



Helsepedagogikk i læreplaner – en didaktisk analyse

Health Education in the curriculum – a didactic analysis

André Vågan

Seniorforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH)

andre.vaagan@mestring.no

Finn Daniel Raaen

Professor, Senter for Profesjonsstudier, OsloMet

finndr@oslomet.no

Nina B. Ødegaard

Universitetslektor, stipendiat, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet

ninabjer@oslomet.no

Liv-Grethe K. Rajka

Spesialrådgiver, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH)

liv.grethe.rajka@mestring.no

Sidsel Tveiten

Professor, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet

sidsel.tveiten@oslomet.no

Sammendrag

Helseprofesjonene møter i økende grad pasienter, brukere og pårørende som trenger kunnskap om hvordan de kan leve best mulig med langvarige helseutfordringer. Det mangler imidlertid studier av hvordan læreplanene for helseprofesjonsutdanningene imøtekommer behovene i helsetjenesten for helsepedagogisk kompetanse. I denne artikkelen undersøker vi hvordan helsepedagogikk fremtrer i læreplaner til bachelorutdanningene i ergoterapi, sykepleie og fysioterapi. En summativ innholdsanalyse viser at det er en manglende sammenheng mellom læreplandokumenter på ulike nivå (ramme-, program-, og emneplaner) og mellom didaktiske kategorier som mål, innhold, arbeids- og undervisningsformer. Artikkelen avslutter med å vise til behov for videre forskning.

Nøkkelord

læreplaner, helseprofesjonsutdanning, helsepedagogisk kompetanse

Abstract

Increasingly, the health professions encounter patients, users and carers in need of knowledge of how to manage a life with long-term health conditions. There is however a paucity of research on how the curriculum for bachelor programs accommodate the needs of health services for health education competence. In this article we investigate how health education subjects appear in the curriculum for bachelor programs in occupational therapy, nursing and physiotherapy. A summative content analysis shows a lack of coherence between different levels of the curriculum and between didactic categories. Finally, the article points to needs for further research.

Keywords

curriculum, health education bachelor program, health education competence

Innledning

Antall mennesker med langvarige helseutfordringer øker. Fremskritt innen medisinsk behandling, lengre levetid og endrede levevaner fører til at flere mennesker lever med KOLS, diabetes, kreft og psykisk sykdom (FHI, 2014). Som Christiansen (2013) har påpekt, er det derfor et økt behov for helsepersonell som kan samhandle med pasienter, brukere og pårørende på en måte som bidrar til egenmestring, selvstendighet og bedre livskvalitet. Opplæring av pasienter og pårørende utgjør en av spesialisthelsetjenestens fire lovfestede hovedoppgaver, sammen med pasientbehandling, forskning og utdanning av helsepersonell (HOD, 1999b). Med samhandlingsreformen (HOD, 2009) kom også Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne sier at kommunene skal fremme mestring, helse og forebygge sykdom, blant annet gjennom opplysning, råd og veiledning (HOD, 2011).

Behovet for helsepedagogisk kompetanse innen forebyggende og helsefremmende arbeid må også ses i lys av endringer i helsesektoren og i forståelsen av helse, læring og deltakelse (Wistoft, 2009). Det har skjedd en dreining fra å fokusere på helseopplysning, atferdsendring og etterlevelse hos pasienter, til å innta et mer demokratisk perspektiv som legger økt vekt på pasienters deltakelse, ressurser og medvirkning i helsetjenesten (Tones, 2009). Lov om pasient- og brukerrettigheter (HOD, 1999a) påpeker at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og at tjenestetilbud så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienter, brukere og pårørende. Det innebærer at man anerkjenner at pasienten har kompetanse om sin egen sykdom og helse og at man kan samarbeide med pasienter slik at de styrker sin evne til å mestre hverdagen. Kvaliteten på kommunikasjon samt kompetansen hos helsepersonell betraktes som avgjørende for at helsetjenesten skal imøtekomme pasientens behov og for at brukermedvirkning kan skje (Tveiten, 2016). Begrepet egenkraftmobilisering eller empowerment har også blitt et kjernebegrep for folkehelse og helsefremmende arbeid (WHO, 1998) og står sentralt i virksomheten til lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten (Strøm, 2010).

Et viktig spørsmål er hvordan disse endringene i helsesektoren gjenspeiles i gjeldende planer for studenters læring innenfor helsefagene, det vil si i utdanningsinstitusjonenes læreplaner. Den vedtatte forskriften om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (Kunnskapsdepartementet, 2017) signaliserer en forventning om at utdanningene styrker kandidaters helsepedagogiske kompetanse. Blant annet står det at kandidater etter endt utdanning skal ha «relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse som gjør kandidaten i stand til å forstå og samhandle med brukere, pasienter eller pårørende» (Kunnskapsdepartementet, 2017). Utdanningsinstitusjonene er i gang med å revidere program- og emneplaner i lys av forskriften og de nasjonale retningslinjene som er under utarbeidelse (RETHOS). De pågående prosessene gir imidlertid en anledning til å undersøke nærmere hvordan helsepedagogiske tema fremtrer i gjeldende ramme-, program- og emneplaner. I denne studien har vi analysert emneplanene for bachelorutdanningen i sykepleie (gitt på to studiesteder, kalt sykepleierutdanning 1 og 2), ergoterapi og fysioterapi ved OsloMet, tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Vår overordnede problemstilling er som følger:

- Hvordan fremtrer helsepedagogikk i emneplanene til bachelorutdanningene i ergoterapi, sykepleie og fysioterapi?

For å belyse problemstillingen stiller vi følgende forsknings spørsmål:

- Hvor ofte forekommer helsepedagogiske temaer i emneplanene?
- Hvor ofte er det sammenheng i emneplanenes beskrivelser av innhold, læringsutbytte, arbeids- og undervisningsform og vurdering som didaktiske kategorier?

Studien kan gi et grunnlag for å sammenligne program- og emneplaner før og etter at forskriften har trådt i kraft; det vil si fra og med opptak til studieåret 2020/2021.

Begrepet helsepedagogikk

Vi definerer begrepet helsepedagogikk som læring, undervisning og veiledning innen helse. Brukermedvirkning og kommunikasjon mellom helsepersonell, pasienter, brukere og pårørende utgjør her en kjerne (Tveiten, 2016). En helsepedagogisk tilnærming innebærer å legge til rette for økt kunnskap om egen helse, gi sosial og emosjonell støtte og bidra til mestring av helseutfordringer (Dalland, 2010). Den innbefatter også kunnskaper og ferdigheter i brukermedvirkning og evnen til å formidle kunnskap om helse og sykdom på en måte som er tilpasset den enkeltes behov (Ekeland & Heggen, 2007). Vi bruker heretter «pasienter» som et samlebegrep. Det vil som sådan omfatte både «brukere» og «pårørende».

Begrepet helsepedagogikk kom opprinnelig fra sykepleiefaget, men ble senere spesielt knyttet til etableringen av lærings- og mestringssentrene i spesialisthelsetjenesten og forbundet med pedagogiske begreper som brukermedvirkning og brukerkunnskap (Hvinden, 2011). Etter samhandlingsreformen (HOD, 2009) fikk begrepet et utvidet nedslagsfelt da kommunene også fikk et ansvar for lokal lærings- og mestringsevne. I *Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (HDIR, 2015) sies det at fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten har en bred pedagogisk funksjon. De skal legge til rette for læring og mestring hos pasienter, enten det er personer som opplever akutte eller langvarige helseutfordringer, fysiske og psykiske belastninger, eller står i fare for å utvikle helseutfordringer (HDIR, 2015). Helsepedagogikkbegrepet brukes i dag både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, både innen forebyggende og helsefremmende arbeid og innen rehabilitering (Jensen, Grønabæk, & Reventlow, 2016).

Tidligere forskning

Det mangler studier av hvordan helsepedagogikk forekommer i program- og emneplaner. Det er nylig gjort en intervjustudie av 3. års studenters erfaringer med helsepedagogiske temaer i utdanningen (Christiansen, Holmberg, Erichsen, & Vågan, 2018). Den viser at studenter ikke opplever at utdanningen har vektlagt temaer som mestring og pedagogikk i tilstrekkelig grad og at begrepet helsepedagogikk er diffust og lite integrert i undervisning og praksisstudier. Senere års studier av høyere utdannings program- og emneplaner har i stor grad handlet om læringsutbyttebeskrivelser generelt og ikke om helsepedagogikk spesielt. For eksempel har man undersøkt bruken og forståelsen av selve læringsutbyttebegrepet (Gynnild, 2017; Sørskår, 2015), sammenlignet læringsutbyttebeskrivelser på ulike læreplannivåer (Prøitz, Havnes, Briggs, & Scott, 2017) samt undersøkt i hvilken grad læringsutbyttebeskrivelser i emner og kurs influerer undervisning, vurdering og studentlæring (Caspersen, Frølich, & Muller, 2017; Sweetman, 2017). Vi etterlyser studier av helsepedagogikk i program- og emneplaner som ikke utelukkende undersøker oppfatninger, bruk og

konsekvenser av læringsutbyttebeskrivelser, men som i større grad trekker veksler på didaktiske relasjonsmodeller i analysen. Med det mener vi analyser som kan identifisere sammenhenger og helheter i læreplanene.

Læreplaner – et didaktisk relasjonsperspektiv

Læreplan betyr en plan for studenters læring. Med Goodlads (1979) læreplanteoretiske forståelse som et bakteppe, avgrenser vi oss i vår studie til å undersøke det han kaller «den formelle læreplanen», og da slik vi oppfatter denne («den oppfattede læreplanen»). «Den formelle læreplanen» innebærer i vår sammenheng de nåværende ramme-, program- og emneplanene for studentenes læring (som snart fases ut) og det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket (NKR) for høyere utdanning (Kunnskapsdepartementet, 2011). I rammeplanene, sammen med det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket, angis de overordnede nasjonale rammene for utdanningene. Dette kommer til uttrykk i beskrivelser av innhold, mål og organisering for utdanningene. Rammeverket er igjen nærmere presisert og utdypet gjennom formelle program- og emneplaner. I de enkelte programplanene fortelles det nærmere om studiets oppbygging, hva som er kandidatens/studentens forventede læringsutbytte, studiets faglige innhold, studiets oppbygging, arbeids- og undervisningsformer og hva som er studiets vurderings-/eksamensformer. Emneplanene har programplanen som basis for sine konkretiseringer. I emneplanene gis også nærmere informasjon om omfang i studiepoeng, studentens læringsutbytte, emnets/emnenes faglige innhold (temaer), arbeids- og undervisningsformer, vurderings-/eksamensformer og vurderingsuttrykk knyttet til undervisning i det spesifikke emnet.

Ifølge Pettersen (2005) utgjør de didaktiske grunnkategoriene formål, mål, innhold og metode selve grunnstrukturen i formelle læreplaner (Bjørndal & Lieberg, 1978; Hiim & Hippe, 2009). På denne bakgrunn finner vi det i vår undersøkelse av de nåværende ramme-, program- og emneplanene relevant å skille mellom læreplanenes «hvorfor», «hva» og «hvordan». Formålet med profesjonsutdanningene, læreplanens «hvorfor», er å kvalifisere til arbeid innen et spesifikt yrke med visse krav til yrkesrettet kompetanse. Profesjonsutdanningene på universitet og høyskoler er tuftet på en yrkesrettet læreplanmodell som ikke bare skal fremme teoretisk kunnskap, men også praktiske kunnskaper og ferdigheter som er ansett som nødvendige for å imøtekomme yrkeslivets krav (Karseth, 2006). Dette er et premiss i våre analyser. Læreplanens «hva» viser til to sider ved læreplanen – dens mål og innhold. Mens målkategorien er ment som en presisering av formålet i form av konkrete kunnskaper, ferdigheter og holdninger som undervisningen er rettet mot, handler innhold om undervisningens tema eller sak. I profesjonsutdanninger er mål og innhold begrunnet ut fra sin relevans for den profesjonelle yrkesutøvelsen. Dette gjelder ikke i like stor grad for universitetenes fagstudier som oftere er basert på en kognitiv avgrensning av et kunnskapsfelt (Smeby, 2008). Læreplanens «hva» er også knyttet til læremål eller læringsutbytte, herunder til de konkrete kunnskapene, ferdighetene og holdningene som undervisning og praksisstudier er rettet mot og som studentene skal tilegne seg. Formål, mål og innhold er igjen nært forbundet med metodekategorien – læreplanens «hvordan»; det vil si spørsmålet om utdanningens arbeids- og undervisningsformer, arbeidskrav og vurderingsformer. Når vi i tråd med dette benytter oss av et didaktisk relasjonsperspektiv (Bjørndal & Lieberg, 1978) i analysen av emneplanene, er det fordi vi er opptatt av om disse planene i sin pedagogiske grunnstruktur kan sies å være organisert på en sammenhengende og meningsfylt måte. Mer spesifikt innebærer dette at vi vil se nærmere på sammenhengen og forholdet mellom de nevnte didaktiske grunnkategoriene. For å bruke Biggs' (2003) terminologi

undersøker vi om kategoriene er «stilt på linje» og «trekker i samme retning». Et av spørsmålene vi stiller er hvor ofte emneplanene trekker forbindelseslinjer mellom utdanningens formål og de grunnleggende didaktiske kategoriene mål, innhold, arbeids- og undervisningsformer og vurdering. Relasjonsdidaktiske modeller er anvendbare, ikke bare som grunnlag for praktisk-pedagogiske handlinger, men også som utgangspunkt for didaktisk analyse av læreplaner generelt.

Data og analyse

For å undersøke hvor ofte helsepedagogiske temaer forekommer i emneplanene og hvor ofte det foreligger sammenhenger i emneplanenes beskrivelser av didaktiske kategorier, har vi gjort en såkalt summativ innholdsanalyse (Fauskanger & Mosvold, 2014; Østrem & Hanssen, 2018). Summative innholdsanalyser undersøker hvordan ord eller innhold fremtrer i en bestemt sammenheng, for eksempel (som i vår studie), ved å undersøke antallet forekomster av et bestemt ord (Fauskanger & Mosvold, 2014). I denne studien har vi tatt utgangspunkt i antallet forekomster av ord og formuleringer når det gjelder helsepedagogikk, slik de står skrevet i emneplanenes innholdsbeskrivelser, læringsutbyttebeskrivelser, arbeids- og undervisningsformer og vurdering. Basert på sentrale faglige definisjoner og beskrivelser av helsepedagogikk (Christiansen, 2013; Dalland, 2010; Ekeland & Heggen, 2007; Tveiten, 2016) begynte vi med å søke etter følgende ord i emneplanene for de respektive utdanningene: «*helsepedagogikk*», «*kommunikasjon*» (inkludert «*relasjon*» og «*samtale*»), «*brukermedvirkning*» (inkludert «*medvirkning*» «*brukerorientert/sentrert*», «*samarbeid*» og «*empowerment*»), «*pedagogikk*» (inkludert «*informasjon*», «*rådgivning*», «*undervisning*», «*veiledning*», «*læring*») og «*mestring*» (inkludert «*mestringsteori*», «*mestringsstrategier*» «*leve med helseutfordringer*»). Analyseenheten for analysen er tekstbiter eller setninger hvor ett eller flere av slike ord og begreper er anvendt. En mulig begrensning ved studien handler om begrepsvaliditet. Grunnen er at vi ikke kan vite med sikkerhet om setninger som inneholder andre ord og begreper likevel er ment å adressere temaer som mestring eller brukermedvirkning. Et eksempel kan være setninger som at studenter «har kunnskap om pårørendes situasjon» eller «har kunnskap om autonomi». Vi må derfor ta et visst forbehold om hvorvidt dataene kan sies å være gode eller valide representasjoner av det vi undersøker. Å vurdere dette krever imidlertid et annet datamateriale.

Analysen besto av tre hovedfaser. I første fase kodet førsteforfatter (AV) og to av medforfatterne (NBØ og LGR) det empiriske materialet uavhengig av hverandre ved å registrere alle setninger i emneplanene som brukte ett eller flere ord og begreper. I andre fase ble det foretatt en felles gjennomgang av materialet for å sikre at alle aktuelle setninger var registrert. I tredje fase ble tekstbitene, som inneholdt ett eller flere av hovedordene nevnt ovenfor, telt opp og lagt inn i en tabell som viser antallet forekomster av ord innen hver didaktisk kategori (AV). Som Pettersen (2005) påpeker, kan det være utfordrende å identifisere sammenhenger og helhet i program- og emneplaner og hvordan de ulike kategoriene er ment å henge sammen. Tabellene gir en enkel, men informativ oversikt over hvor ofte det foreligger sammenheng mellom kategoriene. En fordel ved summative innholdsanalyser er at de gjør det mulig å sammenligne forekomster på tvers av institusjoner, kontekster eller i vårt tilfelle; helsefagutdanninger. De egner seg derimot i mindre grad til mer inngående og teoretisk ladede «tykke beskrivelser», eksempelvis av enkeltutdanningers program- og emneplaner og hvordan fag- og profesjonsspesifikke begrepsforståelser kommer til uttrykk. Andre typer innholdsanalyser, som konvensjonelle eller teoridrevne innholdsanalyser, kan være mer egnet her (Østrem & Hanssen, 2018).

Emneplanene utgjør hovedmaterialet for analysen, men vi viser i presentasjonen av resultatene også til innholdet i ramme- og programplanenes beskrivelser i presentasjon av resultatene. Førsteforfatter søkte etter setninger og ord i rammeplanene for utdanningene som eksplisitt viste til sentrale helsepedagogiske tema. Datamaterialet (det vil si ramme-, program- og emneplaner) utgjør 240 sider. Samtlige medforfattere bidro dessuten i utforming av problemstilling og i drøftelser av resultatene.

I gjennomgangen av resultatene viser vi først til innhold i ramme- og programplanen for den enkelte utdanning. Dernest skisserer vi i tabell antall emner som inneholder setninger med ordene mestring, brukermedvirkning, pedagogikk og kommunikasjon og hvor ofte disse ordene forekommer i de didaktiske kategoriene.

Resultater

Bachelorutdanningene i sykepleie, ergo- og fysioterapi har et faglig innhold organisert i 12–15 emner, som til sammen utgjør 180 studiepoeng. De består også av utdanningsspesifikk del og en felles innholdsdel på 30 studiepoeng bestående av vitenskapsteori, forskningsmetode og etikk og samfunnsfaglige emner.

Ergoterapiutdanningen

Ergoterapiutdanningen er inndelt i 4 hovedemner og 12 delemner og inkluderer praksisstudier i et omfang på 45 studiepoeng (Kunnskapsdepartementet, 2005). Bortsett fra mestringsbegrepet, som ikke forekommer i rammeplanen, nevnes medvirkning, pedagogikk og kommunikasjon både i rammeplanen og i programplanen for utdanningen (HiOA, 2013a). Det står for eksempel i rammeplanen under formål at utdanningen skal «utdanne brukerorienterte og reflekterte yrkesutøvere som er kvalifisert til å arbeide med å fremme befolkningens helse- og livskvalitet» (Kunnskapsdepartementet, 2005). Vektleggingen av kunnskap om brukermedvirkning gjenspeiles i programplanen hvor det fremheves at studenter etter fullført studium skal kunne «samhandle i en terapeutisk relasjon og arbeide i samsvar med prinsippene for brukersentrert praksis» (HiOA, 2013a).

Går vi til emneplanene ser fordelingen av ordbruken på de didaktiske kategoriene slik ut:

Tabell 1.

| Ergoterapi | Emner | Innhold | Læringsutbytte | Arbeid./und.form | Vurdering |
|----------------|-------|---------|----------------|------------------|-----------|
| Mestring | 2/12 | 2 | 1 | – | – |
| Br.medvirkning | 2/12 | 2 | 2 | – | – |
| Pedagogikk | 5/12 | – | 5 | – | – |
| Kommunikasjon | 8/12 | 2 | 8 | – | – |

Ser vi først på antall emner, hvor ord relatert til helsepedagogikk er oppført, er det kommunikasjon som forekommer i flest av dem. Kunnskaper og ferdigheter innen kommunikasjon tematiseres i 8 av 12 emner totalt, i alle studieår og i praksisstudier i 2. og 3. studieår. Samtlige emner i studiet utgjør 15 studiepoeng. Videre ser vi at kommunikasjon er nevnt i innholdsbeskrivelsen og i læringsutbytteformuleringene i 2 av de 8 emnene. Hvordan emnets innhold er vurdert ut fra hvilket læringsutbytte studentene skal ha i de øvrige 6 emnene, er derfor uklart. Når det gjelder ordet pedagogikk, ser vi at det mangler innholdsbeskrivelser i samtlige 5 emner. Selv om temaet «på papiret» blir berørt i 5 av 12 emner, er det vanskelig

å vite hvordan forholdet mellom de didaktiske grunnkategoriene er analysert i utformingen av emneplanene.

Brukermedvirkning ser vi tematiseres i to emner (emnene utgjør til sammen 30 studiepoeng) i siste studieår og forekommer i innholdsbeskrivelsene så vel som i læringsutbyttebeskrivelsene. Under emnet «ergoterapi innen allmennhelse og arbeidshelse» står det at studenter skal tilegne seg «bred kunnskap om ulike perspektiver på brukermedvirkning, medvirkningsformer og medvirkningspolitikk» og utvikle ferdigheter i det å «kritisk reflektere over ulike former for brukermedvirkning». Bortsett fra én formulering under læringsutbyttene til praksisstudiene er det utelukkende teoretiske kunnskaper og ferdigheter som forventes. At temaet ikke har større plass i emneplanene, fortøner seg som noe underlig, tatt i betraktning at rammeplanen og programplanen vektlegger det som en sentral del av profesjonsfaget og profesjonell praksis. Mestring ser heller ikke ut til å få stor plass i emneplanene. Mestring nevnes ikke i rammeplanen, men i programplanens overordnede læringsutbyttebeskrivelser står det likevel at studenter etter endt utdanning «kan bidra til å fremme helse, muliggjøre aktivitet, inkludering og deltagelse gjennom tilrettelegging for mestring av hverdagsaktiviteter».

Vi fant ingen eksempler på beskrivelser av arbeids- og undervisningsformer eller vurderingsformer i de ulike emnene som gjenspeiler innholds- og læringsutbyttebeskrivelser av helsepedagogiske tema. Arbeidskravene består ofte av studieoppgaver, tilstedeværelse på gruppearbeid, seminar, samarbeidsmøter og midtveis- og sluttvurderinger. De typiske vurderingsformene er skriftlige og muntlige eksamener, praktisk og klinisk eksamen eller formativ vurdering i praksisperioden med utgangspunkt i læringsutbyttene. Ordet helsepedagogikk er ikke brukt, verken i ramme-, program- eller emneplaner.

Sykepleieutdanning 1

Sykepleieutdanningen er fordelt på 4 hovedemner og 13 delemner (de fleste på 15 studiepoeng) og innbefatter praksisstudier på 90 studiepoeng (Kunnskapsdepartementet, 2008). Rammeplanen og programplanen nevner både pedagogikk og kommunikasjon som sentral kompetanse innen sykepleie. Handlingskompetanse knyttet til pedagogikk, undervisning og veiledning av pasienter er skilt ut som et eget område i rammeplanen. Rammeplanens mål- og læringsutbyttebeskrivelser sier blant annet at studenter etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse til å «informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om problemer og behov som oppstår ved sykdom, lidelse og død» (Kunnskapsdepartementet, 2008). Derimot nevner verken ramme- eller programplanen (HiOA, 2013d) fremtidige sykepleieres kompetanse knyttet til det å bidra til mestring av helseutfordring eller hvordan involvere pasienter i helsetjenester. Tabell 2 viser hvordan hovedtemaene fremtrer i emneplanene for den ene sykepleieutdanningen:

Tabell 2.

| Sykepleie 1 | Emner | Innhold | Læringsutbytte | Arbeid./und.form | Vurdering |
|----------------|-------|---------|----------------|------------------|-----------|
| Mestring | 3/13 | – | 3 | – | – |
| Br.medvirkning | 4/13 | – | 4 | – | – |
| Pedagogikk | 4/13 | – | 4 | – | – |
| Kommunikasjon | 9/13 | – | 9 | – | – |

Antall emner, hvor ord relatert til helsepedagogikk forekommer, er nokså lik emneplanen for ergoterapiutdanningen. Kommunikasjon med pasienter er også her det temaet som

fremtrer i flest emner, i alle tre studieår og i teoriundervisning så vel som praksisstudier. Her vektlegges både kunnskaper, ferdigheter og generell kommunikasjonskompetanse til ulike målgrupper, som for eksempel pasienter med psykiske lidelser eller akutt/kritisk syke pasienter. Under emnet «kliniske studier i sykepleie, helsefremmende og forebyggende arbeid» (2. studieår) står det for eksempel at kandidater etter fullført emne «har kunnskap om gruppeprosess og kommunikasjon».

Et særpreg ved dette studiestedets emneplan er at det mangler innholdsbeskrivelser for emnene. Under informasjon om emnenavn, antall studiepoeng og emnetype (blant annet) oppgis læringsutbyttebeskrivelsene, inndelt i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. I emneplanene for de øvrige bachelorutdanningene følger det en emnebeskrivelse før læringsutbyttebeskrivelsene. Hvorfor disse mangler er vanskelig å vite sikkert, men i en relasjonsdidaktisk sammenheng bidrar det til uklarhet rundt hvordan innhold og læringsutbytte er ment å skulle relatere seg til hverandre. I likhet med ergoterapiutdanningen er kunnskap om hvordan helsepersonell kan bidra til mestring av helseutfordringer blant pasienter det som berøres i minst grad. Én forklaring kan som tidligere nevnt være at verken ramme- eller programplanen berører tematikken.

Som i tilfellet med ergoterapiutdanningene finner vi ikke i sykepleierutdanning 1 eksempler på arbeidskrav eller vurderingsformer som reflekterer innholds- og/eller læringsutbyttebeskrivelser til emner med helsepedagogiske tema. Ordet helsepedagogikk forekommer heller ikke.

Sykepleieutdanning 2

Til forskjell fra sykepleieutdanning 1, berøres både mestring, brukermidvirkning og empowerment i programplanen for sykepleieutdanning 2. Eksempelvis står det under læringsutbyttebeskrivelsene at uteksaminerte kandidater skal kunne «ivareta pasientens rett til medbestemmelse og medvirkning» (HiOA, 2013c). Det står videre at studiestedet «har valgt profilen folkehelse, med et helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv» og at «forskningsprogrammet 'Helse og Empowerment' avspeiles i det læringsutbyttet vi forventer at studentene skal inneha etter endt utdanning» (HiOA, 2013c).

Tabell 3.

| Sykepleie 2 | Emner | Innhold | Læringsutbytte | Arbeid./und.form | Vurdering |
|----------------|-------|---------|----------------|------------------|-----------|
| Mestring | 5/13 | 1 | 4 | – | – |
| Br.medvirkning | 7/13 | 4 | 5 | – | – |
| Pedagogikk | 8/13 | 2 | 6 | – | – |
| Kommunikasjon | 9/13 | 3 | 6 | 1 | – |

Bortsett fra kommunikasjon, forekommer mestring, brukermidvirkning og pedagogikk i flere emner enn sykepleieutdanning 1, selv om noen av emnene (6/13) utgjør 10 og ikke 15 studiepoeng. 7 av 13 emner nevner brukermidvirkning, og det vises gjentatte ganger til tematikken i innholds- og læringsutbyttebeskrivelser (9 ganger i alt). Likevel er det bare i to emner at temaet nevnes både i innholds- og læringsutbyttebeskrivelsene. Ser man nærmere på læringsutbyttebeskrivelsene indikerer de at studenter skal tilegne seg profesjonelle holdninger eller teoretisk kunnskap om brukermidvirkning og empowerment som ikke er direkte knyttet til praktiske handlinger og beslutninger. I læringsutbyttebeskrivelsene til emnet «sykepleie til pasienter i kommunehelsenesten» (3. studieår) står det for eksempel at

studenter etter endt emne skal «forklare hvordan aldersforandringene og sykdommene innvirker på grunnleggende behov, total fungeringsevne, helse, velvære, livskvalitet, empowerment, håp og mestring» (HiOA, 2013c).

Vi fant ett arbeidskrav som knytter an til helsepedagogisk kompetanse. Under emnet «Grunnleggende sykepleie 1» er kravet at studentene skal skrive «refleksjonsnotater fra kommunikasjons- og samhandlingsøvelsene». Ordet helsepedagogikk forekommer ikke.

Fysioterapiutdanning

Fysioterapiutdanningen er også fordelt på fire hovedemner, men er organisert i færre emner (10 i antall, fra 10 til 35 studiepoeng). Praksisstudiene tilsvarer totalt 45 studiepoeng. De helsepedagogiske temaene som vi er opptatt av blir adressert både i ramme- og programplan. I rammeplanens målbeskrivelse står det for eksempel om brukermedvirkning at fysioterapeuter skal ha en bred forståelse «for betydningen av en god og likeverdig medvirkning av pasient/bruker» (Kunnskapsdepartementet, 2004). Det står likeledes i programplanens innledning at «autoriserte fysioterapeuter tilrettelegger for god og likeverdig medvirkning fra pasient/bruker» (HiOA, 2013b). Mestring aktualiseres som nevnt også i begge styringsdokumentene. Under delemnet «behandling, rehabilitering og habilitering», som angis i rammeplan (under hovedemnet «helse og sykdom, vurdering og tiltak»), står det at studenter skal tilegne seg «kunnskap som grunnlag for å fremme pasientens funksjonsevne og mestringskompetanse». Fordelingen på de didaktiske kategoriene for fysioterapiutdanningen ser slik ut:

Tabell 4.

| Fysioterapi | Emner | Innhold | Læringsutbytte | Arbeid./und.form | Vurdering |
|----------------|-------|---------|----------------|------------------|-----------|
| Mestring | 2/10 | 1 | 1 | – | – |
| Br.medvirkning | 2/10 | – | 2 | – | – |
| Pedagogikk | 5/10 | 2 | 5 | – | – |
| Kommunikasjon | 5/10 | 1 | 5 | – | – |

Vi ser igjen at mestring og brukermedvirkning tas opp i få emner. Studieemnene på studiet utgjør mellom 10 og 35 studiepoeng. De helsepedagogiske temaene forekommer oftest i det største emnet på studiet (35 studiepoeng) som heter: «Forebygging, behandling, rehabilitering og habilitering – spesifikke pasient-/brukergrupper». Det kan tyde på at helsepedagogisk problematikk er konsentrert rundt dette emnet i 2. studieår. Videre ser vi at også for denne utdanningen er det få tilfeller hvor innholdsbeskrivelser og læringsutbyttebeskrivelser av mestring og brukermedvirkning (for eksempel) relaterer seg til hverandre på en tydelig måte. I de to tilfellene, hvor brukermedvirkning nevnes i læringsutbytte, mangler dette i beskrivelsen av innholdet i emnet. Verbbruken i læringsutbyttebeskrivelsene tyder videre på at det primært er profesjonelle holdninger og deskriptiv kunnskap om brukermedvirkning man forventer at studentene skal tilegne seg. Under emnet «kunnskapsbasert praksis i fysioterapi» står det for eksempel at studenter skal kunne «anerkjenne brukerkunnskap og brukermedvirkning i helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende virksomhet» (HiOA, 2013b).

Vi fant ikke noen beskrivelser av arbeidskrav eller vurderingsformer som tar opp kommunikasjon, pedagogikk, brukermedvirkning eller mestring. Ordet helsepedagogikk brukes heller ikke.

Diskusjon

Analysen viser for det første en manglende sammenheng og konsistens mellom hva rammeprogram-, og emneplanene vektlegger av helsepedagogiske tema. Vi fant for eksempel at mens rammeplanen (Kunnskapsdepartementet, 2005) og programplanen for ergoterapiutdanningen (HiOA, 2013a) er opptatt av at utdanningen skal utdanne «brukerorienterte» yrkesutøvere som kan «arbeide i samsvar med prinsippene for brukersentrert praksis», forekommer brukermedvirkning bare i to av 12 studieemner. Et annet eksempel er emneplanen for fysioterapiutdanningen. Selv om mestring og medvirkning tas opp i ramme- og programplan, vies temaene oppmerksomhet i 2 av 10 studieemner, altså nokså få.

En komparativ studie av ramme-, program-, emne- og fagplaner i sykepleieutdanning og grunnskolelærerutdanningene i Norge og England (Prøitz et al., 2017) finner tilsvarende svake sammenhenger i de norske planene. I en NOKUT-evaluering (Sørskår, 2015) rapporterer flere institusjoner om at arbeidet med å utarbeide læringsutbyttebeskrivelser har vært uvant og at det har igangsatt prosesser med å tydeliggjøre sammenhengene mellom slike beskrivelser i studieemner og studieprogram. Det kan tilvarende tenkes at det har vært en manglende bevissthet om tematikken i utformingen av planene vi har sett på i vår studie.

Gjennomgangen av planene for sykepleieutdanning 2 viser manglende sammenheng «oppover». Det vil si at mens både mestring og brukermedvirkning vies oppmerksomhet i program- og emneplanene, tas ikke dette opp i rammeplanen. Som vist tidligere fremtrer temaer som mestring, medvirkning og pedagogikk her i flere emner, sammenlignet med de andre utdanningene. En mulig forklaring kan være at utdanningen har utviklet en lokal faglig profil som vektlegger helsepedagogiske tema i større grad (HiOA, 2013c).

Et fellestrekk for samtlige emneplaner som vi har studert, er mangelen på sammenheng mellom de didaktiske kategoriene vi har belyst. Gundem (1990) kaller kategoriene for læreplanens «selvfølgeligheter» fordi de er sentrale og ofte i forgrunnen for planlegging og organisering av undervisning. I praktisk lærerarbeid innebærer det en erkjennelse av at overveielser og valg knyttet til en kategori har konsekvenser for andre kategorier. Analysen av emneplanene har vist at kunnskapsmålene eller læringsutbyttebeskrivelser til en rekke studieemner mangler innholdsbeskrivelser. Mål- og innholdsbeskrivelser knyttet til helsepedagogikk gjenspeiles heller ikke i arbeids- og undervisningsformer og vurdering. Arbeidskravene består ofte av studieoppgaver, tilstedeværelse på gruppearbeid, seminar, samarbeidsmøter og midtveis- og sluttvurderinger. De typiske vurderingsformene er skriftlige og muntlige eksamener, praktisk og klinisk eksamen eller formativ vurdering i praksisperioden med utgangspunkt i læringsutbyttene. Det er som før nevnt ytterst få henvisninger til arbeidskrav som relateres til helsepedagogisk kompetanse.

Det er derfor vanskelig å identifisere en sammenheng og helhet i emneplanenes beskrivelser av helsepedagogiske tema. Som andre har erfart (Pettersen, 2005) får man et inntrykk av at målformuleringer, innholds- og læringsutbyttebeskrivelser står i et utvendig og uavhengig forhold til hverandre. Kategoriene trekker sjelden «i samme retning». Vi argumenterer for betydningen av at det skapes tydelige sammenhenger mellom læringsutbyttebeskrivelser, læringsaktiviteter og vurderingsform (Biggs & Tang, 2011; Bjørndal & Lieberg, 1978). Det forutsetter at man inviterer til og gir rom til å trekke forbindelseslinjer mellom de grunnleggende didaktiske kategoriene mål, innhold, arbeidsmåter og vurdering (Bjørndal & Lieberg, 1978). Resultatene fra våre analyser gir ikke grunnlag for å konkludere om de nevnte didaktiske kategorier er tenkt innrettet og ordnet til hverandre på en måte som stimulerer til læring.

Det er stort sett generelle og teoretiske kunnskaper om brukermedvirkning og mestring som ser ut til å forventes av studenter eller kandidater, noe vi leser ut av verbbruken i

læringsutbyttebeskrivelsene. Et eksempel gitt tidligere er fra emnet «ergoterapi innen allmennhelse og arbeidshelse» hvor det fremheves at studenter skal tilegne seg «bred kunnskap om ulike perspektiver på brukermedvirkning, medvirkningsformer og medvirkningspolitikk». Blant få eksempler som fremhever praktiske kunnskaper og ferdigheter i hvordan man kan legge til rette for mestring blant pasienter er emnet «sykepleierens funksjon og oppgaver i hjemmesykepleie» (sykepleierutdanning 2). Det står at studenter skal kunne «informere, undervise og veilede pasienter med langvarige helseproblemer og deres pårørende, for å fremme læring og mestre hverdagen i eget hjem og oppleve livskvalitet» Mestring er imidlertid det ordet som nevnes i færrest studieemner for samtlige utdanninger.

Dette er på kollisjonskurs med utviklingstrekkene innen helsetjenesten med sine sterke føringer på brukerorienterte tjenester og tilbud (HOD, 1999a). Helsetjenesten i vestlige land har gjennomgått en demokratiseringsprosess som innebærer at pasienter har rett til å medvirke i beslutninger som angår egen helse (Tveiten, 2016; WHO, 1998). I overensstemmelse med dette understrekes det i faglitteraturen viktigheten av praktisk og relasjonell kompetanse i hvordan man kan legge til rette for medvirkning fra pasienter og samhandle på måter som styrker deres evne til å mestre hverdagen (Christiansen, 2013). Vi tar i vår diskusjon også høyde for at profesjonsutdanningene er basert på en yrkesrettet læreplanmodell (Karseth, 2006). Det betyr at studenter i profesjonsutdanninger ikke bare er forventet å skulle tilegne seg teoretiske kunnskaper, men også praktiske ferdigheter, profesjonell dømmekraft og evne til å anvende teoretisk kunnskap på praktiske problemstillinger (Molander & Terum, 2008). Dette påkaller helhet og meningsfull sammenheng i hvordan utdanningene er organisert. Å utvikle evnen til å anvende teoretisk kunnskap og å lære om hvordan legge til rette for brukermedvirkning og mestring i samhandling med pasienter, blir følgelig vanskelig uten at det foreligger læringsutbyttebeskrivelser, læringsaktiviteter og vurderingsformer som kan bidra til dette.

Ordet helsepedagogikk er heller ikke å finne verken i rammeplanene eller program- og emneplanene, noe som kan tyde på at dette begrepet har hatt lite gjennomslag i utdanningene. Selv om sentrale sider ved helsepedagogikk som undervisning, læring og veiledning av pasienter er velkjent, synes ikke begrepet å være like utbredt i utdanningenes fagmiljø (Tveiten, 2016). Studier av studenterfaringer tyder på at begrepet er lite anvendt i teoriundervisning og praksisstudier (Christiansen, Vågan, Holmberg & Erichsen, 2018).

Den nylige vedtatte forskriften om felles rammeplan for alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanninger (Kunnskapsdepartementet, 2017) gir som nevnt føringer om at utdanningene styrker studenters helsepedagogiske kompetanse. Dette er i tråd med utviklingen i sektoren hvor fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten har fått en bredere pedagogisk funksjon innen spesialist- og kommunehelsetjenesten, både innen forebyggende og helsefremmende arbeid og innen rehabilitering (HDIR, 2015). Vår analyse av gjeldende planer tyder på at helsepedagogiske tema har en lite fremtredende og utydelig plass. I vår undersøkelse finner vi at det er en manglende sammenheng mellom læreplandokumenter på ulike nivå. I tillegg er sammenhengene mellom de didaktiske kategoriene mangelfullt beskrevet i emneplanene.

Videre forskning

Program- og emneplanene som vi har sett på er fra studentkullet 2013–2016 og ikke fra årets kull (vår 2019). Planene for 2019-kullet er ikke vesentlig forskjellig fra de vi har undersøkt. De er basert på samme rammeplan, men har blitt noe forandret fra år til år. Vi planlegger imidlertid en oppfølgingsstudie av hvilke endringer som blir foretatt etter at forskrift

om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger og nasjonale retningslinjer trer i kraft fra og med opptak til studieåret 2020/2021. Det er et behov for flere studier av program- og emneplaner, med ulike teoretiske perspektiver og analysemetoder. Det trengs også analyser av hvordan læringsutbyttebeskrivelser, læringsaktiviteter og vurderingsformer bidrar til utviklingen av helsepedagogisk kompetanse, deriblant studier av veiledning i praksisstudier og samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene.

Litteratur

- Biggs, J. (2003). *Teaching for quality learning at University*. Buckingham: SRHE and Open University Press.
- Biggs, J., & Tang, C. (2011). *Teaching for Quality Learning at University* (utgave Ed.). Glasgow: SRHE and Open University Press Imprint.
- Bjørndal, B., & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken? En innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: Aschehoug.
- Caspersen, J., Frølich, N., & Muller, J. (2017). Higher education learning outcomes – Ambiguity and change in higher education. *European Journal of Education*, 52(1), 8–19. DOI: <https://doi.org/10.1111/ejed.12208>.
- Christiansen, B. (2013). Levevaner og endringsprosesser – konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 161–187). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B., Vågan, A., Holmberg, V., & Erichsen, T. (2018). Hva kjennetegner tredjeårs bachelorstudenters erfaringer med helsepedagogikk i utdanningen? Manus sendt inn til tidsskrift.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fauskanger, J., & Mosvold, R. (2014). Innholdsanalysens muligheter i utdanningsforskning. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 4, 339–252.
- FHI. (2014). *Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Goodlad, J. (1979). *Curriculum inquiry. The study of curriculum practice*. New York: McGraw-Hill.
- Gundem, B. (1990). *Læreplanpraksis og læreplanteori*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gynnild, V. (2017). Læringsmål eller læringsutbyttebeskrivelser? En empirisk, konstruktiv studie av begrepsbruken. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 101(3), 225–238.
- HDIR. (2015). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. IS-2651.
- Hiim, H., & Hippe, E. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- HiOA. (2013a). *Programplan for bachelor i ergoterapi, 2013–2016*.
- HiOA. (2013b). *Programplan for bachelor i fysioterapi, 2013–2016*.
- HiOA. (2013c). *Programplan for bachelor i sykepleie, 2013–2016, campus Kjeller*.
- HiOA. (2013d). *Programplan for bachelorstudium i sykepleie, 2013–2016, campus Pilestredet*.
- HOD. (1999a). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999a)*.
- HOD. (1999b). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- HOD. (2009). *St.meld nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- HOD. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*
- Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og meistringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I A. Lerdal & M. Fagermoen (Red.), *Læring og meistring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 48–62). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, B., Grønabæk, M., & Reventlow, S. (Red.) (2016). *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard.
- Karseth, B. (2006). Curriculum restructuring in higher education after the Bologna process: A new pedagogic regime? *Revista Espanola de Eduation Comprada*, 12, 255–284.

- Kunnskapsdepartementet. (2004). *Rammeplan for fysioterapeututdanning*. Tidligere utdannings- og forskningsdepartementet.
- Kunnskapsdepartementet. (2005). *Rammeplan for ergoterapeututdanning*. Utdannings og forskningsdepartementet.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykeleierutdanning*.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*.
- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*.
- Molander, A., & Terum, L. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I A. Molander & L. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13–27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pettersen, R. (2005). *Kvalitetslæring i høyere utdanning. Innføring i problem- og praksisbasert didaktikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Prøitz, T., Havnes, A., Briggs, M., & Scott, I. (2017). Learning outcomes in professional contexts in higher education. *European Journal of Education*, 52, 31–43. DOI: <https://doi.org/10.1111/ejed.12207>.
- Smeby, J. (2008). Profesjon og utdanning. I A. Molander & L. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 87–102). Oslo: Universitetsforlaget.
- Strøm, A. (2010). *Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt*. (ph.d), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Sweetman, R. (2017). HELOs and student centred learning – where 's the link? *European Journal of Education*, 52(1), 44–55. DOI: <https://doi.org/10.1111/ejed.12202>.
- Sørskår, A. (2015). *Kartlegging av læringsutbyttebeskrivelser*. Sluttrapport. NOKUT.
- Tones, K. (2009). Værder, ideologi og sundhedsfremme. I M. Carlsson, V. Simovska, & B. Jensen (Red.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis* (s. 31–46). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Genève.
- Wistoft, K. (2009). *Sundhedspædagogik. Viden og værdier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Østrem, S., & Hanssen, B. (2018). Videreutdanning i veiledning for lærere: rasjonalitet og kontinuum. *Uniped*, 41(2), 106–119.