



# Helsepedagogikk – fra begrep til praksis i helsefagutdanninger: Hva kjennetegner studentenes erfaringer?

## Patient education – from conceptual understanding to practical competence in health education bachelor studies: What characterizes the students' experiences?

Bjørg Christiansen

professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet  
[bjorgchr@oslomet.no](mailto:bjorgchr@oslomet.no)

Vigdis Holmberg

universitetslektor, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – storbyuniversitetet  
[vigdisho@oslomet.no](mailto:vigdisho@oslomet.no)

Torunn Erichsen

førstelektor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet  
[teri@oslomet.no](mailto:teri@oslomet.no)

André Vågan

seniorforsker, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, (NK LMH), Oslo Universitetssykehus HF  
[andre.vaagan@mestring.no](mailto:andre.vaagan@mestring.no)

### Sammendrag

Helsepedagogikk er et sammenfattende begrep for læring, veiledning og undervisning av pasienter som hjelp til å mestre sykdom og fremme helse. Helsepedagogiske ferdigheter fremtrer i læreplaner til bachelorutdanningene i ergoterapi, sykepleie og fysioterapi. Basert på funn i en kvalitativ studie diskuterer artikkelen hvordan helsefagstudenter fra disse utdanningene erfarer sammenhengen mellom teoretisk undervisning og helsepedagogiske ferdigheter i praksisstudier. Selv om helsepedagogiske tema ble belyst i den teoretiske delen av utdanningen, savnet studentene mer sammenheng og forankring av helsepedagogiske ferdigheter i kliniske studier. Studien viser at bachelorutdanningene i ergoterapi, sykepleie og fysioterapi bør styrke sammenhenger (koherens) mellom teoretiske og praktiske læringsaktiviteter i denne tematikken. Artikkelen avslutter med å vise til behov for videre forskning.

Nøkkelord

pasientundervisning, helsefagstudenter, sammenheng, helsepedagogiske ferdigheter

### Abstract

Health education is regarded as a concept for learning, counseling and teaching of patients that enable them to cope with illness and improve their health. Thus skills in health education is part of the curriculum of baccalaureate degree programs within nursing, as well as physical and occupational therapy. From findings in a qualitative study the article discusses how health care students experience the coherence between theoretical studies of health

education and development of pedagogical skills during practical studies. Although topics within health education are addressed in the theoretical part of their education, the students asked for more coherence and anchoring of key pedagogic skills during clinical studies. The study shows that the bachelor programs in occupational therapy, nursing and physiotherapy should strengthen the coherence between theoretical and practical learning activities in this theme. At last the article points to needs for further research.

#### Keywords

patient education, health care students, coherence, pedagogical skills

## Introduksjon

Helsepedagogikk er et sammenfattende begrep for læring, veiledning og undervisning av pasienter og brukere, hvor brukermedvirkning og dialogpreget kommunikasjon står sentralt (Tveiten, 2016). Det er en kompetanse som er relevant både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, også som ledd i helsefremmende arbeid (Folkehelseloven, 2011). Helsevikt og sykdom kan medføre behov for endring av levevaner og utvikling av nye ferdigheter som innebærer læring for å kunne mestres. Helsepersonell må sikre at pasienter og brukere får tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Dalland, 2010). En stor europeisk undersøkelse viser at helsekompetansen i befolkningen er utilstrekkelig (Sørensen et al., 2015). Opplæring av pasienter og pårørende har lenge vært en lovpålagt oppgave for helsepersonell. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstand og helsehjelp. Loven gir også anvisninger om at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Disse føringene innebærer at pasientens møte med helsepersonell i mange tilfelle må betraktes som en læresituasjon, hvor hjelp til mestring av helseproblem og sykdom er sentralt. (Christiansen, 2020; Tveiten, 2016).

Som ledd i å styrke helsepedagogisk kompetanse hos bachelorstudenter i sykepleie, ergo- og fysioterapi er det vedtatt felles læringsutbyttebeskrivelser innen relasjonsbygging, veiledning og kommunikasjon fra 2020/2021 (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningen, 2017). Det innebærer økt fokus på læringsaktiviteter innen dette feltet. En sentral utfordring for profesjonsutdanninger i sykepleie, fysio- og ergoterapi er at læringsaktiviteter foregår både i utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet, som er ulike læringsarenaer. Det medfører særskilte krav til å skape sammenheng (koherens) mellom en teoretisk forståelse av helsepedagogikk, og hvordan man anvender dette i relasjon til pasienter og brukere i praksissituasjoner. Ifølge Smeby & Heggen (2014) handler koherens på programnivå om hvordan utdanningsprogrammet medvirker til å skape integrasjon og sammenheng mellom undervisning og praksisopplæring. Hatlevik & Havnes (2017) hevder at koherens også kan forstås som muligheter studenter har til å håndtere spenninger og skape opplevelse av sammenheng og mening i utdanningen. Selv om ulike arenaer og overganger mellom disse i løpet av studiet kan være utfordrende, innebærer det også viktige læringsprosesser for studentene (Smeby & Mausestagen, 2017). Van Oers (1998) mener at for å skape sammenheng i utdanningen, må kunnskap rekontekstualiseres. Han skiller mellom to hovedformer, enten ved at kjent kunnskap settes inn i nye sammenhenger (horisontal rekontekstualisering), eller at man med utgangspunkt i teoretisk kunnskap utvikler nye aktiviteter, handlingsmønstre og metoder i praksis (vertikal rekontekstualisering). Koherens omfatter derfor hjelp til studenter med å rekontekstualisere kunnskaper de har utviklet i én læringsarena over i en annen (Heggen & Raaen, 2014). Basert på funn i sin studie hevder Smeby & Vågan (2008) at utdanningsprogram som fremmer studentenes evne

til kritisk refleksjon og fokus på kunnskapens relevans, bidrar til en horisontal rekontekstualisering av kunnskap.

Når den teoribaserte undervisningen om helsepedagogiske tema foregår i en studiekontekst som er ulik yrkesfeltet, skapes utfordringer knyttet til sammenheng i utdanningen. Tankegangen er at det som læres via bøker og artikler (selvstudier), i klasserom og simuleringsavdeling, skal anvendes i praksissituasjoner kunnskapen er rettet mot. Å lese om, skrive, diskutere eller simulere veiledning og dialogpreget kommunikasjon i pasientrelasjoner, er andre former for læringsaktiviteter enn å befinne seg ansikt til ansikt med pasient, klient og bruker. Van Oers (1998) understreker derfor at læring innebærer omforming (rekontekstualisering) av kunnskap i møte med nye situasjoner, for eksempel når teoretisk kunnskap om helsepedagogikk tilegnet på utdanningsinstitusjonen skal anvendes i praksisstudier.

Sammenheng og rekontekstualisering av kunnskap i helsefagutdanninger har, så vidt vi kjenner til, i liten grad vært utforsket. I en studie fra simulerings- og ferdighetsavdelingen i sykepleierutdanningen fant imidlertid Bjørk, Christiansen, Havnes & Hessevaagbakke (2015) at førsteårsstudenter rekontekstualiserte kunnskap når de forestilte seg hvordan hygieniske prinsipper i forbindelse med sårstell kunne ivaretas i et pasientrom. Vågan & Heggen (2014) fant at simulering og veiledning i praksisstudier ga sykepleierstudenter anledning til å rekonstekstualisere kunnskap. En studie viste at sykepleierstudenter sjelden erfarte at sykepleiere planla eller dokumenterte pedagogiske aktiviteter i relasjon til pasienter (Halse, Fonn & Christiansen, 2014).

## Hva kjennetegner helsepedagogikk?

Historisk kan helsepedagogikk forstås i lys av demokratiseringsprosessen i vestlige land, som har medført en dreining fra helsetjenestens fokus på helseopplysning og etterlevelse, til vektlegging av pasienters deltakelse, ressurser og medvirkning (Tones, 2009; Wistoft, 2009). En konsekvens er at begrepene empowerment, brukermedvirkning (pasientmedvirkning) og mestringstro ofte brukes i tilknytning til helsepedagogikk. Begrepsmessig har helsepedagogikk i første rekke vært knyttet til helserelaterte lærings- og mestringssentre på sykehus (LMS), hvor helsepedagogikken innebærer et likeverdig samarbeid mellom fagpersoner og brukerrepresentanter (tidligere pasienter) (Hvinden, 2011). Begrepet har også i mange år vært sentralt innen helsefremmende arbeid (Kamper-Jørgensen & Almind, 2003).

Både i kommune- og spesialisthelsetjenesten vil helsepersonell stå overfor pedagogiske utfordringer i møte med personer med helseproblemer, pasienter og pårørende. Som Dalland (2010, s. 25) sier, er disse utfordringene ikke et fag som skal læres, men liv som skal leves. Som pasient kan mestring derfor innebære både nyorientering og læring. Uavhengig av hvor i helsetjenesten man befinner seg vil helsepedagogisk kompetanse i vår sammenheng stille krav til oppdatert fagkunnskap innen sykepleie, fysio- eller ergoterapi, samt pedagogiske og kommunikative ferdigheter. Begrepsmessig har en didaktisk relasjonsmodell som opprinnelig ble utviklet for grunnskolen (Bjørndal & Lieberg, 1978), også vært tematisert som et helsepedagogisk redskap når målgruppene er pasienter og pårørende (Kvangarnes, 2007; Christiansen, 2020). Modellen gir en oversikt over seks gjensidig innvirkende forhold helsepersonell bør være oppmerksom på når de skal informere og veilede personer i en sårbar og særegen livssituasjon: Pasientens forutsetninger for læring og mestring, hvilken situasjon eller kontekst man befinner seg i, pasientens mål, ønsker eller behov, innholdet, metodikk- og endringsarbeid, samt prosessvurdering. Modellen viser

hvordan en veiledende holdning forutsetter en dialogpreget kommunikasjon, der veilederen tar utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse. En dialogpreget kommunikasjon med aktiv lytting og spørsmål legger til rette for at den andre oppdager og lærer hva som er aktuelle handlinger for ham eller henne, og hva som er til hinder for endring (Christiansen, 2020).

En innholdsanalyse av hvordan helsepedagogikk fremtrer i læreplaner til bachelorutdanningene i ergoterapi, sykepleie og fysioterapi viste en manglende sammenheng mellom læreplandokumenter på ulike nivå (ramme-, program-, og emneplaner) og mellom didaktiske kategorier som mål, innhold, og arbeids- og undervisningsformer (Vågan, Raaen, Ødegaard, Rajka & Tveiten, 2019). Til tross for at studenters læring av helsepedagogikk er lite utforsket, har noen studier hatt fokus på helsepedagogisk kompetanse hos helsepersonell. Ifølge Hessevaagbakke (2017) opplevde sykepleiere at helsepedagogisk kunnskap eller kompetanse var lite vektlagt i deres utdanning. Andre studier tyder på manglende pedagogisk kompetanse ikke bare hos sykepleiere (Aghakhani, Nia, Ranjbar, Rahbar & Beheshti, 2012), men også fysioterapeuter (Caladine, 2013; Jensen, Gwyer, Shepard & Hack, 2000) og ergoterapeuter (Youngson, 2016).

### Studiens kontekst

Bachelorutdanningene i sykepleie, ergo- og fysioterapi har et faglig innhold som er organisert i 12–14 emner som til sammen utgjør 180 studiepoeng. Fordelingen av studiepoeng i teoretiske og praktiske studier i utdanningene er henholdsvis 90/90 (sykepleie), 105/75 (ergoterapi) og 108/72 (fysioterapi). I praksisstudiene får studentene veiledning av ansatte fra egen profesjon, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Lærere i alle utdanningene er også involvert i veiledning av studenter i praksisstudier, vanligvis i form av gruppeveiledning. I sykepleierutdanningen deltar også lærer sammen med praksisveileder i halvtids- og sluttvurdering av studentene. I ergo- og fysioterapiutdanningen er ansvar for vurdering av studentene i større grad tillagt praksisveileder, med unntak av halvtidsvurdering 2. år (ergoterapiutdanningen) og når det er tvil om hvorvidt studenten har bestått.

### Hensikt

Hensikten med vår studie er å undersøke hvordan helsefagstudenter opplever sammenhengen mellom teori- og praksisstudier i tilknytning til helsepedagogikk som tema. Forskningsspørsmålet vi stiller er: Hvordan opplever tredjeårs sykepleie-, ergo- og fysioterapistudenter at utdanningene legger til rette for læring av helsepedagogikk?

### Design og metode

Studien er kvalitativ med et beskrivende og utforskende design basert på fokusgruppeintervju med 24 avgangsstudenter fra sykepleie, ergoterapi- og fysioterapiutdanningen ved samme høyskole. Fokusgruppeintervju er egnet til å produsere data om deltagerens forståelser, synspunkter og erfaringer med en tematikk som alle har et forhold til (Halkier, 2010). Deltagerens kommentarer til hverandres utsagn, sammenligninger og engasjement kan gi gode, komplekse data. Fokusgruppeintervju er derfor en metode som drar nytte av dynamikken som kan oppstå mellom deltagerne, og er kjennetegnet av en ikke styrende intervjustil (Halkier, 2010; Kvale & Brinkmann, 2015).

## Utvalg

Utvalget var strategisk, med deltagere fra tre helseprofesjonsutdanninger ved samme høgskole. Deltagerne var tredjeårsstudenter fra henholdsvis sykepleie (fra to campuser), ergoterapi- og fysioterapiutdanningen. Brev med informasjon om studien og forespørsel om deltagelse ble sendt til respektive studieledere ved de ulike utdanningene. Vi fikk deretter hjelp av kontaktpersoner (høgskolelektorer) ved hvert studie til å rekruttere aktuelle studenter til fokusgruppene.

**Tabell 1.**

| Fokusgrupper | Deltagere | Varighet |
|--------------|-----------|----------|
| Sykepleie A  | 7         | 85 min   |
| Sykepleie B  | 5         | 88 min   |
| Fysioterapi  | 7         | 80 min   |
| Ergoterapi   | 3         | 77 min   |

## Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på slutten av vårsemesteret 2017 på de ulike studiestedene, rett før studentene skulle uteksamineres til sine respektive yrker. Intervjuene foregikk med utgangspunkt i en felles tematisk guide som inneholdt spørsmål om hvordan ulike helsepedagogiske tema ble vektlagt i utdanningene. Vi var interessert i erfaringer med begrepet helsepedagogikk og relaterte tema som helsepedagogisk kommunikasjon, brukermedvirkning, veiledning og undervisning både i teori- og praksisstudier. Vi ønsket at studentene skulle snakke mest mulig fritt, og at de skulle uttrykke seg på en konkret og eksemplifiserende måte. Moderator ved alle intervjuer var ekstern forsker uten tilknytning til noen av utdanningene. Co-moderator under intervjuene var en faglig ansatt ved hver av utdanningene. Rollen til co-moderator var å bidra til utfyllende, oppfølgende spørsmål ved behov, og å ha et blikk for dynamikken i gruppen, slik at alle kom til orde. Det ble benyttet lydopptaker under intervjuene, og intervjuene ble transkribert ordrett av en forskningsassistent.

## Etiske overveielser

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste ble konsultert, men prosjektet er ikke meldepliktig. Før gjennomføringen av intervjuene ble det innhentet informert, skriftlig samtykke fra studentene med informasjon om at deltagelsen var frivillig, og at de når som helst og uten begrunnelse kunne trekke seg i prosjektperioden. Personopplysninger er aidentifisert, og vi oppbevarer ikke navneliste over deltagerne. Lydfiler ble slettet etter transkribering. Transkribert materiale er lagret på passordbeskyttet PC og vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

## Analyseprosess

Analyseprosessen kan karakteriseres som tematisk. Med inspirasjon fra Braun & Clarke (2006) innebærer det å analysere frem mønstre i form av tema i data. I vår studie ble analyseprosessen gjennomført i tre faser: I første fase ble transkripsjonene lest helhetlig og mest mulig åpent. En innledende, åpen gjennomlesing av første- og sisteforfatter ga grunnlag

for å opprette tekstnære koder, som beskriver avsnitt eller mindre utsnitt (meningsenheter) i datamaterialet. Deretter ble transkripsjonene fargekodet systematisk ved at meningsenheter (setninger, avsnitt) ble markert i tekstene. Det resulterte i en foreløpig tematisk sammenfatning av hvert fokusgruppeintervju som ble diskutert på felles forskermøte med medforfatterne, hvor innspill ble tatt med videre i analyseprosessen. Andre fase innebar en restrukturering og sammenfatning av meningsinnhold på tvers av de fire fokusgruppeintervjuene under fire tematiske overskrifter som strukturerer funnfremstillingen. I tredje fase ble funnene diskutert i lys av relevant teori og forskning, slik det fremgår av diskusjonen. Prosjektets medforfattere bidro underveis i fase to og tre med innspill som hadde betydning for verifisering og tydeliggjøring av meningsinnhold.

## Funn

### Studentenes oppfatninger av helsepedagogikk

Sykepleierstudentene oppfattet helsepedagogikk i første rekke som et teoretisk begrep relatert til pensumlitteratur, spørsmål til eksamen og forelesninger om health literacy (kognitive og sosiale ferdigheter som kreves for å nyttiggjøre seg helsefremmende informasjon). Helsepedagogikk ble også forbundet med den didaktiske relasjonsmodellen i teoriundervisningen. I den sammenheng skulle studentene lage et undervisningsopplegg for diabetespasienter basert på modellen. Helsepedagogikk ble imidlertid også assosiert med praksisstudier. Som en student sa: «Du skal snakke med pasienter og forklare deres situasjon. (Du skal) undervise og veilede i forhold til sykdom og behandling». Gjennomføringen i praksisstudier ble imidlertid opplevd som utfordrende. En student savnet eksempelvis plan for opplæring av diabetespasienter i hjemmesykepleien som læringsaktivitet, ut over å: «( . . . ) sette selve (insulin)sprøyta». Studentene formidlet også et ureflektert forhold til den didaktiske relasjonsmodellen. Som en student sa: «Man begynner ofte med å skape en relasjon, og da har man kommet flere trinn i modellen uten at man tenker over det».

I motsetning til sykepleierstudentene kunne ikke fysioterapistudentene huske begrepet fra undervisningen. Ergoterapistudentene hadde lest om begrepet i pensumlitteratur, men mente det sjelden ble brukt i undervisning og i praksisstudier. Likevel oppfattet de at helsepedagogikk på mange måter er vevet inn i utdanningen. De assosierte det til brukere som eksperter på seg selv, empowerment, health literacy og mestringsstrategier, og mente de burde hatt mer om helsepedagogikk i utdanningen.

### Synspunkter på kommunikasjon i helsepedagogikk

Sykepleierstudentene mente at kommunikasjon hadde vært et gjennomgående, men likevel diffust tema i utdanningen, selv om de øvde på åpne og lukkede spørsmål. De relaterte også kommunikasjon til pasienter med kroniske lidelser: «Da var det viktig at pasienten forsto hva som ble sagt om forløp og behandlingsopplegg». Senere ble kommunikasjon «liksom bare nevnt at det er viktig hele tiden». Studentene savnet konkrete tilbakemeldinger på egen kommunikasjon i praksisstudier, utover læringsutbyttet om at man «kan kommunisere som forventet».

Blant fysioterapistudentene var det enighet om at det hadde vært mye om kommunikasjon i utdanningen, særlig i første studieår. Da fikk de undervisning om hva som skal til for å skape en god relasjon med en pasient eller bruker; at man er lyttende, stiller åpne spørsmål og får pasienten til å reflektere over sin egen situasjon. De mente også at praksisveiledere var opptatt av hvordan studentene kommuniserte: «om man har god kontakt med pasientene og hvordan du instruerer og forklarer ting», som en uttrykte det. Fysioterapistudentene savnet

imidlertid mer øvelse i hvordan man kan kommunisere for å bidra til endring av pasientens levevaner, et tema de assosierte mest med teoriundervisning.

Ifølge ergoterapistudentene hadde det vært et særlig fokus på empatisk kommunikasjon, betydningen av å stille ulike typer spørsmål, og å være i stand til å sikre at pasient/bruker har «forstått det riktig, da». De hadde også lært mye om betydningen av kroppsspråk i verbal kommunikasjon. Studentene opplevde at kommunikasjonsundervisningen i første studieår hadde vært for teoretisk orientert. Det gjorde det vanskelig å forstå hva man skulle «bruke det til». I likhet med studenter fra de øvrige bachelorutdanningene etterlyste også ergoterapistudenter mer kunnskap og trening i motiverende samtale.

### Studentenes erfaringer med pasientens (brukerens) mål, behov og medvirkning

Ifølge sykepleierstudentene ble brukermedvirkning og empowerment noe tematisert i undervisningen, mens de i praksisstudier hadde erfart at mangel på *tid* ofte avgjorde om pasienten fikk prøve selv i ulike aktiviteter.

Selv om begrepet brukermedvirkning ikke ble anvendt så ofte i fysioterapiutdanningen, relaterte studentene det til å «lytte til hva pasienten ønsker». Tilpassing av informasjon til den enkelte pasientens behov og ønsker hadde vært vektlagt gjennomgående i utdanningen. Studentene opplevde at praksisveiledere hadde fokus på at pasienten måtte være med på å sette mål: «Det skal være realistisk og oppnåelig», tilpasset hverdagen til den enkelte. De hadde erfart at brukermedvirkning også handlet om å få til en balanse der man møtes på halvveien. Dette gjaldt særlig i situasjoner der pasienter hadde høye forventninger som «fiks meg».

Ergoterapistudentene var stolte over at brukermedvirkning var et sentralt tema i utdanningen, og de fremhevet at ergoterapi ikke bare er å jobbe med hjelpemidler: «Vi vil være kjent for brukermedvirkningen vår og empowerment». De forklarte ergoterapi som hjelp til selvhjelp, forankret i brukerens interesser, ønsker, vaner og tankesett, og at pasientens meninger er med i utforming av realistiske mål. Det kunne by på verdimeslige utfordringer «hvis en person har andre mål enn det samfunnet/pengene sier at vi skal ha». Studentene mente det kunne være utfordrende å balansere mellom brukermedvirkning og ansvarsfraskrivelse i praksisstudier. De hadde en liste med konkretisering av læringsutbyttene som også omhandlet klientsentrering og brukermedvirkning hvor de måtte ha «utført alt» for å bestå praksis.

### Erfaringer med veiledning og undervisning av pasienter

I praksisstudiene hadde sykepleierstudentene erfart at flere pasienter hadde veiledningsbehov knyttet til kosthold og livsstil. De hadde møtt utfordringer når noen pasienter virket lite mottagelige for informasjon, og etterlyste mer kunnskap og trening i hvordan veilede pasienter. Selv om de erfarte at veiledning og undervisning var overlappende begreper i praksis, differensierte de: «Veiledning er mer å dra inn pasienten i prosessen (. . .) hvordan de selv tenker». Likevel mente de at sykepleierens pedagogiske funksjon var lite tydelig i praksisstudiene. En student sa at hun «har aldri fulgt en veileder som har sagt at nå skal vi veilede en pasient fordi det å undervise er en del av vår funksjon som sykepleier».

Fysioterapistudentene beskrev at det hadde vært lite fokus på undervisning av pasienter eller pårørende i utdanningen: «Vi har vel lært litt om hvordan vi kan legge opp et treningsopplegg i forhold til ulike typer sykdommer, men kanskje ikke så mye om at man forklarer det underveis og sånne ting . . .». Det hadde vært litt tilfeldig om de erfarte

pasientundervisning i form av gruppetrening i praksis. Fysioterapistudentene opplevde at utdanningen særlig fokuserte på individuell tilpasning av språkbruk, vurdering av pasientforberedthet og -forståelse, og de hadde hatt teoretisk innføring i motiverende samtale og modeller for adferdsendring. Selv om de øvde på å intervju hverandre første året, var det vanskelig å gjennomføre endringsorientert veiledning med pasienter.

Undervisning ble oppfattet som et diffust begrep for ergoterapistudentene. De kunne ikke huske å ha lært noe om hvordan undervise pasienter/brukere, men assosierte undervisning til opplæring i bruk av elektrisk rullestol. Veiledning forbandt de med å hjelpe personen med å oppdage ting selv: «Å oppdage ting selv (for en bruker) er veldig mye mer motiverende i lengden». Veiledning innebar at man «guider, prøver å demonstrere, vise frem». Klientsentrering var hele tiden i fokus i utdanningen, noe som, ifølge studentene, innebar at det alltid er brukeren som har svaret. Likevel må man «komme med tips» tilpasset den enkelte. Å gi generelle råd, eksempelvis ved forflytning, kan være helt feil for enkeltpersonen, mente de.

## Diskusjon

Studien viser at alle studentene oppfattet begrepet helsepedagogikk som fjernt og diffust, lite anvendt eller integrert i utdanningene. Til tross for dette formidlet sykepleierstudentene at helsepedagogikk hadde sammenheng med den didaktiske relasjonsmodellen og health literacy (helsekompetanse), som fremsto som relativt «skolsk» tematikk for dem. Ergoterapistudentene mente at helsepedagogikk hadde sammenheng med brukermedvirkning, empowerment og mestringsstrategier som var sentralt i utdanningen. Til tross for ulik vektlegging av brukermedvirkning som begrep i utdanningene, formidlet alle studentgruppene en pasient- og klientsentrert holdning, med et meningsinnhold hvor det å lytte og ta utgangspunkt i den enkelte var sentralt. Hatlevik og Havnes (2017) fremhever hvordan studenter som aktører skaper meningsfulle sammenhenger i utdanningen. Koherens blir da, ifølge forfatterne, at studentene søker etter relevante sammenhenger i utdanningen. Slike prosesser innebærer rekontekstualisering av kunnskap (van Oers, 1998). Våre funn illustrerer hvordan rekontekstualisering kan innebære utvikling av en mer nyansert begrepsforståelse. I praksisstudiene hadde studentene eksempelvis erfart at brukermedvirkning også kan medføre avveininger og utfordringer. Selv om brukerbegrepet vektlegger aktivitet og deltagelse, kan det, ifølge Fjørtoft (2016), begrepsmessig tilsløre personers lidelse og omsorgsbehov.

Studentenes vage forståelse av didaktisk relasjonsmodell og pasientundervisning illustrerer imidlertid at helsepedagogisk begreps- og teoriforståelse i liten grad rekontekstualiseres i praksisstudier.

Studien viser at alle studentgruppene savnet mer sammenheng mellom teoretisk undervisning og øvelse i kommunikative ferdigheter knyttet til endringsprosesser hos pasienter og brukere. Selv om fysioterapistudentene erfarte at praksisveiledere var opptatt av hvordan de kommuniserte, savnet de mer øvelse i hvordan de kunne bidra til endring av pasientens levevaner. Det var et tema de assosierte med teoriundervisning. Kommunikative ferdigheter i endringsprosesser innebærer, ifølge Barth & Näsholm (2007), å hjelpe personen til å holde en reflekterende distanse som ledd i å mestre utfordringer og ferdigheter i hverdagslivet. Rekontekstualisering kan innebære at utdanningen tilrettelegger for at teoretisk kunnskap omformes og omsettes til praktisk bruk blant annet via simulering (Wang & Hannafin, 2005). Vår studie viser også betydningen av at praksisstudier har læressituasjoner som gir studentene trening i hvordan de kan veilede (eller undervise) pasienter, brukere og klienter



hvor helsepedagogiske tema får relevans og gyldighet. Sykepleierstudentene hadde erfart at pasienter med akutt og/eller kronisk sykdom hadde behov for veiledning om endring av kosthold og levevaner. I slike situasjoner la studentene vekt på at de behersket det faglige innholdet i det de skulle veilede eller undervise om. Ifølge studien til Svavarsdóttir, Sigurðardóttir og Steinsbekk (2015) forventet pasientene at informasjonen som ble gitt dem, var vitenskapsbasert. Våre funn tyder på et uutnyttet potensiale når det gjelder å styrke sammenheng mellom teori- og praksisstudier. Eksempelvis kunne studentene i slike situasjoner også sett relevansen av andre elementer i den didaktiske relasjonsmodellen. Å veilede til endring av livsstil eller mestring av hverdagsliv med kronisk sykdom krever både fagkunnskap, didaktiske og kommunikative ferdigheter hos de ulike helsefaglige profesjonene (Christiansen, 2020; Tveiten, 2016; Hessevaagbakke, 2017).

Vår studie viser at selv om studentene ser sammenhenger mellom helsepedagogiske tema og spesifikke situasjoner eller kontekster i praksisstudier, ønsker de et sterkere fokus, mer øvelse og tilbakemeldinger knyttet til helsepedagogisk kompetanseutvikling. Tidligere studier har også vist at det ikke er gitt at helsefagstudenter møter gode læresituasjoner eller praksisveiledere med slik kompetanse, og som vektlegger det i yrkesutøvelsen (Hessevaagbakke, 2017; Youngson, 2016; Halse et al., 2014; Caladine, 2013). Ifølge Hvinden (2011) er det store forskjeller på hvor godt helsepedagogikk i regi av LMS-ene (lærings- og mestringscentre) er integrert i helseforetakenes helhetlige gjennomføring av pasient- og pårørendeopplæring. Det får også konsekvenser for studentenes praksisstudier innen dette feltet at helsepedagogikk får lite fokus både på sykehusavdelinger og i helsefagutdanningenes læreplaner slik studien til Vågan et al. (2019) viser.

Selv om studentene er aktører i det å skape meningsfulle sammenhenger (koherens) mellom teori- og praksisstudier (Hatlevik & Havnes, 2017), tyder også funn på at utdanningsprogrammene må skape en bedre integrasjon og sammenheng mellom undervisning og praksisstudier i helsepedagogiske tema. Det må med andre ord skapes en sterkere grad av koherens på programnivå (Smeby & Heggen, 2014; Vågan et al., 2019). Biggs (2003) fremhever at det må skapes god sammenheng mellom læringsutbyttebeskrivelser, læringsaktiviteter og vurderingsform. Ifølge Prøitz (2015) defineres læringsutbytte vanligvis på en måte som tar lite høyde for sosiale og kontekstuelle aspekter ved læring. I vår studie eksemplifiseres det ved at sykepleierstudentene opplevde at læringsutbytte i kommunikasjon var generelt formulert i praksisstudiene, noe som også kan være medvirkende til at de savnet tilbakemeldinger fra veileder på sin kommunikasjon med pasienter og pårørende. Ergoterapistudentene derimot, erfarte at konkrete læringsutbytter i tilknytning til klientsentrering var nyttige redskap i læringsprosess og vurdering av kompetanse i praksisstudier. Vår studie viser at det er behov for mer konkrete læringsutbyttebeskrivelser i helsepedagogikk som tar høyde for kontekstuell særpreg i praksisstudier. Det innebærer å beskrive læresituasjoner i praksisfeltet som har relevans for studentenes utvikling av helsepedagogiske ferdigheter.

Vurdering eller tilbakemelding er et sentralt element i praksisveiledningen, som er viktig for studentens læringsprosess (Bjerknes & Christiansen, 2015). Kompetanseutvikling forutsetter trening kombinert med veiledning og tilbakemelding på det man gjør (Smeby, 2010). Helsepedagogiske tenkemåter og metoder må med andre ord erfares av studentene.

## Metodediskusjon

Gyldighet og nøyaktighet i kvalitative intervjuundersøkelser bør, ifølge Kvale og Brinkmann (2015), gjennomsyre hele forskningsprosessen. Til tross for at rekrutteringen til fokusgruppeintervjuene var noe ujevn mellom de ulike utdanningene, anså vi det empiriske materialet

som tilstrekkelig rikholdig for studiens hensikt. Likevel ville flere fokusgruppeintervjuer kunne bidratt til ytterligere nyansering og verifisering av studiens tematikk. For å sikre god kvalitet på intervjuene la vi vekt på at alle skulle komme til orde uten å snakke i munnen på hverandre, og at meningsinnhold ble verifisert under og på slutten av intervjuene. Både moderator og co-moderator var oppmerksomme på at alle i gruppen kom til orde, for å motvirke konformitet og tendens til polarisering i fokusgruppeintervju (Halkier, 2010). Innspill fra medforskere underveis i analyseprosessen kan karakteriseres som en kommunikativ validering (Kvale & Brinkmann, 2015) som bidro til å skjerpe det analytiske blikket.

## Konklusjon

Til tross for et relativt begrenset datamateriale, underbygger studien behovet for å styrke helsepedagogisk kompetanse for å imøtekomme forskrift om felles rammeplan for helseprofesjonsutdanningene. Ifølge forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017) innebærer det styrket kompetanse innen relasjonsbygging, veiledning og kommunikasjon. Studien viser at utdanningene i større grad bør styrke sammenhenger (koherens) mellom teoretiske og praktiske læringsaktiviteter innenfor denne tematikken. Mye viktig kunnskap på feltet forblir teoretisk for studentene fordi de ikke får tilstrekkelig trening, ikke minst i praksisstudiene. Denne tematikken bør forfølges på en mer utdypende måte via studier med større utvalg fra relevante utdanningskontekster. Det er også viktig å initiere samarbeidsprosjekter mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt, hvor man konkretiserer sammenhenger mellom læringsutbytter og relevante helsepedagogiske læresituasjoner.

## Litteratur

- Aghakhani, N., Nia, H. S., Ranjbar, H., Rahbar, N., & Beheshti, Z. (2012). Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(1), 12–15.
- Barth, T., & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale – Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Biggs, J. B. (2003). *Teaching for quality learning at university*. Buckingham: The Open University Press.
- Bjerknes, M. S., & Christiansen, B. (Red.). (2015). *Praksisveiledning med sykepleierstudenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjork, I. T., Christiansen, B., Havnes, A., & Hessevaagbakke, E. (2015). Exploring the black box of practical skill learning in the clinical skills center. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(11), 131–138.
- Bjørndal, B., & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken*. Oslo: Aschehoug.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Caladine, L. (2013). Physiotherapists construction of their role in patient education. *International Journal of Practice-based Learning*, 1(1), 37–49.
- Christiansen, B. (2020). Didaktiske perspektiv på helseveiledning. I B. Christiansen (red.), *Helseveiledning* (s. 47–72). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2010). *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseoven (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. (2017). Kunnskapsdepartementet (FOR-2019-11-01-1459). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halse, K., Fonn, M., & Christiansen, B. (2014). Health education and the pedagogical role of the nurse: Nursing students learning in the clinical setting. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 30–37. DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n3p30>
- Hatlevik, I. K. R., & Havnes, A. (2017). Perspektiver på læring i profesjonsutdanninger – fruktbare spenninger og meningsfulle sammenhenger. I S. Mausethagen & J. C. Smeby (red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 191–203). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heggen, K., & Raaen, F. D. (2014). Koherens i lærarutdanninga. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 98(1), 3–12.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Hessevaagbakke, E. (2017). *Kjennetegn ved sykepleierens pedagogiske kompetanse*. Avhandling dr. polit.-graden, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hvinden, K. (2011) Etablering av lærings- og mestringssentra – historie, grunnlagstenkning, innhold og organisering. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. (s. 48–62). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jensen, G. M., Gwyer, J., Shepard, K. F., & Hack, L. M. (2000). Expert practice in physical therapy. *Physical Therapy*, 80(1), 28–44. DOI: <https://doi.org/10.1016/b978-141600214-7.50016-1>
- Kamper-Jørgensen, F., & Almind, G. (2003). *Forebyggende sunhedsarbejde*. (4. utg.) Danmark: Munksgaard.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvangarnes, M. (2007). Helsearbeidaren som pedagog. I T. J. Ekeland & K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjøring. Reform eller retorikk?* (s.184–200). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV 2019-12-20-104). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prøitz, T. S. (2015). *Læringsutbytte*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smeby, J. C. (2010). Profesjon og utdanning. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 87–103). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smeby, J. C., & Heggen, K. (2014). Coherence and the development of professional knowledge and skills. *Journal of Educational and Work*, 27(1), 71–91. DOI: <https://doi.org/10.1080/13639080.2012.718749>
- Smeby, J. C., & Mausethagen, S. (2017). Profesjonskvalifisering. I S. Mausethagen & J. C. Smeby (red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 11–20). Oslo: Universitetsforlaget.
- Smeby, J. C., & Vågan, A. (2008). Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians. *Journal of Education and Work*, 21(2), 159–173.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, Á. K., & Steinsbekk, A. (2015). How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health professionals with experience in patient education. *BMC Medical Education*, 15, 87. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12909-015-0370-x>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>
- Tones, K. (2009). Værdier, ideologi og sundhedsfremme. I M. Carlsson, V. Simovska & B. Bruun Jensen (red.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis* (s. 31–46). Aarhus Universitetsforlag.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- van Oers, B. (1998). The Fallacy of Detextualization. *Mind, Culture, and Activity*, 5(2), 135–142. DOI: [https://10.1207/s15327884mca0502\\_7](https://10.1207/s15327884mca0502_7)
- Vågan, A., & Heggen, K. (2014). Contextualisation and learning: A comparative study of student teachers and student nurses. *Journal of Education and Work*, 27(6), 608–628. DOI: <https://doi.org/10.1080/13639080.2013.787484>
- Vågan, A., Eika, K., & Skirbekk, H. (2016). Helsepedagogisk kompetanse, læring og mestring. *Sykepleien Forskning*, 11(59702), (e-59702). DOI: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2016.59702>

- Vågan, A., Raaen, F. D., Ødegaard, N. B., Rajka, L. G. K., & Tveiten, S. (2019). Helsepedagogikk i læreplaner – en didaktisk analyse. *Uniped*, 4, 368–380.
- Wang, F., & Hannafin, M. J. (2005). Design-based research and technology-enhanced learning environments. *Educational Technology Reserch and Development*, 53(4), 5–23.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/bf02504682>
- Wistoft, K. (2009). *Sundhedspædagogik – viden og værdier*. København: Hans Reitzel.
- Youngson, A. (2016). *An occupational therapy perspective on diabetes*, PhD-thesis, Lancaster University, England.