til at afprøve patienternes viden og samtidig aktivere og skabe oplæg til refleksion ved at lave den såkaldte tipskupon, hvor hver svarmulighed vælges ved at stille sig forskellige steder i rummet. Øvelsen skulle få patienterne til at reflektere og diskutere svarmulighederne, men dialogen kom aldrig rigtig i gang. Næste gang vil hun forsøge at ændre lidt i både ordlyden og mængden af spørgsmål.

En anden patientunderviser fortæller, hvordan hun ud fra deisen om at skabe inddragelse og deltagelse efter kurset forsøgte at ændre på undervisningen i medicin:



Jeg prøvede på sidste hold, at de skulle tage deres medicin med, som det var blevet foreslået på kurset, men det synes patienterne ikke fungerede. Der forsøgte jeg at følge principperne, men der mistede jeg nok overblikket, og det blev for flydende. Jeg fik ikke fortalt, hvad de skulle vide. Og det bliver forvirrende for dem at høre om de andres medicin. Men jeg er ikke færdig på nogen måder. Nu har jeg lagt en ny slagplan, og så må jeg se, hvordan det går næste gang. Jeg prøvede noget nyt af, og det blev kaos – der blev brugt alt for lang tid på ting, jeg troede, ville kunne overstås på ingen tid. Det bliver så spændende et eller andet sted. Man laver fiaskoer, men man nærmer sig alligevel. (Interview med patientunderviser)

Kurset i sundhedspædagogik har inspireret flere til at ændre i undervisningen, men de oplever, at det kræver erfaring, eksperimentering og tilretning at benytte principperne og øvelsesforslagene.

5.7 Ændringer i undervisningspraksis

Opsamlende på afsnit 5.5 og 5.6 kan vi se af både spørgeskemaer og interview, at patientunderviserne har fået større fokus på at motivere patienterne til deltagelse i undervisningen, og at underviserne oplever, at denne tilgang kan være med til at afklare patienternes vidensniveau. Flere giver i interviewene udtryk for, at de efter kurset er inspireret til i større grad at trække sig i baggrunden som undervisere og lade patienterne udveksle erfaringer og viden.

I vores observationsstudier har vi også kunnet genkende en undervisningspraksis, hvor patientunderviserne er gode til at motivere og inddrage patienterne, blandt andet ved at anvende hverdagsperspektivet i motivationsarbejdet med patienterne. Det fremgår af interviewene, at perspektivet om inddragelse af hverdagslivet i undervisningen har været tankevækkende og interessant for patientunderviserne. Samtidig viser spørgeskemaerne, at der er sket en fordobling af deltagere, der efter kursets afslutning oplever, de kan lade patienternes hverdagsliv være udgangspunktet for relationen i undervisningen. Dette er et vigtigt grundlag for motivationsarbejdet med patienterne. I interviewene giver deltagerne imidlertid også udtryk for, at de stadig er i gang med at eksperimentere med de redskaber til blandt andet patientinddragelse, som de har fået på kurset.

Samtidig fremgår det af interviewene, at deltagerne stadig specifikt mangler redskaber til, hvordan de kan styrke patienternes handlekompetence og self-efficacy, som er vigtigt for at styrke patienternes egenomsorg. Ambitionerne om at skabe handlekompetence og øge patienternes tro på egne evner til at håndtere sygdom, symptomer og hverdagen med sygdom arbejder patientunderviserne dog også i forvejen ud fra, hvilket igen understreger, at patientunderviserne er i gang med en proces, hvor principperne omkring deltagelse, hverdagsliv og self-efficacy er centrale.

Lidt over halvdelen af patientunderviserne angiver, at kurset rent faktisk har fået dem til at tage initiativ til at foretage ændringer i den patientundervisning, de står for.

Vi kan opsamlende se, at der umiddelbart er overensstemmelse mellem det, patientunderviserne fortæller i interviewene og spørgeskemaerne om ændringer i deres undervisning, og det de rent faktisk gør i den udvalgte patientundervisning, vi har observeret.

Alt i alt er der grund til at tro, at kurset har medvirket til at skabe forandringer i deltagerens undervisningspraksis. ■

6 Hæmmende og fremmende faktorer for anvendelse af kursets principper

Dette kapitel beskriver, hvilke faktorer i såvel kompetenceudviklingskurset som øvrige omstændigheder der kan virke hæmmende og fremmende for anvendelse af kursets sundhedspædagogiske principper i patientundervisernes egen undervisning.

6.1 Rammer for overførsel af det tillærte

Vi har identificeret en række faktorer, som kan virke både hæmmende og fremmende på deltagernes mulighed for at overføre indholdet fra kurset til hverdagen på arbejdet.

I Tabel 10 fokuserer vi på fire faktorer, som vi erfaringsmæssigt ved kan have stor betydning for transformationen: Ressourcer, ledelsesopbakning, kollegial opbakning og forandringsplan. Vi har spurgt alle deltagere på en skala fra 1-5, i hvor høj grad disse faktorer har været til stede på deres arbejdsplads. Hvis deltagerne angiver en lav værdi (fra 1-3), anser vi det for at være en hæmmende faktor for transformationen, mens en høj værdi (4-5) kan virke fremmende for overførslen. I Tabel 10 har vi opgjort transformationsniveauet for hver af de fire faktorer for henholdsvis de deltagere, der har angivet en høj (fremmende) værdi og en lav (hæmmende) værdi. Vi forventer en lavere transformation blandt deltagere, hvor faktorerne har været hæmmende, og en højere transformation blandt deltagere der har angivet dem som fremmende.

Som forventet viser Tabel 10 en tendens til, at de, der oplever i høj grad at have de nødvendige ressourcer (fysiske rammer, redskaber, tid), også har en væsentligt højere gennemsnitlig transformation (67 % overfor 83 %). Dette vil blive uddybet i afsnit 6.5.

Vi finder ikke den forventede sammenhæng mellem transformationen og manglende opbakning fra henholdsvis chefen og kollegaer, og det ser således ikke ud til, at disse faktorer har betydning for transformation. Det kan hænge sammen med, at mange deltagere i forvejen har stor grad af frihed i deres patientundervisning, hvorfor det ikke er en barriere. Langt de fleste deltagere angiver, at de oplever høj grad af opbakning til at ændre undervisningen fra chefen og kollegaer. Derimod ser det ud til at have betydning for deltagernes trans-

formationsniveau, at de i høj grad har lagt en konkret plan for, hvad de skal gøre anderledes efter kursets afslutning. Dette fund underbygges også af, at deltagernes initiativtagning til at ændre undervisningspraksis ser ud til at hænge sammen med, om deltagerne har en konkret plan eller ej. Således finder vi en statistisk signifikant sammenhæng mellem at have en plan og at tage initiativ til at ændre undervisningspraksis. Det kan omvendt virke hæmmende, hvis man ikke har lagt en plan for, hvad man vil gøre anderledes efter kurset.

Ser vi nærmere på betydningen af at have en konkret plan, er det særligt af betydning for deltagernes vurdering af egne evner. Transformationsniveauet er meget højt (98 %) på selvevalueringen for deltagere med en konkret plan sammenlignet med dem med en lav grad af plan for ændringer (transformation på 44 %).

Når vi finder, at det at have en konkret plan for ændringer i patientundervisningen har så stor betydning, kan det være en idé at få fokus på dette i kurset fremadrettet.

Følgende kommentar fra en deltager understøtter vigtigheden af konkret planlægning: *"Jeg kunne godt ønske mig mere praktisk teori, det vil sige mere instruktion i planlægningsarbejdet med patientundervisning: Hvordan gør vi ud fra best practice, hvad virker, hvad virker ikke, hvordan følges op etc. Måske der kunne være en case, hvor man skulle lave de forbedrende øvelser til en konkret planlægning"*²¹.

6.2 Praktiske øvelser og eksempler fra praksis

De praktiske elementer i kurset som undervisningsplanlægning eller erfaringsudveksling over konkrete situationer fra egen praksis er essentielle for anvendelsen af den teoretiske viden og samtidig som en måde at afprøve og korrigere forståelsen af teorien. Som en patientunderviser fortæller, kan alle sidde med hver deres opfattelse af, hvad god patientinddragelse og deltagelse er, og det er derfor vigtigt at få afprøvet og tilrettet de forskellige opfattelser, hvis der skal skabes en fælles tilgang.

Tabel 10: Gennemsnitligt transformationsniveau opdelt på potentielt hæmmende/fremmende faktorer for transformation. I parentes ses antallet af deltagere, der har angivet lav og høj værdi.

Ramme for overførsel af læring til job	Transformation ved angivelse af lav (hæmmende) værdi, 1-3 (N i parentes)		Transformation ved angivelse af høj (fremmende) værdi, 4-5 (N i parentes)	
Nødvendige ressourcer	67 %	(22)	83 %	(32)
Nødvendig opbakning fra chefen	71 %	(11)	78 %	(43)
Nødvendig opbakning fra kollegaer	76 %	(10)	76 %	(44)
Lagt plan for ændringer i undervisning efter kursets afslutning	72 %	(23)	82 %	(31)

Kilde: Egne beregninger baseret på data leveret fra Peopleway.

21 Der har imidlertid været en øvelse om konkret planlægning, jf. afsnit 4.4 om planlægning af en undervisningsgang, men øvelsen har været lidt forskelligt udmøntet på holdene med undervisere i henholdsvis KOL og type 2-diabetes.

Som et led i at oversætte det teoretiske grundlag til praksis fremhæves ligeledes vigtigheden af, at underviserne eksemplificerer teorien med eksempler fra praksis:



Jeg kunne mest bruge den erfaringsmæssige viden frem for den teoretiske viden. Når man eksempelvis har skrevet op på en tavle, at der findes forskellige spørgsmålstyper, kan man ikke bruge det – det vigtigste er, når man begynder at bruge og identificere de forskellige spørgsmålstyper. (Interview med patientunderviser)

Selvom underviseren med sundhedspædagogisk viden vidste meget, var det hende med erfaringen, der var mest brugbar, fordi hun var mest realistisk i sin undervisning. Og så gav hun mange eksempler på, hvordan hun handlede – selv med borgere, der var svære at motivere”. (Interview med patientunderviser)

De praktiske øvelser og referencerne til konkrete undervisningssituationer gør det muligt at se, hvordan teorien kan anvendes, og samtidig virker det troværdigt og realistisk, når underviserne selv giver udtryk for at have afprøvet principperne og kender udfordringerne i patientundervisning.

Patientunderviserne er i spørgeskemaet blevet spurgt, i hvilken grad de teoretiske oplæg og praktiske øvelser understøtter hinanden. Her angiver 71 % af deltagerne, at de i høj grad mener, at det praktiske og teoretiske fungerer i samspil²², men samtidig indikerer dette også, at der er et forbedringspotentiale, da 29 % er mindre tilfiede.

Vi finder derfor helt gennemgående, at det har en stor og vigtig betydning for effekten af kurset på deltagernes undervisning, at der gennem hele kompetenceudviklingskurset sker en konkretisering af teori gennem praktiske øvelser og eksempler fra praksis. Derfor er det vigtigt, at underviserne på kurset fungerer som rollemodeller for, hvordan patientunderviserne kan anvende teorien i praksis.

6.3 For meget teori og for lidt kobling til praksis

Som praktikere finder deltagerne i kurset bekræftelse i og styrkelse af deres faglighed ved at få sat teorier på praksis. Men for til fulde at få udbytte af teorierne er det vigtigt, at teorierne eksemplificeres med konkrete eksempler og træning i at anvende redskaber. Hvordan skaber man self-efficacy? Diskussionen om metoder og redskaber i relation til de teoretiske begreber og tilgange er altså vigtig, og man bør diskutere og konkretisere: Hvis man bruger disse billedkort eller laver disse øvelser, så udvikler jeg dette hos patienten. På den måde kunne man med fordel tage udgangspunkt i praksis og søge at sætte teoretiske begreber på, og på den måde gribe teoretiseringen omvendt an.

Samtidig kræver det tid undervejs i undervisningen at få de teoretiske begreber til at give mening og bundfælde sig, da patientunderviserne i modsat fald kan komme til at opleve, at teorien er dekoblet praksis:



Jeg skal have noget mere tid til at sætte mig ind i, hvad det lige præcis var, det der gik ud på. De smækkede nogle cirkler op med noget om, hvordan man kommunikerer – så der var mange gange hvor jeg tænkte: det skal jeg tænke mere over, før jeg får styr på det. (Interview med patientunderviser)

Undervejs i undervisningen på kompetencekurset bør der være tid til at diskutere begreberne og ikke springe for meget fra det ene emne til det andet.

Blandt deltagerne er der bred enighed om, at der skal være konstant kobling til praksis, altså gerne korte teoretiske oplæg efterfulgt af øvelser, der er mere praktisk relateret. Flere deltagerne efterspørger, at der strammes op omkring de praktiske øvelser tidsmæssigt. Derudover efterspørger flere, at det kunne være godt at arbejde endnu mere med, hvilke redskaber man kan anvende i sin undervisning af patienter. Det ses blandt andet i udtalelsen fra en deltager med meget erfaring med individuel rådgivning, men kun lidt erfaring med gruppebaseret undervisning: *“Jeg havde forventet pædagogisk kompetenceudvikling, som jeg kunne gå hjem og afprøve og bruge i praksis, altså introduktion til forskellige praktiske undervisningsmetoder. Ikke pædagogisk teori og forståelse, motivation og samtaleteknikker. Indholdet er relevant og interessant for dem, der ikke kan det i forvejen. Men efter min mening alt for meget oplæsning og foredrag og alt for lidt formidling i form af pædagogiske undervisningsmetoder”.*

En deltager med middel erfaring med undervisning giver udtryk for, at hendes udbytte af kurset er noget diffust: *“Jeg lærte en masse ting, som jeg godt vidste eller gør i forvejen, men ikke så meget nyt – udbyttet er så, at jeg nu ved, hvorfor jeg vælger at undervise, som jeg gør. Det bliver lidt u håndgribeligt og svært at definere, hvad man tager med sig fra kurset. Udbyttet er mest teoretisk og ikke så meget praktisk, hvilket er en skam, når det skal bruges i praksis”.*

Det ser opsamlende ud til, at deltagernes udbytte af kurset afhænger meget af deres forventninger til kurset og deres erfaring med at undervise patienter. En deltager med kun lidt erfaring med patientundervisning udtrykker således stor tilfredshed med kurset og kombinationen af teoretiske oplæg og praktiske øvelser og siger, at *“de teoretiske oplæg var meget gode og givende, på trods af at vi kun havde et 3 dages kursus i sundhedspædagogik! Vi nåede meget igennem på den tid”.*

I forlængelse af behovet for at diskutere begreberne kan det være nødvendigt at prioritere i mængden af teori og

22 Spørgsmålet besvares på en skala fra 1-5, hvor 1 betyder “i ringe grad” og 5 betyder “i høj grad”. Her er 4 og 5 slået sammen til “i høj grad”.

pensum. Flere interviewede giver udtryk for, at der ved kun tre dages undervisning er for meget teoretisk undervisning, og at megen af undervisningen går for stærkt.

Hvis der skal være tid til fordybelse og inddragelse af såvel deltagere som eksempler fra praksis, bør samme princip for patientundervisning gøre sig gældende: at undervisningen er praksisnær, og at der er tid til at stille spørgsmål og få diskuteret anvendelsen af det, der undervises i.

6.4 Manglende redskaber

Kurset i sundhedspædagogik giver deltagerne et udgangspunkt for refleksion over undervisningen og få sat nogle teoretiske begreber på praksis. Flere giver dog udtryk for, at de mangler konkrete redskaber, de kan tage med hjem, og som kan sikre, at de lever op til kravene for god patientundervisning ud fra principperne om deltagelse, viden og self-efficacy.

Kurset opfattes som relevant, men ikke banebrydende nyt for alle, da mange af patientunderviserne har stor erfaring i forvejen. De har dels taget kurser og har dels praktisk erfaring med patientundervisning. Derfor er det snarere konkretisering og diskussion af, hvordan begreberne anvendes, de har brug for – altså både en teoretisk diskussion og en diskussion af praksis. Deltagerne kender derfor til kursets begreber, og de kender praksis, men de to dimensioner skal i højere grad forenes, så deltagerne oplever: Nu ved jeg, hvordan jeg i praksis skaber deltagelse eller self-efficacy.

En patientunderviser beskriver her dette behov: *“Måske havde vi meget mere brug for at få diskuteret, hvordan man gør, i stedet for undervisningen vi fik. Så hvordan vi skal gøre i undervisningen. Det var relevant, men det var ikke konkret. Det var ikke værktøjer, man kunne tage med hjem i sin undervisning”.*

En anden patientunderviser beskriver også, at hun stadig mangler redskaber: *“Mange af os har undervist i mange år og stået i mange situationer, hvor vi skal motivere. Så vi er jo ikke fuldstændigt tomhændede – vi skal bare have nogle redskaber, vi kan bruge til den patientgruppe her. Det var noget andet, hvis vi skulle undervise nogen, der er ved at tage en eller anden uddannelse, så var det måske fint nok, men jeg synes måske, at det var på lidt for højt niveau til, at jeg tænkte: Det er sådan her, jeg gør i min praksis”.*

Flere interviewede nævner Stenos værktøjskasse, som både er nævnt på dette kursus, og som flere har været på kursus i at anvende. Værktøjsskassen er konkret anvendelig, som en informant beskriver:



*Nogle gange er det nemmere at få en ‘opskrift’ eller: det her har vi erfaring med, det virker godt. I kan bruge gruppearbejde om det her emne – sådan flere forslag – det var ikke en praktisk uddannelse, det var mere teoretisk.
(Interview med patientunderviser)*

Patientunderviserne på kurset efterspørger en præcisering af, hvilke tematikker som hvilke former for undervisning er anvendelige til, og hvilke redskaber man kan anvende i specifikke øvelser. Som beskrevet tidligere skal patientunderviserne først hjem og afprøve og eksperimentere med de forskellige metoder. Derfor kan flere konkrete guidelines eller redskaber hjælpe til at gøre denne afprøvning mere målrettet.

6.5 Manglende tid og ressourcer til refleksion

En gennemgående problematik i anvendelsen af de sundhedspædagogiske principper er spørgsmålet om tid. Manglen på tid gør sig både gældende, når det handler om tid til refleksion, og når det handler om tid i undervisningen af patienterne. Det kræver tid efter kurset at implementere principperne og justere undervisningsplaner ud fra de nye tilgange til patientundervisning, og det tager tid at skabe deltagerinvolvering i selve undervisningssituationen med patienter.

“Jeg er så presset med alt det, jeg gerne vil af med”, fortæller en patientunderviser, der blot har 45 minutters undervisning om ugen. At inddrage alle deltagere til hver undervisningsgang tager tid og gør det vanskeligt at nå igennem pensum.

Udvikling af undervisningsplaner og refleksion over tilgangen til patientundervisning er ligeledes svært at finde tid til.

“Det har været en udfordring at finde tid til at sætte sig ned og reflektere over, hvad jeg har haft af undervisning, og hvordan jeg kan bruge det. Det kan også være medvirkende til, at jeg ikke synes, jeg har kunnet bruge så meget, at jeg ikke har haft ordentlig tid til at tænke over det. Det er svært at huske, hvad vi talte om”.

“For at skulle bruge det rigtigt, skal jeg afsætte noget tid af til det i min kalender og komme hjem og sige: Hvad er det så, jeg rent praktisk gerne vil gøre anderledes i min undervisning? Og måske lave nogle af kortene eller finde Stenos værktøjskasse. Spørge mig selv: Hvad er det egentlig, jeg vil med det her? Men det har jeg ikke fået gjort endnu. Man bliver sendt på spændende kurser, men opfølgningen og tiden til refleksion efterfølgende er der bare ikke altid. Det er rigtig ærgerligt”.

At ændre og tilpasse undervisningen kræver således ledelsens opbakning og fleksibilitet i forhold til patientunderviserens arbejde med udviklingen af undervisningen. Der skal sættes tid og ressourcer af til det efterfølgende arbejde med at implementere principperne fra kurset i sundhedspædagogik. Dette hænger også godt sammen med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen i afsnit 6.1, hvor vi fandt, at manglende ressourcer kan virke hæmmende for deltagernes mulighed for at transformere det lærte til deres job. ■

7 Opsamlende diskussion: Fokuspunkter og relevante spørgsmål

Datamaterialet fra interview, observationer og spørgeskemaer peger på en række opmærksomhedspunkter og spørgsmål, som er værd at diskutere både i en generel diskussion af målene for god patientuddannelse og i en eventuel tilpasning af dette kursus i sundhedspædagogik.

7.1 Pædagogisk faglighed og forslag om udvikling af manual

Patientunderviserne står med en stor pædagogisk udfordring i både at formidle viden, motivere patienterne til forbedret egenomsorg, styre gruppedynamikken og differentiere undervisningen, så alle deltagere involveres, udfordres og motiveres.

Kurset i sundhedspædagogik henvender sig til sundhedsprofessionelle, og alle deltagerne har dermed sundhedsfaglig balast og stor sundhedsfaglig viden. Til gengæld føler de sig ofte famlende i den pædagogiske tilgang og må eksperimentere med undervisningsformer og -metoder.

I vores observationer og samtaler med patientunderviserne peger de især på differentieringen af patientundervisningen, så alle patienter rammes på deres respektive videns- og motivationsniveau, som en særlig stor udfordring. Undervisningen og motivationsarbejdet skal ramme hver enkelt patient, hvor denne befinder sig i sit sygdomsforløb, erkendelse og accept af sygdom samt øvrige sociale omstændigheder. Deltagerne savner pædagogiske redskaber til dette motivationsarbejde og til den praktiske inddragelse af deltagerne.

Ud fra forløbsprogrammerne og forløbsbeskrivelserne har patientunderviserne relativt frie rammer til at tilrettelægge undervisningen. De frie rammer har den fordel, at underviserne har mulighed for at tilpasse undervisningen til den enkelte gruppe og foretage en faglig vurdering af, hvad patienterne har brug for at lære og tale om. Omvendt efterlader de frie rammer også underviserne meget alene med den pædagogiske udfordring, og når den ikke er koblet med en stærk pædagogisk faglighed, kan det være en uoverkommelig opgave for patientunderviserne at tilrettelægge patientundervisningen på et højt didaktisk niveau. Modsat findes der en række koncepter for patientundervisning, som er stærkt manual-båret, og hvor friheden til at tilrettelægge undervisningen selv er stærkt begrænset. Imellem disse to yderpoler kan man forestille sig forskellige niveauer af redskabsmæssig og praktisk understøttelse af patientunderviserne.

Dette kursus ønsker at give deltagerne kompetencer til at gennemføre patientundervisning, hvor viden, deltagelse og self-efficacy er nøglebegreber. Det er her værd at overveje, hvor konkret og praktisk understøttelsen af disse begreber skal være, for at det bliver nemt for deltagerne at udmønte begreberne i den praktiske undervisning. Denne evaluering peger på, at man med fordel kan arbejde med at skabe større sammenhæng mellem de teoretiske begreber og målsætninger for patientuddannelse og den metodiske og praktiske udførelse af patientuddannelsen.

Det kunne blandt andet overvejes, om der skal udvikles en manual eller tekstbog²³ med forslag til planlægningen af undervisningen og anbefalinger til redskaber og metoder til at opnå bestemte effekter, skabe sikkerhed og et konkret udgangspunkt for dels nyere patientundervisere, dels mere erfarne patientundervisere der efterspørger redskaber til deres undervisning. Materialet skal adressere de udfordringer, som patientunderviserne oplever, og give konkrete redskaber til at imødegå disse udfordringer. Her bør det for eksempel fremgå, hvordan man konkret arbejder med at skabe self-efficacy, hvilke tematikker der kan tages op i undervisningen i relation hertil, og hvordan man metodisk griber arbejdet an.

7.2 Holdninger og tilgange til patientuddannelse

Kurset i sundhedspædagogik anlægger en tilgang med et bredt og ressourceorienteret sundhedsbegreb og et fokus på hverdagslivet. Tankegangen følger ambitionen om at føre en demokratisk sundhedspædagogik (5), hvor patienten inddrages i beslutningsprocesser og behandlingsforløb gennem udvikling af patientens handlingskompetence. Kurset ønsker således at gøre op med den moraliserende tilgangs fokus på adfærdsforandringer og snævre sundhedsbegreb, hvor sundhed udelukkende betragtes som fravær af sygdom. Heri ligger implicit en forestilling om, at mange sundhedsprofessionelle stadig praktiserer undervisning med udgangspunkt i adfærdsregulerende pædagogik og mål for patientuddannelse.

I vores analyse af deltageres holdningsmæssige udvikling finder vi, at kurset har haft begrænset effekt på deltageres holdning (afsnit 5.4). En hurtig tolkning kunne være, at kurset kun i begrænset omfang er lykkedes med den ønskede holdningspåvirkning. Vi mener dog, at det er værd at nuancere denne konklusion.

Som det fremgår af afsnit 5.3 følger dette kursus i sundhedspædagogik i kølvandet på en lang række andre tiltag på patientundervisningsområdet. Der bliver i disse år udbudt forskellige kurser, og der bliver hele tiden udgivet ny litteratur og udviklet nye materialer på området. Mange af kursusedtagerne har været en del af denne udvikling og har taget del i såvel kurser som konferencer og temadage om emnet. Derfor er mange deltagere allerede godt bekendte med tilgangen, og de opfatter sig selv som nogen, der praktiserer en deltagerinddragende undervisning ud fra de retningslinjer, som kurset foreskriver. Det er derfor helt sandsynligt, at der i disse år faktisk er et holdningsskifte i gang på dette felt, men at vi ser en meget begrænset holdningsudvikling blandt deltagerne på dette kursus, da mange af deltagerne allerede har rykket sig inden kursusedtagelsen.

Desuden kan vi også konstatere, at der er et mindretal blandt deltagerne, som giver klart udtryk for, at de kender til dette paradigmeskifte, men at de ganske enkelt ikke er enige

23 Dette kan ske med inspiration fra "Vejen videre 2012", der er et eksempel på et patientuddannelseskoncept med en undervisningsmanual, som i detaljer beskriver et undervisningsforløb i konkrete undervisningsganges metoder og tematikker.

i budskabet. Patientundervisning befinder sig i et felt mellem flere fagligheder, hvor tilgange løbende diskuteres og udvikles, og der vil derfor oplagt være flere (legitime) holdninger til, hvordan god patientuddannelse udføres. Patientunderviserne har deres egen faglighed og store erfaring, så når det ikke lykkes at påvirke deltagerens holdning eller tilgang til patientundervisning, kan det også skyldes, at deltagerne bevidst vælger at opfatte patientundervisning anderledes, end kurset foreskriver. Det betyder ikke nødvendigvis, at der er noget som helst galt med formidlingen eller overleveringen af budskabet. Tværtimod kan det have været udtryk for gode og dynamiske faglige diskussioner.

7.3 Målgruppen for kurset – behov for differentiering?

Deltagerne i kurset er forskellige i både faglighed og erfaring med gruppebaseret undervisning. Som det fremgår af afsnit 3.1 og 3.2, er dele af undervisningen en gentagelse for deltagere med stor erfaring med gruppebaseret undervisning, som har deltaget i en flere kurser i relation til patientundervisning. Omvendt byder undervisningen på nye begreber for andre deltagere, der er nye i rollen som patientundervisere. De opfatter ofte den gennemgåede teori som avanceret og synes, det går for hurtigt, og at der er brug for mere grundighed.

Refleksioner fra deltagerne omkring målgruppen for og indholdet af det sundhedspædagogiske kompetenceudviklingskursus lægger op til overvejelser omkring, hvem der får størst udbytte af hvad i kurset, og hvordan man kan ramme alle deltagerne med indholdet. Overordnet peger vi på to gensidigt afhængige spørgsmål, som tilrettelæggerne af kurset må overveje:

- 1) Skal der være mindre teori, så de uerfarne ikke står af, eller skal teoriniveauet højnes, så de erfarne får noget med?
- 2) Skal man målrette kurset til henholdsvis erfarne og uerfarne, så de erfarne ikke keder sig, eller skal man undgå at dele kurset, så de nye kan lære af de erfarne?

Måske kan man løse denne udfordring gennem undervisningsdifferentiering på selve uddannelsen og ved at finde den gyldne middelev mellem for meget og for lidt teori. Dermed kan man måske mindske antallet af erfarne, der oplever store dele af kurset som gentagelse. Denne udfordring minder om den, som patientunderviserne selv står med, når de skal ramme patienter på meget forskellige niveauer. Måske man kunne gøre differentieringsudfordringen og de værktøjer, man benytter, eksplicit og dermed både forbedre kompetenceudviklingskurset og give deltagerne bedre forudsætninger for selv at tackle niveauforskelle.

En anden mulighed er at løse udfordringen ved at målrette kurset mere specifikt til deltagerens erfaringsniveau. Problemet ved et sådan tiltag vil være, at både de erfarne og mindre erfarne beskriver vigtigheden og udbyttet af erfaringsudveksling på kurset, og at netop de erfarne deltagere spiller en essentiel rolle for denne erfaringsudveksling. Flere af de erfarne

peger også på, at gentagelsen kan være med til at styrke den faglige identitet.

Inden man vælger at niveaudele kurset, kan det endelig være værd at overveje, om der i denne første fase har været en overrepræsentation af erfarne patientundervisere blandt de første deltagere, mens der fremadrettet vil komme nye patientundervisere til, som er nyere i faget? I så fald bør man være varsom med i høj grad at tilrettelægge kurset på de erfarnes præmisser.

7.4 Forskellige skoler og begreber

Kurset i sundhedspædagogik er udviklet ud fra inspiration og erfaringer fra flere forskellige instanser. Deltagelse, viden, handlekompetence og hverdagslivsperspektivet er begreber, som Bjarne Bruun Jensen og Steno Center for Sundhedsfremme definerer og anvender som basis for god patientundervisning. Self-efficacy begrebet stammer som beskrevet oprindelig fra psykologen Banduras teorier og anvendes bredt inden for forebyggelse og sundhedsfremme, blandt andet i det amerikanske udviklede patientuddannelseskoncept "Lær at leve med kronisk sygdom" (CDSMP), der udbydes i Danmark af Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning.

MTV'en fra 2009 peger på, at der for såvel teori som metode på patientuddannelsesområdet mangler evidens for effekterne deraf, men at der dog kan findes moderat til svag evidens for effekt ved programmer baseret på self-efficacy (1). Det påpeges samtidig, at netop CDSMP er velbeskrevet i teoretisk grundlag og pædagogisk praksis. I ønsket om at udvikle og føre evidensbaseret patientuddannelse er det således oplagt dels at beskrive det teoretiske grundlag og den pædagogiske praksis, som også er nævnt i ovenstående afsnit, og dels at basere undervisningen på self-efficacy begrebet.

Patientuddannelse befinder sig i et felt mellem biomedicin og pædagogik, ligesom feltet i Danmark er domineret af forskellige skoler eller udviklere af metoder og begreber, der har interesse i udbredelse af deres principper. Der stilles krav til effektmålinger og evidens i et felt, hvor effekter måles på let kvantificerbare faktorer som lungekapacitet og blodsukker, men også sværere kvantificerbare faktorer som livskvalitet. Fordi der naturligt stilles krav til effektmålinger, står self-efficacy begrebet stærkt i begrundelsen for at arbejde med dette. Når vi taler med de sundhedsprofessionelle patientundervisere, viser det sig alligevel, at det – efter at have deltaget i kurset i sundhedspædagogik – stadig er uklart, hvordan der arbejdes med self-efficacy i praksis. I undervisningsmaterialet for kurset og i Komiteen for Sundhedsoplysningens udlægning af begrebet beskrives tilegnelse af færdigheder (fx handleplaner), rollemodelfunktion, refortolkning af årsager til symptomer samt forskellige typer af gruppedynamikker som udgangspunkt for skabelsen af self-efficacy. Når vi taler med deltagerne på kurset, beskriver flere imidlertid self-efficacy som noget, der etableres i udviklingen af færdigheder (fysisk aktivitet eller madlavning).

Opfordringen må derfor lyde, at man dels definerer de forskellige begreber – også deres relation til hinanden, dels klart beskriver, hvordan man arbejder med disse i praksis. ■

8 Forslag til forbedringer

Ud fra observationer af patientundervisning, interview med patientundervisere både enkeltvis og i gruppe samt resultaterne fra spørgeskemaundersøgelserne viser der sig en række udviklingsmuligheder og tilpasninger af kurset i sundhedspædagogik. Vi har samlet forbedringsforslagene her.

Deltagerne er i bredt omfang enige om, at det var givtigt at udveksle viden og erfaringer med de øvrige deltagere. De synes, det var interessant at høre andre deltageres erfaringer med at undervise og at blive inspireret til at undervise på en måde, hvor der tages udgangspunkt i, hvad patienternes behov for information er. Ligeledes var det brugbart og bekræftende at få sat teori på den daglige praksis.

Flere øvelser og eksempler fra praksis

Som et led i at oversætte den teoretiske viden til praksis fremhæver patientunderviserne vigtigheden af, at underviserne på kurset eksemplificerer deres viden med eksempler fra praksis og i endnu større grad kobler deres teoretiske oplæg med praksis. Ligeledes fremhæver de, at der også skal være tid til at stille spørgsmål og få diskuteret anvendelsen af det, der undervises i.

Flere deltagere fremhæver, at undervisningen indeholder for meget foredrag og ikke tilstrækkelig forbilledlig undervisning i form af pædagogiske undervisningsmetoder. Underviserne på kurset kan med fordel i endnu højere grad virke som rollemodeller for, hvordan patientunderviserne kan undervise patienter ved at gennemføre undervisning, som patientunderviserne mere direkte kan bruge selv.

Der er blandt mange deltagere et ønske om, at der går længere tid mellem undervisningen og opfølgningen, da flere har svært ved at nå at få afprøvet de nyerhvervede redskaber, så deltagerne kan få et større udbytte af den sidste dag på kurset.

Konkrete redskaber

Der er blandt mange af patientunderviserne en efterspørgsel efter flere konkrete pædagogiske redskaber til brug i deres undervisning.

I og med at patientunderviserne efter kurset først for alvor skal afprøve og eksperimentere med de forskellige tillærte metoder, kan det være en hjælp for dem at få flere konkrete guidelines eller redskaber, som kan gøre denne afprøvning mere målrettet. Et forslag kan være at udvikle og integrere nogle mere konkrete redskaber til at styrke self-efficacy og handlekompetence. Desuden kan der hentes inspiration til andre redskaber fra allerede udviklede redskaber til og koncepter for patientundervisning.

Patientunderviserne efterspørger desuden konkrete redskaber, de kan tage med hjem og kan sikre, at de lever op til kravene for god patientundervisning ud fra principperne om deltagelse, viden og self-efficacy.

Konkret plan for ændringer i patientundervisningen

En oplevelse af ikke at have konkrete planer for, hvad deltagerne vil gøre anderledes efter kursets afslutning, kan virke hæmmende for, at de får ændret noget i praksis. Derfor kan der med fordel i endnu højere grad sættes ind på dette i løbet af kurset gennem mere praktisk teori og instruktion i planlægningsarbejde, så der tages hul på nogle af de forberedende øvelser til at ændre deltagerens gældende undervisningspraksis.

Desuden kan der eventuelt indgås aftaler med patientunderviserens arbejdspladser om, at der skal afsættes tid til udvikling af deres patientundervisning som en opfølgning på kurset, så de i højere grad oplever, at de har en konkret plan for, hvad de skal gøre anderledes.

Supervision

Deltagerne har generelt ikke været særligt begejstrede for oplægget om supervision, som heller ikke ser ud til at have haft en effekt på deltagernes adfærd. Deltagerne oplever, at oplægget om supervision har stået meget alene, og sammenhængen har derfor været svær at se. Det kan overvejes, om dette element skal tages ud af kursusforløbet eller forkortes væsentligt. Imidlertid er der en bred interesse for netværksdannelse, så et forslag er, at der kan arbejdes mere direkte med dette.

Målgruppen

Målgruppen for kurset opleves af flere deltagere som for bred, og især de mere erfarne patientundervisere oplever indimellem, at kurset er for elementært. Et forslag er derfor, at kurset i højere grad benytter sig af undervisningsdifferentiering, så undervisningen i højere grad kan rumme deltagernes forskellige erfaringsniveauer. Løsningen er ikke nødvendigvis at opdele holdene efter deltagernes erfaringsniveau eller faggruppe, men snarere at have fokus på at gøre differentieringsudfordringen og de værktøjer, man benytter til undervisningsdifferentiering, eksplicit og dermed både forbedre kompetenceudviklingskurset og give deltagerne bedre forudsætninger for selv at tackle niveauforskelle blandt patienter i deres egen undervisning. ■



Litteratur

- (1) Sundhedsstyrelsen (2009): Patientuddannelse – En medicinsk teknologivurdering (Medicinsk Teknologivurdering 2009; 11,3). København: Sundhedsstyrelsen.
- (2) Region Hovedstaden, KPU (2011): Teoretisk grundlag og pædagogisk praksis. København: Region Hovedstaden.
- (3) Bandura A (1995). Self-efficacy in Changing Societies. Cambridge: Cambridge University Press.
- (4) Jensen BB (2009). Sundhedspædagogiske kernebegreber. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G & Jensen BB (red.). Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udg. København: Munksgaard Danmark.
- (5) Jensen BB (2000): Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden, I: Hounsgaard L og Eriksen JJ: Læring i sundhedsvæsenet. København: Nordisk Forlag A/S.
- (6) Grabowski D, Jensen BB, Willaing I, Zoffmann V & Schiøtz ML (2010): Sundhedspædagogik i patientuddannelse. En litteraturbaseret gennemgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse. Gentofte: Steno Center for Sundhedsfremme & Region Syddanmark. ■

Bilag 1:

Undersøgellesdesign, metoder og definitioner

Spørgeskemaundersøgelser

Evalueringen er baseret på kvantitative data indsamlet gennem elektroniske spørgeskemaundersøgelser blandt deltagere på kompetenceudviklingskurset. Foruden et spørgeskema umiddelbart før og efter kurset (betegnet henholdsvis før- og eftermåling) er deltagerne blevet bedt om at besvare et spørgeskema 4-6 måneder efter afslutningen på kurset (betegnet job-måling). Spørgeskemaerne indeholder dels en række baggrundsspørgsmål, dels en række spørgsmål om henholdsvis deltagerens viden, holdning, selvevaluering og adfærd, som er tilpasset indholdet på kurset.

Videnspørgsmålene er opbygget som multiple choice-spørgsmål, hvor deltagerne skal vælge det rigtige svar.

Holdnings- og selvevalueringsspørgsmålene er opbygget på en skala fra 1-5, hvor deltagerne kan erklære sig fra helt uenig (=1) til helt enig (=5) i et bestemt udsagn.

Adfærdsspørgsmålene er opbygget som spørgsmål, hvor deltagerne enten skal angive en sandsynlighed for, at de vil udføre en given adfærd (fra 1-100 %, eller at deltagerne skal notere antal gange inden for en defineret tidsperiode, at de har udført en given adfærd. Deltagerne er kun blevet stillet spørgsmål om deres adfærd i henholdsvis før- og job-målingen og således ikke i efter-målingen.

Derudover har deltagerne umiddelbart efter kursets sidste dag besvaret et spørgeskema om deres tilfredshed med kurset. Tilfredshedsspørgeskemaet indeholder en række spørgsmål om blandt andet tilfredsheden med kurset som helhed, indholdets relevans, underviserne og udbyttet af kurset. Desuden indeholder dette skema to åbne felter, hvor deltagerne har mulighed for at skrive, hvad der har været godt og skidt på kurset.

Spørgeskemaet er blevet valideret, og spørgsmål er løbende kvalitetssikret. I den forbindelse er enkelte spørgsmål ekskluderet, fordi vi i løbet af dataindsamlingen har erfaret, at spørgsmålene ikke var hensigtsmæssige til at måle det ønskede.

I første omgang er alle data fra spørgeskemaerne blevet renset for urealistiske værdier, og filtre er udformet. På den måde er data blevet kvalitetssikret.

I analyserne af videns-, holdnings- og selvevalueringsspørgsmålene er der i flere tilfælde sket en aggregering af deltagerens svar, for at vi kan se på en samlet udvikling, som går over det enkelte spørgsmålsniveau.

Associationer mellem en enkelt uafhængig variabel og en afhængig variabel er undersøgt i krydstabeller, hvor der er foretaget χ^2 -test (Chi i anden test) for at teste sammenhænge, samt t-test for at sammenligne forskelle i gennemsnitsværdier. Forskelle mellem grupper, som ikke blot skyldes statistisk tilfældighed, betegnes i rapporten som signifikante eller statistisk sikre. I netop denne evaluering er det dog ikke altid lige relevant kun at se på, om en sammenhæng mellem to variable er

signifikant eller ej. Det skyldes, at der er tale om et relativt lille datasæt med til tider få besvarelser (N) i de enkelte spørgsmål, som gør en opdeling af data i for mange undergrupper statistisk usikkert i sig selv. Derfor vil der ofte ikke findes en signifikant sammenhæng mellem to variable med få besvarelser i hver undergruppe, selvom det ikke kan afvises, at der rent faktisk er en sammenhæng mellem de to variable. Rapporten vil derfor også indeholde resultater, som ikke nødvendigvis er statistisk signifikante, men hvor resultaterne er interessante. Sådanne resultater vil dog blive rapporteret med større forsigtighed, og der vil her blive brugt formuleringer såsom "lille tendens til", "svag sammenhæng" og lignende.

I analyserne af deltagerens adfærds- og holdningsændringer fra før- til job-måling antages det, at der er en årsagsvirkningssammenhæng mellem udviklingsforløbene og ændringer i deltagerens adfærd og holdninger. Det er dog meget vigtigt at være opmærksom på, at mange faktorer kan påvirke adfærd og holdninger (fx sygefravær, økonomi, medier mv.), og derfor kan vi kun have en tese om, at den forandring, vi ser i deltagerens adfærd og holdninger (både i negativ og positiv retning), kan tilskrives kompetenceudviklingsforløbet.

I rapporten er der enkelte steder foretaget beregninger af deltagerens læring og transformation. Beregningerne er foretaget på følgende måde ud fra deltagerens besvarelser i før-, efter- og job-målingen:

- **Læring på forløbsniveau** = $(\text{efter-måling} - \text{før-måling}) / (1 - \text{før-måling})$. Læring udtrykker, hvorvidt deltagerens vidensniveau, holdninger og hensigter har flyttet sig på forløbsniveau.
- **Transformation på forløbsniveau** = $(\text{job-måling} - \text{før-måling}) / (\text{efter-måling} - \text{før-måling})$. Transformation udtrykker, om henholdsvis viden, holdninger og hensigt er blevet indlejret og overført i adfærden og vil således være et udtryk for, hvor meget af det, deltagerne har lært på kurset, der bliver fastholdt på arbejdet.

Vi har i beregningerne af læring og transformation kun inkluderet de deltagere, der har besvaret både før-, efter- og job-målingen for at sikre, at det hele tiden er de samme individers udvikling, vi udtaler os om. I beregningerne indgår procentandelen af spørgsmål, som deltagerne har besvaret rigtigt på i de forskellige målinger.

Interview og observation

Udvælgelse af informanter til observationer og enkeltinterview er sket ud fra en stratificering på kommunalt og regionalt regi, sundhedsfaglig baggrund, type undervisning og patientgruppens diagnose.

Der er foretaget observationer af otte undervisningsgange på patientuddannelser og efterfølgende lavet enkeltinterview med de otte patientundervisere. Der er observeret tre undervisningsgange af fysisk træning, fire gange teoretisk undervisning og en enkelt indledende samtale. Tre observationer har været på hospitaler, mens de resterende fem observationer er foretaget på forebyggelsescentre. En enkelt undervisningsgang var tilrettelagt for en etnisk minoritetsgruppe og forløb således ved brug af tolk. Tre fysioterapeuter, fire sygeplejersker og en klinisk diætist er interviewet.

Observationerne er foretaget på baggrund af en observationsguide, der ud fra begreberne viden, deltagelse og self-efficacy har fokuseret på, hvorvidt undervisningen foregik med udgangspunkt i de tre nøglebegreber. Formålet med disse observationer har således været at undersøge, i hvilket omfang patientundervisningen følger de målsætninger, som udviklingsforløbet ligger op til. Til hver undervisningsgang er

der skrevet udførlige feltnoter af relevante situationer og dialoger på holdet. Observationerne har dannet baggrund for at diskutere konkrete undervisningseksempler med patientunderviseren i det efterfølgende interview.

I de otte individuelle interview spørges der ind til patientundervisernes egne overvejelser omkring deres undervisning, og interviewene uddyber og supplerer således observationerne. Interviewene har til formål at afdække patientundervisernes overvejelser over kompetenceudviklingskursets relevans, anvendelighed, og hvorvidt kurset har skabt grundlag for ændringer i undervisningen. Herudover har interviewene til formål at identificere deltagernes vurderinger af fremmede og hæmmende faktorer for anvendelse af det lærte på kurset samt forslag til forbedringer af kurset. Interviewene afdækker desuden patientundervisernes personlige erfaringer og holdninger samt erfaring med patientundervisning, som kan have betydning for den tilgang, de har til undervisningen.

Bilagstabel 1: Observation og enkeltinterview.

Regi	Faglig baggrund	Type undervisning*	Patientgruppens diagnose
Kommunalt	Sygeplejerske	Teoretisk og praktisk undervisning	Diabetes
Kommunalt	Fysioterapeut	Fysisk træning og teoretisk undervisning	KOL
Regionalt	Fysioterapeut	Fysisk træning	KOL
Kommunalt	Sygeplejerske	Teoretisk undervisning	Diabetes
Kommunalt	Sygeplejerske	Indledende samtale	KOL
Regionalt	Sygeplejerske	Teoretisk og praktisk undervisning	KOL
Regionalt	Fysioterapeut	Fysisk og praktisk træning	Diabetes
Kommunalt	Klinisk diætist	Teoretisk undervisning	Diabetes

* Teoretisk undervisning forstås som undervisning i sundhedsfaglig viden. Praktisk undervisning forstås som undervisning i praktisk kunden som eksempelvis at måle blodsukker. Fysisk træning er undervisning i aktivitet og bevægelse.

Bilagstabel 2: Fokusgruppeinterview.

Regi	Faglig baggrund	Type undervisning	Patientgruppens diagnose	Deltagelse på hold
Kommunalt	Sygeplejerske	Teoretisk undervisning	KOL	2
Regionalt	Sygeplejerske	Teoretisk undervisning	KOL	2
Regionalt	Fysioterapeut*	Fysisk og praktisk træning	Diabetes	3
Kommunalt	Sygeplejerske	Fysisk træning og teoretisk undervisning	KOL	2
Regionalt	Ergoterapeut	Praktisk undervisning	KOL	4
Regionalt	Sygeplejerske	Teoretisk og praktisk undervisning	KOL	4
Kommunalt	Sundhedskonsulent	Teoretisk og praktisk undervisning	KOL	4
Regionalt	Fysioterapeut	Fysisk træning	KOL	2
Regionalt	Fysioterapeut	Fysisk træning	KOL	2

* Genganger fra observation og enkeltinterview.

Udover otte individuelle interview er der foretaget tre fokusgruppeinterview. Ambitionen for udvælgelsen af deltagere til fokusgruppeinterviewene var at gennemføre to gruppeinterview med mellem fire til seks deltagere, og at deltagere fra minimum fem forskellige hold fra kompetenceudviklingsforløbet skulle være repræsenteret. Det har imidlertid kun været muligt at finde deltagere fra tre forskellige afholdte hold fra kompetenceudviklingsforløbet. To af interviewene består desuden blot af to deltagere, mens det tredje interview består af fem deltagere, hvoraf to deltagere tidligere er interviewet enkeltvis.

Ligesom for de individuelle interview er formålet med fokusgruppeinterviewene at indsamle viden om deltagernes erfaringer med deltagelse i kurset og vurdering af kursets anvendelighed i forhold til deres daglige arbejde. Interviewene afdækker deltagernes opfattelse af muligheden for at implementere og anvende den tilegnede viden i praksis samt forslag til forbedring af såvel kursets tilrettelæggelse samt anvendelsespotentiale. Deltagerne er desuden blevet bedt om at identificere faktorer, der har forhindret dem i at anvende den tilegnede viden og de tillærte principper.

Baggrunden for at gennemføre erfarings- og vidensopsamling via fokusgruppeinterview er, at interviewene giver deltagerne mulighed for at inspirere hinanden og sammen udvikle kreative og gode løsninger, der kan medvirke til at forbedre mulighederne for implementering, samt undgå eller reducere faktorer der modarbejder muligheder for implementering. Fokusgruppeinterviewene giver desuden mulighed for at diskutere nogle af de fokuspunkter, der er nævnt af deltagere i enkeltinterviewene, og dermed mulighed for at undersøge hvorvidt andre deltagere er enige/uenige i udsagnene.

Alle interview er optaget, og der er efterfølgende lavet referater af interviewene og transskriberet væsentlige passager og pointer.

Analysen baserer sig fortrinsvis på interviewene (både enkelt- og fokusgruppeinterview). Eftersom der kun er foretaget én observationsgang ved hver case, er det vanskeligt specifikt at vurdere, hvorvidt undervisningsforløbene i deres helhed afvikles med udgangspunkt i kurset i sundhedspædagogikens opfattelse af principperne for god undervisning. Observationerne kan give et indblik i undervisningsformen og fungere som udgangspunkt for en dialog under det efterfølgende interview. Man kan dog ikke ud fra en enkelt observationsgang undersøge en udvikling i undervisningsform eller -tilgang, hvorfor en undersøgelse af dette må basere sig på undervisernes egne erfaringer og udtalelser derom.

Definitioner

i) Self-efficacy begrebet er udviklet af psykologen Albert Bandura. Self-efficacy refererer til individets tiltro til egen evne til at handle og håndtere situationer og danner derfor også udgangspunkt for den enkeltes motivation til at handle. Ifølge Bandura kan self-efficacy udvikles gennem fire processer: Følelsen af at overkomme noget, at se andre overkomme noget, at andre tror på ens handlekompetence og overtaler én til at overkomme noget og endelig gen-

nem generel styrkelse af individets fysiske og emotionelle situation (3).

ii) Deltagelse: Der anvendes mange forskellige termer til at indkredse ambitionen om at have målgruppen med i undervisningen og processen med sundhedsarbejdet. Begrundelserne for at skabe deltagelse funderes på flere argumenter, der blandt andre handler om at skabe ejerskab hos patienterne ud fra en etisk begrundelse om, at patienter bør involveres i vigtige beslutninger angående deres sundhed (4). Deltagelsesbegrebet i sig selv indeholder desuden flere dimensioner og opfattelser af, hvad god deltagelse er. Spørgsmål om i hvilken grad det kræves, at målgruppen er involveret i såvel initiativ- og beslutningstagning, er relevante at stille i denne sammenhæng (4). Kurset i sundhedspædagogik vægter inddragelsen af patienternes input og relationen mellem underviser og deltager i opfattelsen af god deltagelse (2).

iii) Vidensbegrebet er ligeledes et flerdimensionelt begreb. Ud fra Bjarne Bruun Jensens inddeling af viden i fire vidensdimensioner differentierer kurset i sundhedspædagogik mellem forskellige former for viden: 1) Effektviden (effekten af livsstil), 2) Årsagsviden (sociale og økonomiske årsager til sundhedsproblemer), 3) Viden om forandringsstrategier (hvordan skaber man forandring – psykologiske mekanismer og viden, og hvordan strategier tilrettelægges), samt 4) Viden om udvikling af visioner (nødvendigheden af at skabe visioner for forandring). De sidste to dimensioner retter sig mod det handlingsorienterede element, mens netop sammenhængen mellem de fire dimensioner betragtes viden som essentielt i opnåelsen af handlekompetence (4).

Den hverdagslivsorienterede tilgang beskrives i kurset som ambitionen om at såvel inddrage som tage udgangspunkt i patientens hverdagsliv i form af blandt andet erfaringer, rutiner og sociale relationer. Patientuddannelse foregår ofte i en medicinsk kontekst, men det lærte skal omsættes i hverdagslivet, hvor meget andet end sundhed og kronisk sygdom betyder noget. Den formidlede viden fra patientundervisere må derfor relateres til hverdagslivet, da langt de fleste beslutninger omkring sundhed træffes i det daglige liv og i sociale sammenhænge (2). ■

Bilag 2:

Spørgeskemaer

Nedenfor ses henholdsvis job-målingsskemaet og tilfredshedsskemaet. Job-målingsskemaet indeholder de samme spørgsmål, som er blevet stillet i henholdsvis før- og efter-målingen. Derudover indeholder job-spørgeskemaet nogle enkelte spørgsmål, som kun stilles i job-målingen, og nogle andre spørgsmål, som kun stilles i før- og job-målingen. De blå markerede svar angiver det rigtige/ønskede svar.

Job-målingsskema

- | | Ja | Nej |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Jeg forventer, at gruppebaseret patientundervisning vil indgå i mine fremtidige opgaver | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hvor mange gange har du gennemført en undervisningssession på en gruppebaseret patientuddannelse (en session har typisk en varighed af 1-2 timer) | | |
| 1 <input type="checkbox"/> 0 gange | | |
| 2 <input type="checkbox"/> 1-5 gange | | |
| 3 <input type="checkbox"/> 6-10 gange | | |
| 4 <input type="checkbox"/> 11-15 gange | | |
| 5 <input type="checkbox"/> Mere end 15 gange | | |
| 3. Hvor mange gange har du gennemført individuelle patientrådgivningssamtaler | | |
| 1 <input type="checkbox"/> 0 gange | | |
| 2 <input type="checkbox"/> 1-5 gange | | |
| 3 <input type="checkbox"/> 6-10 gange | | |
| 4 <input type="checkbox"/> 11-15 gange | | |
| 5 <input type="checkbox"/> Mere end 15 gange | | |
| 4. I patientundervisning/vejledning af patienter er udgangspunktet, at sundhed er: | | |
| 1 <input type="checkbox"/> Fravær af sygdom | | |
| 2 <input type="checkbox"/> Rigtig sundhedsadfærd | | |
| 3 <input type="checkbox"/> Livskvalitet | | |
| 4 <input checked="" type="checkbox"/> En ressource | | |
| 5 <input type="checkbox"/> Ved ikke | | |
| 5. Læring kan ifølge underviserne på kurset inddrages i tre dimensioner. Hvilke? | | |
| 1 <input type="checkbox"/> Engagement, egenaktivitet, differentiering | | |
| 2 <input checked="" type="checkbox"/> Indhold, drivkraft, samspil | | |
| 3 <input type="checkbox"/> Motivation, træning, kobling | | |
| 4 <input type="checkbox"/> Interaktion, deltagelse, forståelse | | |
| 5 <input type="checkbox"/> Ved ikke | | |

6. Viden kan ifølge underviserne på kurset inddes i tre dimensioner. Hvilke?

- 1 Effektivviden, årsagsviden og forandrings/visionsviden
- 2 Årsagsviden, konsekvensviden og praktisk viden
- 3 Teoretisk viden, operationel viden og forandringsviden
- 4 Refleksiv viden, ræsonnerende viden og erindringsviden
- 5 Ved ikke

7. Hvilke fire kommunikationsformer kan man med fordel veksle imellem i patientundervisning/vejledning af patienter?

- 1 Lineære, cirkulære, strategiske og refleksive spørgsmål
- 2 Afklarende, definitive, konkluderende og konfronterende spørgsmål
- 3 Afdækkende, bagudrettede, korrigerende og sammenfattende spørgsmål
- 4 Udforskende, fremtidsrettede, handlingsorienterede og hypotetiske spørgsmål
- 5 Ved ikke

8. For at styrke en patients handlekompetence skal man primært:

- 1 Give patienten mere viden om kroppen, sygdommen og dens konsekvenser
- 2 Inddrage patienten i en dialog om holdninger og overvejelser omkring sygdommen
- 3 Anvise patienten bedre vaner og rutiner, der kan fremme en sund livsstil
- 4 Undervise patienten i at lægge konkrete handlingsplaner for den ønskede forandring
- 5 Ved ikke

9. I kollegial supervision må spørgsmål ikke indledes med...

- 1 Hvad
- 2 Hvorfor
- 3 Hvem
- 4 Hvilke
- 5 Ved ikke

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| | Helt uenig | | | | Helt enig |
| 10. Det er mit ansvar, at patienterne opstiller personlige mål | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 11. Det primære formål med patientundervisning/vejledning af patienter er at patienterne ændrer livsstil | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| | Helt uenig | | | | Helt enig |
| 12. Det er sundhedsvæsenets ansvar, at tilrettelægge behandlingen, så det passer ind i patienternes hverdagsliv | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

13. Du skal undervise i et sygdomsspecifikt emne, som der er afsat en time til. Når du tilrettelægger din undervisning skal du prioritere imellem formidling af sygdomsspecifik viden og inddragelse af patienternes erfaringer. Hvor stor en andel af tiden vil du bruge på aktiviteter, hvor patienternes erfaringer inddrages?

Ca. _____ % af tiden

14. Tænk tilbage på de sidste 3 gange, du har undervist/vejledt patienter. Hvor mange gange har du anvendt minimum 3 forskellige undervisningsmetoder/spørgsmålstyper til patientinddragelse?

I ___ ud af de sidste 3 gange

15. Tænk tilbage på dine sidste 3 undervisningsgange. Hvor mange gange har du givet kritisk, men konstruktiv feedback til en medunderviser?

Ca. ___ gange

16. Tænk tilbage på de sidste 3 gange, du har undervist/vejledt patienter. Hvor stor en andel af tiden skulle patienten/patienterne lytte til dig?

Ca. _____ % af tiden

- | | I ringe grad | | | I høj grad | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 17. Jeg føler mig kompetent til at tage lederskabsrollen på mig i undervisningen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. Jeg har de nødvendige kompetencer til at kunne gennemføre patientundervisning/patientvejledning med høj grad af patientdeltagelse | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19. Jeg har de nødvendige værktøjer til at lade patienternes hverdagsliv være udgangspunktet for min relation til dem | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20. Jeg føler mig kompetent til at kunne give kritisk men konstruktiv feedback til medundervisere | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. I hvilken grad har du en konkret plan for, hvad du skal gøre anderledes efter kurset? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22. I hvilken grad har kurset fået dig til at tage initiativ til ændringer i den patientundervisning du står for? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. I hvilken grad har du den nødvendige opbakning fra din chef til at overføre det, du har lært på kurset, til dit job? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

- | | I ringe grad | | | I høj grad | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 24. I hvilken grad har du den nødvendige opbakning fra kolleger til at overføre det, du har lært på kurset, til dit job? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. I hvilken grad har du de nødvendige ressourcer (fysiske rammer, redskaber og tid) til at overføre det, du har lært på kurset, til dit job? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> |

Tilfredshedsskema

1. Hvor tilfreds er du med kurset som helhed?	Slet ikke tilfreds				Meget tilfreds
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Hvor relevant er indholdet i forhold til dit daglige arbejde?	Slet ikke relevant		Middel		Meget relevant
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Hvor tilfreds er du med det faglige indhold i kurset?	Slet ikke tilfreds				Meget tilfreds
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Hvordan vurderer du det skriftlige undervisningsmateriale ("Teoretisk grundlag og pædagogisk praksis")?	Meget dårligt				Meget godt
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Hvordan vurderer du balancen imellem teoretiske oplæg og praktiske øvelser?					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. I hvilken grad understøtter teoretiske oplæg og praktiske øvelser hinanden?	I ringe grad				I høj grad
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. I hvilken grad fik du arbejdet med hjemmeøvelsen mellem 2. og 3. kursusdag?					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Hvordan vurderer du dit samlede udbytte af hjemmeøvelsen?	Meget dårligt				Meget godt
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Hvor interesseret er du i muligheden for at danne et fagligt netværk på baggrund af kursusdeltagelsen?	Slet ikke interesseret				Meget interesseret
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Hvor tilfreds er du med underviserne samlet set?	Slet ikke tilfreds				Meget tilfreds
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Hvor tilfreds er du med undervisernes faglige kompetence?					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Hvor tilfreds er du med undervisernes formidlingsevne?					
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

13. I hvilken grad har kurset inspireret dig til at ændre din undervisning/vejledning?

I ringe grad			I høj grad	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

14. Hvordan vurderer du dit samlede udbytte af hele undervisningsforløbet?

Meget dårligt			Meget godt	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

15. Hvad var godt?

16. Hvad kan forbedres?

Evaluering af sundheds- pædagogisk kompetence- udviklingskursus i Region Hovedstaden

**Det Nationale
Analyse- og Forskningsinstitut
for Kommuner og Regioner**

Dampfærgevej 27-29, Postboks 2595
2100 København Ø
Telefon: +45 35 29 84 00