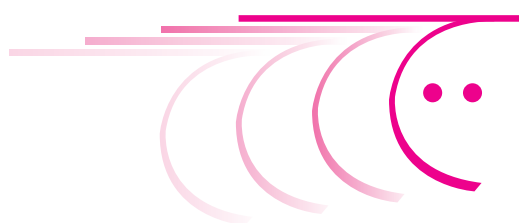




# UDDANNELSESNYT



# FSUS



side **19** Akademisk tilgang  
i klinisk praksis



side **26** BOGANMELDELSE  
Kommunikation  
i kontekst



side **28** Bestyrelsesvalg  
FSUS 2015



# Indholdsfortegnelse

- 3 **Leder**  
Af Lisbeth Vinberg Engel
- 5 **Et eksempel på en sociodramatisk kommunikationsøvelse i palliativ pleje**  
Af Carsten Juul Jensen
- 11 **Experiential learning methods and the enchancement of healthcare educator's cultural awareness**  
Af Liisa Koskinen m. fl.
- 16 **Diskussionsoplæg** udarbejdet af bestyrelsen af Fagligt selskab for undervisende sygeplejersker vedrørende kombinationsstillinger
- 19 **Akademisk tilgang i klinisk praksis -et tilbud der styrker sygeplejerskestuderende i undring og faglig argumentation.**  
Af Diana Skaaning, Mette Baumgarten, Marie-Louise Sharp-Johansen og Anne Panknin Kristensen
- 24 **Generalforsamling og temadag**
- 25 **Boganmeldelser:**
- Ideudvikling- en Multimodal tilgang til innovationens kreative faser.** Brian Due
- Kommunikation i kontekst.** Helle Merete Nordentoft & Birgitte Ravn Olesen

# Leder

Af: Lisbeth Vinberg Engel · [lisbeth.vinberg.engel@gmail.com](mailto:lisbeth.vinberg.engel@gmail.com)

---



Så har vi taget hul på et nyt år – også her i Uddannelsesnyt, som faktisk har 25 års jubilæum i år. I redaktionsgruppen synes vi det skal fejres og planlægger derfor et jubilæumsskrift senere på året. Så det ser vi frem til at præsentere.

I dette første nummer i 2005 kan du glæde dig til at læse artiklen Et eksempel på en sociodramatisk kommunikationsøvelse i palliativ pleje af Lektor og cand.cur Carsten Juul Jensen fra UCC Hillerød. I artiklen kan man læse, hvorledes sociodramatiske metoder kan være med til at kvalificere kommunikationen med mennesker med henblik på at lindre lidelse.

Den anden artikel EXPERIENTIAL LEARNING METHODS AND THE ENCHANCEMENT OF HEALTHCARE EDUCATOR'S CULTURAL AWARENESS giver mulighed for at øve sit engelske sprogbrug, da den er skrevet på engelsk. Artiklen er et resultat af et europæisk samarbejde omkring udvikling af interkulturel kompetence gennem brug af forskellige læringsmetoder.

Endvidere bringer vi et diskussionsoplæg udarbejdet af bestyrelsen af Fagligt selskab for undervisende sygeplejersker vedrørende kombinationsstillinger. Oplægget er lavet på basis af resultat af den undersøgelse, EVA har lavet om kombinationsstillinger.

4 kliniske vejledere og undervisere fra Hvidovre Hospital skriver deres anden artikel til Uddannelsesnyt. Denne gang om, hvordan de på et heldagsseminar arbejder med udvikling af modul 12 studerendes kompetencer til faglig argumentation og kritisk refleksion.

Som altid kan du læse aktuelle boganmeldelser og husk, at du selv er velkommen til at anmelde en bog.

Til slut vil vi opfordre dig til at deltage i den kommende generalforsamling i FSUS som afholdes d. 10. marts samme dag, hvor bestyrelsen har planlagt en gratis temadag for medlemmerne med fokus på den nye sygeplejerskeuddannelse, som er under planlægning.

God fornøjelse med blad nr. 1, 2015

*Lisbeth Vinberg Engel*  
*Ansvarshavende redaktør*



# Et eksempel på en sociodramatisk kommunikationsøvelse i palliativ pleje



Af Carsten Juul Jensen, sygeplejerske, Cand. Cur.,  
lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen, Nordsjælland,  
UCC, Carlsbergvej 14, 3400 Hillerød, cjj3@ucc.dk,  
mobil: +45 53 35 03 84

**Keywords:** Socio-drama, communication, palliation, transfer.

## Introduktion

I denne artikel vil jeg eksemplificere, hvordan socio-dramatiske øvelser kan kvalificere kommunikationen i palliativ pleje. Palliativ pleje refererer, jf. WHO, til forebyggelse og lindring af døende patienters lidelse i forbindelse med livstruende sygdom (1). Begrebet kommunikation er etymologisk afledt af *communis* og betyder "fælles" (2). Og sundhedsprofessionelle og den palliative patient kan have problemer i forhold til etablering af en fælles kommunikationsplatform, når patienterne og/eller pårørende er mentalt udfordret ved livstruende sygdom og evt. forventning om snarlig død. Problemerne opstår, fordi følelser, tanker, frygt, mismod og angst kan være skjulte i interaktionen og kan dermed være forstyrrende for kommunikationen.

Med sociodramatiske metoder kan sundhedsprofessionelle netop undersøge de skjulte følelser og tankers betydning for kommunikationspraksis. Med en sådan undersøgelse er håbet, at kommunikationen bliver kvalificeret og i sidste ende forbygger og lindrer den palliative patients lidelser (3, 4, 5).

## Sociodrama

Jacob Moreno (1889 – 1974) er ophavsmand til socio-drama. Han brugte metoden til at undersøge og kaste lys over konflikter og indre spændinger i sociale interaktioner. Under sociodramatisk inspirerede undersøgelser opnås viden gennem deltagernes interaktive (socio) rollespil med afsæt i scenarier (drama) konstrueret på baggrund af deltagernes oplevelser fra hverdagslivet. Dvs. viden opstår på baggrund af rollespil af portrætterede karakterer, der er genkendelige fra den sundhedsprofessionelles hverdag (3, 4, 5).

## Abstract

*Socio-dramatic is a method, where participants impersonate characters from real life. In this paper it is exemplified by a scenario around a family conversation concerning Brian, who is 20 years old and suffers from acute lymphatic cancer, where the family must provide information about the fact that the doctors have given up on him.*

*The socio-dramatic method is very comparable with real life in a palliative clinic and therefore transferable to everyday life in the palliative clinic. Nevertheless, the transferability depends on the facilitator's translations of hidden emotions during the workshop and the usefulness of e.g. evidence based knowledge.*

I denne artikel beskrives portrætterede roller af en sygeplejerske, læge, patient, pårørende med forskellige følelser, tanker og værdier, der netop kan være skjult i den kommunikative praksis (4, 5). Kunsten er som eksemplificeret nedenfor, at lægen spiller sygeplejerske og/eller patient og/eller omvendt. Ved det rollebytte får lægen måske indsigt i, hvad f.eks. sygeplejersken kan føle i plejen af døende patienter, og hvad patienterne føler etc. Med sociodramatiske metoder spiller deltagerne selv de portrætterede roller med sigtet at undersøge, forstå eller kaste lys over andre portrætterede rollers følelser:

*“stepping into the shoes” of others can help learners make an empathic connection and experience what different communication “feels like”*

(5 s. 1010)

### Konstruktion af en workshop med sociodramatisk metodologi

Workshoppen er konstrueret med deltagelse af en facilitator og workshopdeltagere, der er sundhedsprofessionelle i palliative klinikker. Facilitator er tovholder i forhold til strukturen, debriefer når forskellige rollespillere er gået i stå under og efter rollespilsscenerne. De sundhedsprofessionelle har selv en aktiv rolle og identificerer i fælleskab scenariet, der skal portrætteres. De spiller forskellige portrætterede karakterer og drøfter sammen med facilitator, hvilke tanker og følelser, der måske er skjult i de portrætterede karakterer (3,4,5).

### Valg af scenarie

Scenariet, jeg eksemplificerer i denne artikel, tager afsæt i en case beskrevet i Baile og Walters (2013), og jeg har personligt oversat nedenstående scenarier fra engelsk. Scenariet er en familiesamtale omkring Brian, der er tyve år og lider af akut lymfatisk leukæmi. Behandlerteamet har opgivet yderligere behandling og har indkaldt mor og far til samtale med en læge og en sygeplejerske om Brians overgang til palliativ pleje (4).

Inden gennemspilning af rollespilsscenerne forestiller deltagerne sig i fællesskab, hvad karaktererne i rollespillet skal indeholde og forsøger at identificere følelser og tanker:

Allerede på nuværende tidspunkt kan vi identificere følelser, der måske forbliver skjult i gennemspilningerne af scenarierne. Lægen er bange. Sygeplejersken er bekymret. Faren har overbevist sig selv om, at behandlingen virker. Moren skjuler måske angst eller bekymring ved sin brug af termen *“mirakel”*, der refererer til troen på overnaturlige kræfters betydning for Brian. Hun er måske ikke helt så fast i troen på den naturvidenskabelige behandling, som faren. Og Brians fortrængning er måske et forsvar mod angst eller andre ubehagelige følelser.

### Gennemspilning af scenarie 1.

Når rollernes karakterer er fastlagt, beder facilitator de udvalgte workshopdeltagere gennemspille et bud på lægesamtalen, hvor rollespillerne responderer spontant på hinandens replikker:

Lægen: *God morgen. Vi vil tale med jer om Brians behandling. Som I ved er han meget syg. Og som det ser ud lige nu, har vi ikke flere behandlingsmuligheder for ham.*

Far: *Hvordan kan det være muligt. Han ser godt ud og siger selv, at han har det bedre. Dette er det bedste kræfthospital i verden, og du kommer her og spiller Gud.*

Mor: *Siger du, vi bare skal opgive. Det er min søn.*

Brian (trodsig og negativ): *Jeg har det godt!*

(4 s. 611)

Lægen får givet sin information, men møder emotionel modstand fra forældrene, hvor Brian ikke direkte udtrykker sine følelser. Familiens vrede og modstand gør lægen, der spiller den portrætterede læge, handlingslam-

Brian (spillet af læge)	Fornægter sin sygdom og nægter at tale om den: <i>Jeg vil bare tilbage til min stue.</i>
Far (spillet af en sygeplejerske)	Er mekaniker og taler sjældent: <i>Brian ser godt ud, så behandlingen må virke, så næste kemobehandling hjælper sikkert endnu mere.</i>
Mor (spillet af læge)	Er hjemmegående og er klar over at Brian er meget syg, men er sikker på, at sønnen er på det bedste hospital: <i>Jeg er sikker på et mirakel.</i>
Læge (spillet af læge)	Kender ikke Brian og har ingen erfaring: <i>Jeg er bange for at skulle diskutere situationen med familien.</i>
Sygeplejerske (spillet af læge)	Har plejet Brian i flere måneder og kender ham: <i>Bekymret for, hvordan den nye læge takler situationen.</i>

(4 s.611)

met. En modstand, der måske i virkeligheden er udtryk for umødte underliggende behov eller følelser. Men facilitator overtager og efterlyser tanker omkring, hvad de portrætterede karakterer måske føler med henblik på at identificere skjulte følelser, tanker og motiver for vrede og modstand.

Far: *Jeg føler mig hjælpeløs.*

Mor: *Åh Gud jeg kommer til at miste min søn.*

Lægen: *Jeg har det så dårligt med at gøre alle vrede.*

(4 s. 612)

Alle karakterer er måske hjælpeløse, som faren siger direkte. I hver faldt synes situationens alvor at efterlade karaktererne i tilstande, intet kan beskytte dem imod. Tilstande, der kan forstås som hjælpeløshed. Ingen kan beskytte moren og faren mod sorgen, de vil føle, hvis Brian dør. Og lægens viden om, at Brian dør, betyder måske, at intet i praksis kan beskytte ham mod familiens modstand og vrede.

### Debriefing

Efter forsøget på identificering af bagvedliggende følelser, forsøger facilitator at klæde workshopdeltagerne yderligere på ved at præsentere sine egne personlige og evidensbaserede erfaringer med kommunikation med palliative patienter. For at forstå facilitators bevæggrunde for forslag, har jeg måttet foretage en kædesøgning i dele af Bailes og Walters (2013) referenceliste. Referencerne foreslår dialog i stedet for ensidig dosering af information med nogle konkrete kommunikationsbetragtninger:

*"Ask – Tell – Ask"* (6 s. 165). Sundhedsprofessionelle bør spørge, før hun/han informerer og dermed få indsigt i patienters og pårørendes kapaciteter i forhold til at forstå sygdommen. Lægen kunne f.eks. forfølge, hvad moren her forstår ved at opgive behandlingen og måske brainstorme med familien om, hvordan Brian skal informeres (6).

*"Respond to Emotion"* (7 s. 166). Den sundhedsprofessionelle bør, som vist ovenfor, forsøge at imødekomme følelser, før hun/han giver information. Hun/han anerkender dermed, at informationen kan fremkalde følelsesmæssige reaktioner hos patient og pårørende (7).

*"Amygdala hijacking"* (4 s. 610). Sundhedsprofessionelle alias lægen kan også være emotionelt påvirket af situationen og reager uhensigtsmæssigt spontant – *amygdalakapring*, der med Goleman (2005) refererer til menneskers spontane reaktioner i emotionelt påvirkede situationer (8). Når emotionerne har kapret os, er evnen til nuanceret ræsonnement ude af drift. Vi vil bare væk

fra den ubehagelige situation jf. urmenneskelig "kamp/flugt"-reaktion. Lægen har måske inkorporeret en tendens til resultatorienteret, når han bliver emotionelt presset. Resultatorienteret korresponderer sikkert ikke med familiens emotionelle orientering og står derfor i vejen for en fælles kommunikationsplatform.

### Gennemspilning af scenarie 2

Her spiller facilitator lægen, der skal formidle budskabet om Brians tilstand og får derved mulighed for konkret at eksemplificere ovenstående gennemgang af personlig og faglig evidensbaseret viden om kommunikation:

Lægen: *Før vi går i gang kunne I måske fortælle os, hvad I tænker omkring vores behandling af Brian?*

Mor: *Ja, vi har brug for at drøfte, hvordan behandlingen skal fortsætte?*

Lægen: *Så I tænker, vi fortsætter med at behandle Brian med kemoterapi?*

Mor: *Ja, det har vi i hvert fald drøftet.*

Lægen: *Jeg ved det kommer som et chok for jer, men Brians leukæmi reagerer ikke længere på behandlingen, og faktisk vil yderligere kemoterapi skade ham mere end den gavner.*

Mor (vred): *Hvad? Han klarer sig godt. I sagde, I kunne behandle ham, er dette ikke det bedste kræftbehandlingssted i verden?*

Lægen: *Jeg ved det er svært for jer, at vi er kommet hertil. Jeg er virkelig ked af det selv.*

Far: *Er det pga. penge?*

Lægen: *Fortæl, hvad du mener?*

Far: *Betaler vores sundhedsforsikring for lidt?*

Lægen: *Jeg kan forsikre jer om, at det bestemt ikke er forklaringen. Jeg kan se, at Brian ser godt ud og ikke har det specielt dårligt, men Brians sygdom er blevet meget værre og jeg tror ikke han kan tåle mere behandling uden at komme til at lide under det.*

Far: *Er der ikke andet vi kan gøre?*

Lægen: *Jeg ville virkelig håbe, der var andre muligheder.*

Far: *Hvordan skal vi fortælle det til Brian.*

Lægen: *Hvad tænker I?*

Far: *Jeg synes, du skal fortælle ham det.*

Mor: *Jeg vil også være der.*

Lægen: *Det bliver hårdt for os alle. Jeg vil gerne have sygeplejersken med, for hun kender Brian rigtig godt.*

(4 s. 612)

Straks efter gennemspilningen af scenarie 2 beder facilitator workshopdeltagerne om at forestille sig, hvad de portrætterede karakterer tænker med hensigten at identificere ændringer i skjulte følelser og tanker:

Mor: *Jeg følte, trods meget dårlig nyhed, at lægen var på min side.*

Far: *Jeg var vred og ked af det.*

(4 s. 612)

Lægen har opnået, at moren oplever, at han er på hendes side. Faren ekspliciterer ikke, hvordan scenariet har ændret hans følelser. Lægens og sygeplejerskens følelser bliver ikke præsenteret. Men følelserne bliver formentligt gennemlevet implicit, når en læge spiller sygeplejerske, og henholdsvis læge og sygeplejersker spiller de forskellige familiemedlemmers roller.

Facilitator forsøger alias lægen at operationalisere den teoretiske gennemgang ovenfor. Allerede de første replikker indikerer, at lægen i højere grad indtager en undersøgende og spørgende position, inden han informerer. Han forsøger ved ytringerne: *“det kommer som et chok for jer”* og *“det er svært for jer”* at imødekomme familiens følelser. Og han forsøger i det hele taget at inddrage familiens egne ytringer i den dialogbaserede samtale. Han er ikke kun informativ og envejskommunikerende endsige orienteret omkring resultater. Lægen synes at forsøge at undlade at blive kapret af egne implicite følelser.

Men kommunikationskyndige ville formentligt reflektere over ytringen, *“Jeg er virkelig ked af det selv”*. Med ytringen inddrager lægen sine egne følelser i dialogen, og spørgsmålet er, om familien modtager lægens ytring positivt eller negativt? Er ytringen et forsøg på at møde familiens egne følelser? Eller pålægger lægen familien endnu en følelsesmæssig byrde – skal familien også belemres med lægens følelser?

Sådanne kritikpunkter kunne jeg eller workshopdeltagerne blive ved med at rejse og afprøve i praksis med nye scenarier. I princippet kunne workshopdeltagerne fortsætte med at undersøge dialogen under én enkelt portrætteret familiesamtale for at karakterisere, hvilke følelser mødet med forskellige replikker udløser, og få disse følelser frem i lyset.

### Spontaniteten inden i os alle

I dette afsnit diskuterer jeg, hvordan viden, der har sigtet at få skjulte følelser og tanker frem i lyset, befinder sig spontant inden i alle mennesker.

For at forstå dette forhold, tilbage til ophavsmanden til

sociodrama, Moreno (1934)(9), der netop påpeger, at løsningen på indre spændinger og konflikter er indlejret spontant i alle mennesker. Han kritiserer Freuds psykodynamiske tænkning, hvor indre spændinger og konflikter skyldes individuel fortidig undertrykkelse af lyster, drifter eller med Freuds egen terminologi libidoundertrykkelse. I Morenos optik lever menneskeheden i og har til alle tider levet i social sameksistens, hvorfor analyse af individuelle fortidige undertrykkelser bliver for ensporet, når vi skal løse konflikterne:

*“But there is an alternative: to step into life itself, as a producer, to develop a technique from the moment upward in direction of spontaneous-creative evolution, in direction of life and time”*

(9 s. 9).

Alternativet til Freud består i analyse af spontaniteten i nuet med henblik på at udvikle færdigheder til fremtidige sociale interaktioner. På dansk refererer vi til engelsk, når vi bruger terminologien *“at producere”*, der betyder at *“frembringe”*(2). Moreno tænker formentligt, at frembringelse af spontaniteten blandt skuespillere kommer indefra trods instruktørvejledninger på teateret, der er hans referenceramme og interesse (9). Den samme spontanitet skulle sundhedsprofessionelle kunne frembringe i øjeblikket under en workshop med sociodramatiske metoder. Et fænomen, der kan udfoldes ved at skele til nutidig forskning. Primo 1930, hvor Moreno første gang introducerede sociodramatiske metoder, har forskningen i menneskers hjerner været begrænset. Men med overskriften: *“Who Shall Survive: A New Approach to the Problem of Human Interrelations”* (9) har Moreno været på sporet. Spontaniteten i menneskelige sociale interaktioner kan spores til den urmenneskelige overlevelse. På samme måde som amygdalakapring, har forskningen vist, at hjernens spejlneuroner har betydning for måden, hvorpå mennesker aflæser, om andres handlinger og intentioner er gode eller dårlige (10). En altafgørende aflæsning, der netop også har betydning for den urmenneskelige overlevelse.

Sundhedsprofessionelle af 2015 har evolutionært overlevet i hundrede millioner år og kan måske karakteriseres som særdeles kompetente i at aflæse spejlneuroner eller frembringe eller producere spontanitet mht. overlevelse i øjeblikket. Disse kompetencer findes inden i os alle og kan ekspliciteres under workshops med sociodramatiske metoder og tilbageføres eller transformeres til hverdagspraksis i den palliative klinik.



### Transfer

I dette afsnit diskuterer jeg, hvilken betydning sociodrama kan have for praksis med afsæt i forskning om transfer. I det søgte materiale til denne artikel (3, 4, 5) konstaterer forfatterne enstemmigt, at transformeringen fra den sociodramatiske workshop tilbage til hverdagen i den palliative klinik, er lykkedes. Forskere i transfer vil påstå, at denne vellykkede transformering skyldes, at f.eks. øvelser i kommunikation med sociodramatiske metoder, som beskrevet i denne artikel, tager afsæt i virkelighedsnære problemstillinger. Konteksten under workshoppen er derfor i høj grad sammenlignelig med konteksten i den virkelige virkelighed i klinisk praksis, og transformering af viden mellem disse kontekster skulle derfor være mulig (11, 12).

Andre forskere vil påstå, at transfer er en kompleks proces og er mere end blot at konstatere, om transformeringen lykkes eller ikke lykkes (13). Udfordringen er, at scenarierne med afspilning af portrætterede karakterer er konstruktioner og aldrig helt ligner kommende situationer i den palliative klinik. I den virkelige virkelighed i klinisk praksis er udfordringen modsætningsfyldte problemstillinger, kaos og akuthed omkring patienter evt. med sparsom tid til refleksion (14, 15), hvor virkeligheden i det sociodramatiske rum er velordnet med tid til refleksion.

For at transformeringen fra workshop med sociodramatiske øvelser til hverdagspraksis i den palliative klinik skal lykkes, kan det derfor være afgørende, at ledelsen og andre samarbejdspartnere er åbne for dialoger omkring eventuelle forandrede kommunikative tilgange, der netop kan være tidskrævende (13). Ligeledes er transformeringen mellem konteksterne afhængige af facilitators oversættelsesarbejde. Selvom løsningerne på forskellige kommunikationsproblematikker fra hverdagen i en palliativ klinik kan findes inden i workshopdeltagerne, er facilitators rolle afgørende både for transfer og læring generelt. Workshopdeltagerne italesætter selv de skjulte følelser og tanker, men facilitator didaktiserer rammerne, der muliggør identifikation af skjulte følelser og tanker. Han/hun er primus motor i oversættelsesarbejdet mellem læringskonteksterne. Oversættelse af hverdagsoplevelser fra den palliative klinik til praksis i workshoppen og oversættelse af, hvordan læring og drøftelser under workshoppen kan transformeres tilbage til den palliative klinik (16). Og endeligt kan facilitator være oversætter i forhold til nytten af inddragelse af evidensbaseret viden om kommunikation til døende patienter og deres pårørende. I eksemplet i denne artikel præsenterer facilitator i ovenstående sine personlige og evidensbaserede erfaringer med kommunikation med døende patienter. Han ekspliciterer endog, hvordan

denne viden kan anvendes i praktisk kommunikation, og dermed belyser han/hun måske nytten af inddragelse af denne viden under gennemspilning af scenarie 2. I transfer optik kan workshopdeltagerne måske se nytten af facilitators teoretiske redegørelser, fordi de kan identificere et behov for inddragelse af teorier om kommunikation og genkender teoriernes anvendelighed i klinisk praksis.

I praksis kan sociodramatiske metoder måske kvalificere kommunikationen til den palliative patient, men jeg kunne måske også påstå, at sociodramatiske metoder under rolige velordnede rammer bringer ro til at indse en nødvendighed for inddragelse af evidensbaseret viden, og dermed kan sociodramatiske metoder måske kvalificere hverdagspraksis generelt (17).

### Opsummering

Denne artikel eksemplificerer, hvordan kommunikation i palliativ pleje kan kvalificeres med sociodramatiske øvelser. Med sociodramatiske metoder kan sundhedsprofessionelle med en interaktiv rolle undersøge og øve kommunikationen med den palliative patient og dennes pårørende med henblik på at eksplicite skjulte følelser og tanker. Undersøgelser og øvelser, der måske kan forebygge og lindre den palliative patients lidelse.

Forskere i transfer vil hævde, at overførslen af viden fra workshoppen tilbage til hverdagen i den palliative klinik kan lykkes, fordi workshoppen i høj grad er sammenlignelig med den virkelige virkelighed i den palliative klinik.

Men alligevel kan udfordringen være, at der kan opstå akutte situationer i palliativ klinik, derfor ligner konteksten under workshoppen aldrig helt situationerne, der opstår i kaosset i hverdagen. Vellykket transfer mellem konteksten under workshoppen og hverdagslivet i den palliative klinik afhænger dels af ledelsens og samarbejdspartneres åbenhed over for forandringer i hverdagen, dels af facilitators oversættelsesarbejde under workshoppen. Oversættelse og eksplicitering af hverdagsproblematikker, skjulte følelser, tanker, spontane processer og nytten af inddragelse af evidensbaseret viden om kommunikationspraksis i en palliativ klinik.

## Referencer

- 1 Palliativt videnscenter, 2011, online tilgængelig på: <http://www.pavi.dk/OmPalliation.aspx> (loakliseret d. 1.12.2014).
- 2 Den store danske, 2009, online tilgængelig på: <http://www.denstoredanske.dk/> (loakliseret d. 1.12.2014).
- 3 Jones C. Sociodrama: A teaching Method for Expanding the Understanding og Clinical Issues. *Oncol Nurs Educ Consul.* 2000; 386 – 390.
- 4 Baile WF, Walters R. Applying sociodramatic methods in teaching transition to palliative care. *J Pain Symptom Manage* . 2013; 45(3): 606–19. Baile WF, Panfilis, LD, Tanzi S, Moroni, M, Walters R, Biasco G. Using Sociodrama and Psychodrama To Teach Communication in End-of-Life Care. *Journal of Palliative Medicine*, 2012; 15(2): 1006-1010.
- 5 Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delievering bad news: application to the patient with cancer: *Oncologisk.* 2000; 5: 302-311.
- 6 Baile WF, Costantini A. Communication with canser patients and their families. I: Wise TN, Biondi, Costantini A (red.). *Psycho-Oncology.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 2013.
- 7 Goleman D. *Følelsernes intelligens.* København: Borgen; 2005.
- 8 Moreno JL. *Who Shall Survive: A New Approach to the Problem of Human Interrelations* Washinton DC: Nervous and Mental Desease Publishing; 1934.
- 9 Storm SB. *Dram - i ét nu.* I: Fink-Jensen, K; Nielsen A, (red.) *Æstetiske læreprocesser - i teori og praksis.* Værløse: Billesø & Baltzer; 2009: 110-124.
- 10 Wahlgren B og Aarkrog V, *Transfer - Kompetence i en professionel sammenhæng.* Århus: Aarhus Universitetsforlag 2012.
- 11 Meyer E, Lees A, Humphris D, Connell ND. Opportunities and barriers to successful learning transfer: impact of critical care skills training. *J Adv Nurs.* 2007; 60(3): 308–16.
- 12 Eraut M. Perspectives of defining "The Learning Society." *J Educ Policy.* 1997;12(6):551–8.
- 13 Jensen CJ. *Hvordan gør vi tingene her? - et Michael Eraut inspireret fokus på sygeplejestuderendes første kliniske undervisningsforløb.* *Klinisk Sygepleje.* 2014;28(3):1–18.
- 14 Eraut M. *How Professionals Learn through Work,* 2007. online tilgængelig på: <http://learningtobeprofessional.pbworks.com/f/CHAPTER+A2+MICHAEL+ERAUT.pdf> (lokaliseret d. 1.12.2014).
- 15 Soffer AKB. Skills lab - en særlig læringsteknologi. In: Søndergård, KD; Hase C, (red.) *Teknologiforståelser på skoler og hospitaler.* Århus: Aarhus Universitetsforlaag; 2012: 171 – 185.
- 16 Christie J, Hamill C, Power J, *How can we maximize nursing students' learning about research evidence and utilization in undergraduate, preregistration programs? A discussion paper.* *J Adv Nurs* 2012; 68(12): 2789-2801.

# Experiential learning methods and the enhancement of healthcare educators` s



**Af Liisa Koskinen, Principal Lecturer, PhD, MNSc, RN. Savonia University of Applied Sciences, School of Health Care. P.O. Box 1028. 70111 Kuopio, Finland. +358 44 7856463. liisa.koskinen@savonia.fi,**

**Helen Olt, Lecturer, MSc, RN, PhD student. Karolinska Institutet Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Alfred Nobels Allé 23, 23 300, SE 141 83 Huddinge, Sweden. Tel +46 (8) 524 83839. helen.olt@ki.se,**

**Hélène Taylor Kelly, Senior Lecturer, International Consultant, MSc, RN. University College Zealand, Slagelsevej 7, 4180 Sorø, Denmark. Tel + 45 72482747. hke@ucsj.dk**

**Pranee Lundberg, Associate Professor, PhD, RN. Uppsala University, Department of Public Health and Caring Sciences, Box 564, SE-751 22 Uppsala, Sweden. Tel: +46 18 471 6612**

**Keywords: Socio-drama, communication, palliation, transfer.**

## Acknowledgements

We would like to thank the Consortium of Institutes of Higher Education in Health and Rehabilitation in Europe (COHEHRE) for its support to the European Curriculum in Cultural Care Project. We would also like to express our gratitude to the following colleagues for their contribution to the success of this project: Lily De Vlieger, Artevelde Hoogeschool, Belgium; Nita Muir, Brighton University, England; Raija Sairanen, Turku University of Applied Sciences, Finland and our special thanks to our two retired colleagues Eileen Richardson from Bournemouth, England and Eva Bergknut from Uppsala, Sweden

## Introduction

Emigration within the European Union (EU) and immigration from outside of the EU, is contributing to the increased cultural diversity of member states. In 2009, approximately 3 million people immigrated to an EU member state and 51 % of these immigrants were citizens from a non-member country (1). As the EU becomes more multicultural, European healthcare educators will need to support the development of students' cultural competence in order to meet the needs of these diverse populations.

The development of cultural competence is an ongoing process where healthcare providers strive to develop the ability to work effectively within the cultural contexts of their clients. According to Koskinen and Jokinen (2), gaining cultural competence is a process where

## Abstract

*This article describes participants and facilitators experiences of the learning methods utilized during a cultural awareness workshop. In a multicultural Europe, health care educators need to be culturally aware so that they can support the development of students' cultural awareness. The workshop employed experiential learning methods. The experiential learning methods were evaluated positively by both participants and facilitators. It appears that experiential learning methods can be used in the classroom environment to promote the development of cultural awareness, thus it is important that healthcare educators are familiar with this type of method.*

learners must critically reflect on their own cultural and personal ideologies, seek new knowledge, and be in dialogue with individuals from other cultures. Similarly Marx and Moss (3) noted that immersion, both in another culture during a study abroad program as well as reflection concerning issues of culture and self, were also important factors.

Cultural awareness has been identified as a prerequisite or starting point for the development of cultural

competence (4,5). Increased cultural awareness means that learners become more aware of themselves and their personal attitudes, emotions, reactions and biases towards other cultures (5). It seems that developing the cultural awareness of healthcare educators should include both immersion in other cultures and self-reflection. As only a few teachers are able to participate in mobility programs involving longer stays in foreign countries, short cultural workshops like the one in this research, could be a realistic option.

The "European Curriculum in Cultural Care Project", was established as a response to the lack of focus upon culture and cultural awareness in European healthcare education. The project aimed to develop a cultural framework which could assist educators when teaching about culture. The project concluded with a workshop entitled "Putting Culture in the Curriculum" where the cultural framework was introduced to a group of healthcare educators (6). Experiential teaching methods were utilized in order to stimulate the participants' cultural awareness. 27 European educators participated in the workshop, which was facilitated by a team of nine nurse educators.

## Background

Healthcare practitioners throughout Europe are challenged when trying to meet the cultural needs of their patients. Not only do clients represent diverse cultural and ethnic backgrounds, but healthcare teams are often multicultural. The literature suggests that the utilization of experiential and immersive learning strategies and the involvement of culturally aware teachers contribute positively to the development of students' cultural competence (7,8). Experiential learning methods which immerse participants in cultural experiences and encounters, can promote the development of cultural awareness (3,5,9,10).

Our understanding of experiential learning is based upon Kolb's definition of the concept (11). Kolb emphasizes the importance of problem solving and reflection based upon experience and sees learning as "the process whereby knowledge is created through the transformation of experience" (11). He proposed "a holistic integrative perspective on learning combining experience, perception, cognition, and behavior" (11).

Simulation is increasingly used when generating real life experiences for learners in the classroom and can be defined as a miniaturized imitation of a real-life situation (12). An experiential simulation game can act as an ice

breaker at the beginning of an educational session as playing a game, especially if it generates positive feelings, can help the group to relax and encourage a comfortable learning atmosphere (13).

### Workshop design

The aim of the workshop was to stimulate participants' cultural awareness by providing "cross-cultural immersion" via learning methods advocated in the project framework (6). The workshop consisted of three experiential learning methods: an Icebreaker, BaFa BaFa and a Learning Café.

The Icebreaker method was used as described in the facilitators guide for the BaFa BaFa game (14). The purpose of the Icebreaker was to stimulate a positive atmosphere in the group (15). Participants were asked in pairs to collaborate and draw an elephant while both holding the same pen. No talking was allowed and afterwards the participants introduced themselves and shared their experiences concerning the process.

During the second phase of the workshop the participants played the BaFa BaFa simulation game. The purpose of the game was to provoke cultural confusion and stimulate cultural awareness via reflection upon the emotions evoked during the game.

The participants were divided into two cultural communities, the Alpha and Beta societies. Participants were introduced to their fictive cultural identities and behavioral patterns. The Alpha culture is relationship-oriented with a lot of touching and verbally expressed interest in male family members while the Beta culture is a competitive trading culture where communication is conducted via a language code and the exchange of tokens and cards. Players from the two cultures were not informed of the other culture's behavioral patterns. During the game, players visited the other culture and communicated their experiences and observations upon return to their own cultural community.

The last approach used during the workshop was the Learning Café method. The purpose of this session was to immerse the participants in academic discussions and debates. The Learning Café method is an experiential learning approach that is known to be successful when used in staff development (16).

There were five café tables and each table had a different question regarding the challenges/opportunities concerning education and the influence of culture upon healthcare.

There was a "hostess/host" who stayed at each table

and summarized the discussion and ideas concerning the question at that table while participants were asked to change tables until the groups had visited all of the tables. Notes from each table were summarized in a concluding plenary.

### Method

There were 30 informants, 23 healthcare educators (2 men and 21 females) and 7 of the 9 workshop facilitators. The healthcare educators were from various European countries. A questionnaire with 21 questions, using a 5 point Likert scale developed by the project team was used to evaluate the workshop. A second phase of data collection was based upon a debriefing session for the workshop facilitators. Facilitators reflected freely on their experiences with respect to the learning methods and the workshop in general. Seven of the nine facilitators were present. The debriefing session was tape-recorded.

Data from the questionnaires was analyzed by calculating response frequencies for each question and summarizing them into two frequency charts.

The data from the debriefing session was analyzed using a deductive content analysis method (17). The data from the tape-recorded session was transcribed verbatim and read through several times and response units were coded, then a categorization matrix using response units was constructed. The coded response units were organized using the categorization matrix and then rechecked in order to control the correctness of categories. Finally, data from participants and facilitators was combined and sorted according to four main categories: Icebreaker, BaFa BaFa, Learning Café and the Workshop as a whole. Examples from the original data were used to illustrate the results.

### Ethical considerations

Oral information about the project was given during the workshop, hereunder information concerning the fact that the data would be used in an article, the purpose of which would be to disseminate knowledge to a wider audience. Oral consent was received from the informants. Evaluation forms were anonymous and analyzed by two of the team facilitators. Transcriptions of data were numbered and handled confidentially.

### Findings

The Icebreaker was found highly relevant or relevant by the majority of the workshop participants (Table 1). Participants enjoyed collaborating and as one facilitator said: "It relaxed all the people and this was a good thing". However, the reflective sharing section took much time and it was difficult for participants to stay focused

as stated by one facilitator: "I think it was very long ... it took much time and those who initiated the round started to show a kind of tiredness".

Almost all of the responses rated BaFa BaFa as a highly relevant or relevant learning method (Table 1). The facilitators evaluated BaFa BaFa as being fun for the participants as the participants laughed a lot and seemed to enjoy themselves.

The facilitators noticed that some participants didn't enjoy the game. One participant refused to participate and tried to distract the other participants. A frustrated facilitator said: "There were moments when this lady coaxed other group members away from the game... and that was very frustrating".

There was minor anxiety among some participants after their visits to the other culture. The facilitator who assisted the participants through the corridor between the Alpha and Beta communities stated: "I could hear in the corridor how confused they were...". The BaFa BaFa game was evaluated as taking too long.

The Learning Café method was evaluated as highly relevant or relevant by almost all of the participants (Table 1). The facilitators evaluated the Learning Café as a good method to stimulate professional reflection. Participants were active and engaged, as stated by one facilitator: "It was really positive how people were dedicated throughout the Learning Café session and how they reflected as well as the intensity of the discussion at most of the tables".

Problems concerning the Learning Café method were related to group dynamics. "It was really difficult with the person who kept talking about something else all the time and we never came to the main question...".

Facilitators experienced that the Learning Café table questions should have been shorter and clearer. At many of the tables, there were compound questions and the participants did not always know how to focus the discussion.

The workshop as a whole was evaluated positively (Table 2). More than half of the participants found the methods used during the workshop were good. More than two thirds of them experienced that they received motivation for the implementation of cultural competence in healthcare curriculum. More than half of the participants expressed that the workshop raised their awareness to the importance of culture in the delivery of healthcare.

Facilitators felt that the workshop had achieved the aim of stimulating participants' cultural awareness. They said that throughout the workshop they sensed how the participants experienced something new and positive, "it was in the air". From the facilitator's perspective, they found the use of experiential learning methods to be an intensive experience, as during the day they alternated between the role of facilitator and participant. The facilitators expressed the fact that they too had learned a lot. In particular, the discussions with the workshop participants were rewarding. One facilitator reflected on herself and her work: "(During the workshop) I was thinking a lot about myself as an educator and my work with students. I was pondering how to integrate the cultural awareness (topic) into my own work as an international coordinator, it was refreshing".

Although this was a small pilot study, it would seem that a multicultural workshop is a good method for stimulating cultural awareness among healthcare educators.

Both the participants and facilitators enjoyed the BaFaBaFa learning session, even though the game also caused confusion among some participants. It is known that cultural simulation games, like BaFa BaFa, are effective in provoking emotions (5) as it brings learners beyond the "comfort zone" and can provoke discomfort (18,19). On the other hand the ability of BaFa BaFa, to provoke conflicts between the Alpha and Beta groups, is possibly the most vital element of the method (5). If the facilitators skilfully handle the conflicts and reflect upon the emotions invoked in the participants, learners may obtain valuable insight into the influence of culture upon behaviour and emotions. Thus, it is extremely important that the facilitators are familiar with the method so that during the debriefing session they can help participants to move beyond their feelings of confusion, thus optimizing their learning experiences.

The Learning Café method triggered reflection among the participants. Despite periodic losses of the focus, the discussion around the tables was intense and highlighted both the positive aspects and challenges of teaching cultural competence and the development of students' cultural awareness. The Learning Café session also enabled the examination of the participants' personal cultural awareness. The educators discussed how the development of their own personal cultural awareness had been impacted by factors such as childhood experiences, stories from older generations, living in a cross-cultural family, staying in a foreign country or the media. The Learning Café session captured the essence of cultural awareness as stated by one participant: "You don't have to travel abroad to feel alien. Visiting a cul-

tural or social group that deviates from your own or feeling the power of a social class can also raise your cultural awareness in your own country."

## Conclusions

Cultural awareness includes the examination of oneself as an individual with a personal cultural history and can be stimulated in various intercultural contexts and cross-cultural encounters. A multicultural workshop, utilizing experiential simulation learning methods can stimulate the cultural awareness of healthcare educators. These methods are learner centred, collaborative and time consuming. They can immerse learners in cultural differences and provoke discomfort in participants; therefore, it is essential that facilitators are familiar with the characteristics of experiential simulation methods, in order to assist learners in coping with any uncomfortable feelings that may arise.

## References

1. European Commission Eurostat. Migration and migrant population statistics. 2013. [assessed 2013 June 15]. Available from: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/)
2. Koskinen L, Jokinen P. Multicultural healthcare: A transatlantic project. *Nurse Educ.* 2007; 32 (2): 89-93.
3. Marx H, Moss D-M. Please Mind the Culture Gap: Intercultural Development During a Teacher Education Study Abroad Program. *J Teacher Educ.* 2011; 62 (1): 35-47
4. Jirwe M, Gerrish K, Emami A. The theoretical framework of cultural competence. *J Multicult Nurs Health.* 2006; 12 (3): 6-16.
5. Koskinen L, Abdelhamid P, Likitalo H. The simulation method for learning cultural awareness in nursing. *Diversity in Health and Social Care.* 2008; 5 (1): 55-63.
6. Koskinen L, Taylor Kelly H, Bergknut E, Lundberg P, Muir N, Richardson E, Sairanen R, de Vlioger L. European Higher Health Care Education Curriculum: Development of a Cultural Framework. *J Transcult Nurs.* 2012; 23 (3): 315-321.
7. Grant L, Letzring T. Status of cultural competence in nursing education: a literature review. *J Multicult Nurs Health.* 2003; 9 (2): 6-13.
8. Lipson JG, Desantis LA. Current Approaches to Integrating Elements of Cultural Competence in Nursing Education. *J Transcult Nurs.* 2007; 18: 105-205.
9. Sullivan S-E, Duplaga E-A. The Bafa Bafa simulation: Faculty experiences and student reactions. *JME* 1997; 21 (4): 265-272.
10. Lockhart J, Resick L. Teaching Cultural competence:

- the Value of Experiential Learning and Community Resources. *Nurse Educ.* 1997; 22 (3): 27–31.
11. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development.* Prentice-Hall, New Jersey: Prentice-Hall; 1984. [assessed 2013 June 15]. Available from: <http://academic.regis.edu/ed205/Kolb.pdf/>
  12. Cioffi J, Purcal N, Arundell F. A Pilot Study to Investigate the Effect of a Simulation Strategy on the Clinical Decision Making of Midwifery Students. *J Nurs Educ.* 2005; 44 (3), 131–134.
  13. Baid H, Lambert N. Enjoyable learning: The role of humour, games, and fun activities in nursing and midwifery education. *Nurse Educ Today.* 2010; 30 (6): 548–552.
  14. Redwood S, Richardson E. *Innovative solutions, making the difference. Cultural diversity in health care facilitators' guide.* Dorset: Wessex Training; 2006.
  15. Cueva M, Kuhnley R, Lanier A, Dignan M. *Healing Hearts: Laughter and Learning.* *J Cancer Educ.* 2006; 21 (6): 104–107.
  16. Nelson J, Carlson M, Fuerstenberg K, Harms H, Jean-sonne K, Roche J, Stanfield T, Warren C, Zeches D. A Preceptor Café. *J Nurses Staff Dev.* 2010; 26 (4): 178–84.
  17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008; 62 (1), 107–15.
  18. Graham I, Richardson E. Experiential gaming to facilitate cultural awareness: its implication for developing emotional caring in nursing. *Learning in Health and Social Care* 2008; 7 (1), 37–45.
  19. Blakely G, Skirton H, Cooper S, Allum P, Nelmes P. Educational gaming in the health sciences: systematic review. *J Adv Nurs.* 2009; 65 (2), 259–269.

**Table 1.** Participants' experiences concerning the experiential learning methods utilized during a cultural awareness workshop (n=23).

Method	Highly relevant	Relevant	Neutral	Not very relevant	Not relevant at all
Icebreaker *	7	11	1	0	0
Bafa Bafa	6	14	3	0	0
Learning Café	9	10	4	0	0

\*Four did not respond (n=19)

**Table 2.** Participants' experiences concerning the cultural awareness workshop as a whole (n=23).

Question	Very much	Much	Neutral	Little	Very little
I experienced the used working methods as relevant	5	14	4	0	0
*The workshop has given me motivation to advocate implementation of cultural competence in healthcare curriculum	3	13	4	2	0
The workshop has raised my awareness of the role of culture in the delivery of healthcare	3	11	6	3	0

\*One did not respond (n=22)

Fagligt Selskab for  
Undervisende Sygeplejersker



# Diskussionsoplæg

- på baggrund af Undersøgelse af kombinationsstillinger, udarbejdet af Danmarks Evalueringsinstitut for FSUS

Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker - har i samarbejde med Dansk Evalueringsinstitut gennemført en undersøgelse om kombinationsstillinger på landets sygeplejeuddannelser. Dansk Sygeplejeråd og Ledernetværket har også bidraget økonomisk til undersøgelsen, og Ledernetværket har været repræsenteret i projektgruppen.

Resultatet af undersøgelsen foreligger nu i et 14 siders Notat fra EVA, med fremstilling af data og resultater. Dette danner grundlag for Diskussionsoplæg, som FSUS/projektgruppen står bag.

Vi håber, dette kan bidrage til en konstruktiv debat om de kommende ændringer i sygeplejerskeuddannelsen og især indgå i de beslutninger, der skal udfordre de problematikker, der vedrører kobling af teori og praksis.

Projektgruppen har bestået af: Lektor Birgith Sletting, projektleder, næstformand i FSUS. Konsulent Inger Just, formand FSUS, Uddannelsesansvarlig sygeplejerske Inger lise Elnegaard, bestyrelsesmedlem FSUS. Uddannelsesleder Merete Brædder UCC, repr. for ledernetværket og Lektor Else Møller, repr. for ledernetværket. Silkeborg, VIA.

Notat fra Danmarks Evalueringsinstitut - Undersøgelse af kombinationsstillinger kan hentes på [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)

29. december 2014

## Kombinationsstillinger i fremtiden

### Kombinationsstillinger er komplekse stillinger med mange formål og styrker

En kombinationsstilling er en stilling, hvor man både er ansat på en uddannelsesinstitution og et klinisk uddannelsessted. De første kombinationsstillinger på sygeplejerskeuddannelsen blev oprettet i 2005/2006. Siden de første stillinger blev oprettet, er der blevet oprettet ca. 17 stillinger. Flere stillinger er dog løbende blevet nedlagt og nye oprettet, og der findes i dag ca. ni kombinationsstillinger.

Kombinationsstillinger anses af centrale interessenter som KL, Danske Regioner og Professionshøjskolernes Rektorkollegium som et blandt flere midler til at styrke koblingen mellem teori og praksis. Der er dog mange forskellige veje hertil, hvilket blandt andet kommer til udtryk i de mange forskellige formål og funktioner, som hver enkelt kombinationsstilling har i dag. En typisk funktionsbeskrivelse indeholder således funktioner og opgaver knyttet til tre forskellige områder: 1) Undervisning og uddannelsesplanlægning (fx undervisning på sygeplejerskeuddannelse), 2) Samarbejde og koordination (fx formidling af kontakter mellem uddannelsesinstitution og klinik) og 3) Forskning og udvikling (fx deltagelse i pædagogiske og kliniske forsknings- og udviklingsprojekter). Med andre ord indeholder stillingerne ofte mange forskellige funktioner, hvilket stiller store krav til stillingsindehaverens kompetencer.



### Er tiden løbet fra kombinationsstillingerne?

Selvom det efterhånden er en del år siden, de første kombinationsstillinger blev indført, er de stadig ikke særlig udbredte. Trods de gode intentioner og mange forventninger til stillingerne er kombinationsstillinger aldrig rigtig blevet en succes, og der er behov for at tage en seriøs drøftelse i sektorerne om, hvorvidt kombinationsstillinger er noget, man stadig vil satse på.

Der er ingen tvivl om, at kombinationsstillingerne bidrager til at styrke koblingen mellem teori og praksis. Det sker blandt andet ved, at stillingsindehaveren får aktuelle eksempler på praksis, som de kan bringe med ind i den teoretiske undervisning. Koblingen mellem teori og praksis bliver dog ofte meget begrænset og har mest betydning for den enkelte stillingsindehaver og evt. de studerende og kollegaer, hun er i kontakt med. Det er et problem.

Forankringen i begge verdener giver samtidig stillingsindehaverne en unik forståelse for, hvad der foregår på hhv. uddannelsesinstitutionen og på klinikken. Det giver stillingsindehaverne et helhedssyn på sygeplejerskeuddannelsen, der kan være med til at skabe større sammenhæng i uddannelsen til fordel for de studerende. Gevinsten for klinikken kan dog være svært at få øje på.

Et af de spørgsmål, der er behov for at drøfte, er om man har for store forventninger til kombinationsstillingerne. Som det er i dag har stillingerne bevæget sig væk fra de oprindelige mål og forventninger og de arbejdsopgaver, stillingsindehaverne af kombinationsstillingerne udfører, bidrager kun i begrænset omfang til at skabe sammenhæng mellem teori og praksis. Problemstillingen omkring manglende sammenhæng mellem teori og praksis er ikke nogen ny problemstilling, og det er værd at overveje, om kombinationsstillinger er det bedste redskab. Der er flere ting, der taler imod at satse på flere kombinationsstillinger.

For det første er en ny stillingstruktur ved at blive implementeret på professionshøjskolerne i form af en adjunkt-/lektorstruktur. Det kan vise sig vanskeligt, men dog ikke umuligt, at blive lektorgodkendt, når halvdelen af ens arbejdstid foregår i klinikken og dermed væk fra professionshøjskolen.

For det andet har professionshøjskolerne udarbejdet en ph.d.-strategi, hvor målet er, at 50 pct. af underviserne

i 2020 har en ph.d.-grad. Det er uafklaret, hvilken rolle kombinationsstillingerne spiller i den sammenhæng, men det er ikke usandsynligt at forestille sig, at ph.d.erne kan erstatte kombinationsstillingerne i forhold til at styrke vidensbaseret af undervisningen.

### Fjern barriererne!

Ønsker man at fastholde de nuværende kombinationsstillinger og skabe grobund for en større udbredelse, er det vigtigt at tage hånd om de barrierer, der i dag er forbundet med stillingerne.

Ansættelsesstederne er styret af forskellige logikker og kulturer: Det er en barriere, at uddannelsesinstitutionen og klinikken er styret af forskellige logikker og kulturer. Det kan være svært at forene et underviserjob, hvor der er et stort behov for fleksibilitet med et job på et hospital, hvor fokus er på patientpleje, og arbejdstiderne er faste. Det kan være et puslespil for de enkelte stillingsindehavere at få arbejdstid og arbejdsopgaver til at gå op i en højere enhed samtidig med, at de skal forholde sig til to arbejdssteder og to meget forskellige kulturer.

Manglende sammenhæng og samarbejde: Manglende samarbejde mellem de to arbejdsgivere er en væsentlig barriere. Det manglende samarbejde og forventningsafstemning mellem de to parter fører til uklarheder i forhold til, hvilke konkrete opgaver den enkelte stillingsindehaver skal løfte og ikke mindst sammenhængen imellem opgaverne. Ofte er det stillingsindehaveren, der er bindeleddet mellem de to organisationer og ikke arbejdsopgaverne.

Øget arbejdstid og mange forskelligartede opgaver: Ofte er arbejdsindsatsen i de to stillinger mere end 37 timer ugentligt, bl.a. fordi arbejdsopgaverne på hver arbejdssted ikke altid er tilpasset til det antal timer, stillingsindehaveren er ansat til. En anden ting, som bidrager til en øget arbejdstid, er den usynlige arbejdstid, der er forbundet med bl.a. transporttid fra det ene ansættelsessted til det andet, dobbelt informations- og mødeforum herunder håndtering af to mailsystemer og lignende. For mange af stillingsindehaverne er antallet af arbejdstimer dog ikke den primære udfordring, men derimod de mange skift i løbet af en arbejdsdag/arbejdsuge. Nogle stillingsindehavere oplever at skifte arbejdssted i løbet af en arbejdsdag og mange skift i arbejdsopgaver.

## **Kombinationsstillinger der lykkes**

Vi står ikke med et klart svar på løsningen på de barrierer, der omgiver kombinationsstillinger i dag. Men vi har dog på baggrund af vores undersøgelse nogle bud på en række greb, som kan sikre, at kombinationsstillingerne i højere grad lykkes:

Konkretisering af formål og oprydning i funktionsbeskrivelser: Der er behov for at "rydde op" i funktionsbeskrivelserne og sætte fokus på mere afgrænsede arbejdsopgaver. Samtidig er der behov for større opmærksomhed på sammenhængen mellem arbejdsopgaverne i de to stillinger, således at det sikres, at der er opgaver, der går på tværs af de to arbejdssteder, og der dermed er tale om en kombinationsstilling og ikke en delestilling. Det skal således være arbejdsopgaven, der er det samlende, ikke personen.

Forskellige modeller: I forlængelse af ovenstående er der behov for at se på ansættelsesbrøken. I langt de fleste tilfælde er fordelingen af tid mellem de to arbejdssteder i dag ca. 50/50. Der er dog behov for mere aktivt at se på ansættelsesbrøken i forhold til hvilke opgaver, der skal varetages. Er opgaverne fx primært knyttet til uddannelsesstedet og fokuseret på samspillet mellem teori og praksis, kan dette tale for, at ansættelsen primært er knyttet til uddannelsesstedet.

Løbende forventningsafstemning og øget samarbejde: En ting er tydeligt beskrevne arbejdsopgaver, men hvis stillingen skal fungere, kræver det en løbende dialog og forventningsafstemning mellem lederne på de to arbejdssteder og stillingsindehaveren.

## **Kombinationsstillinger og den ændrede stillingsstruktur**

Kan ph.d.-ansættelser i kombinationsstillinger og derved udvikling af vidensgrundlag bidrage til en bedre kobling mellem teori og praksis? Forskning gennemført på tværs af kliniske forskningsenheder/-afdelinger og professionshøjskolerne, der også giver muligheder for at knytte studerende direkte til disse projekter, kan måske også give spændende nye muligheder for ph.d.-studerende ansat i kombinationsstillinger. Erfaringerne fra de kombinationsstillinger, vi kender i dag, må da indgå i en sådan udvikling.

Notat fra Danmarks Evalueringsinstitut  
– Undersøgelse af kombinationsstillinger kan hentes på [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)

# Akademisk tilgang i klinisk praksis

- et tilbud der styrker sygeplejerskestuderende i undring og faglig argumentation.



Af Diana Skaaning, cand. pæd. soc., SD i sygepleje, sygeplejerske,  
Mette Baumgarten, cand.cur., sygeplejerske,  
Marie-Louise Sharp-Johansen, cand. cur., sygeplejerske, adjunkt  
Anne Panknin Kristensen, cand. pæd. soc., sygeplejerske,  
uddannelseskoordinator

## Introduktion

Formålet med denne artikel er at videregive vores erfaringer med et undervisningskoncept, der styrker sygeplejestuderendes kompetencer i at forholde sig kritisk for herefter med faglig argumentation at kunne bearbejde de konkrete problemområder, denne tilgang afstedkommer.

## Baggrund

I forlængelse af bekendtgørelsen anno 2008 kom der også i Region Hovedstaden ændrede retningslinjer for intern prøve modul 12 (1,2). Modul 12 studerende er i klinisk praksis i et forløb på 10 uger, og den studerende skal afslutningsvis gennemføre en intern prøve. Den studerende skal finde et sygeplejefagligt problemområde og ved hjælp af den interne prøve, som er en tredelt eksamen, mundtlig såvel som skriftlig anvende faglig argumentation i arbejdet med dette problemområde. De tre dele i prøven består i, at de studerende først skal skrive en opgave, derefter skal afholde et sygeplejefagligt forum, for så til sidst at samle de teoretiske pointer fra opgaven og de empiriske pointer fra det sygeplejefaglige forum til et oplæg, underbygget med teori og potentielle forbedringstiltag.

Herudover skal den studerende til den mundtlige prøve argumentere vha. faglige argumenter og på den måde vise, at modulets læringsudbytte er opnået (2). Som ansvarlige for sygeplejerskestuderendes uddannelse i klinisk praksis oplevede vi, at de studerende havde meget svært ved dels at finde et sygeplejefagligt problemområde, dels at argumentere fagligt både mundt-

## Resumé

Artiklen beskriver et heldagsseminar, som har til formål at styrke modul 12 sygeplejerskestuderendes kompetencer i at forholde sig kritisk i klinisk praksis, for herefter med faglig argumentation at bearbejde de konkrete problemområder, en sådan tilgang afstedkommer. Modul 12 studerende på tværs af hospitalet deltager på dagen, som er placeret halvvejs i forløbet. Allerede i den første uge af modul 12 opfordres de studerende ved hjælp af vejledere og en invitation til seminaret til at undre sig i praksis. De studerende er derfor tidligt fokuseret ind på en velkommen kritisk tilgang og møder op på seminaret med et eller flere relevante problemområder. Seminaret er metodisk tilrettelagt i en vekslen mellem forskellige undervisningsformer og med fokus på at finde belæg og systematisk bearbejde ét problemområde ved hjælp af faglig argumentation. Efter indførelsen af seminaret oplever vi i højere grad end tidligere, at de studerende fordyber sig i konkrete problemområder fra praksis og samtidig, at de på en velkvalificeret måde får beskrevet og bearbejdet disse. Med indsats på denne front oplever vi, at modul 12 studerendes arbejde på flere måder løfter praksis.

ligt og skriftligt. Vores oplevelse var, at de studerende var gode til at arbejde emneorienteret og med et normativt sigte. Det kunne eksempelvis være studerende, som gerne ville arbejde med emnet den døende patient og med et sigte om at finde én løsning på, hvordan vi som sygeplejersker skal agere i plejen til den døende patient. Vi oplevede ikke, at sådant arbejde fik de kompetencer i spil, som var modulets hensigt og det åbnede heller ikke op for at se muligheder og nye perspektiver i bearbejdningen af sygeplejefaglige problemområder. Ydermere blev de studerende ikke bedre til at forholde sig kritiske, hverken til klinisk praksis eller litteraturen. Alle elementer som er beskrevet i læringsudbyttet for modul 12 (2) og derudover relevant for en færdiguddannet professionsbachelor i sygepleje. Vi måtte derfor i højere grad sætte den undrende tilgang og faglig argumentation som væsentlige discipliner på dagsordenen. Dette ved hjælp af alle fordele fra klinisk praksis og uden at gentage undervisning fra skolen.

Således udvikler vi i år 2011 et tilbud til modul 12 sygeplejerskestuderende tilrettelagt som en hel dags seminar. Her deltager alle modul 12 studerende på tværs af hospitalet dvs. ca. 50 studerende, og dagen benævnes argumentationsseminar.

### Argumentationsseminar

De studerende inviteres til seminaret allerede i den første uge af modul 12. I invitationen opfordres de til at undre sig i praksis samt overveje sygeplejefaglige problemområder, som de kunne have lyst til at arbejde med. Som kliniske vejledere er vi også fra modulets start opmærksomme på, når den studerende eksempelvis til studiesamtaler får formuleret relevante problemområder fra klinisk praksis. Det kan være en studerende, som undrer sig over, hvordan det kan være, at sygeplejerskerne ikke bruger den håndholdte computer, når de skal administrere medicin og lignende? Seminaret afholdes ca. fem uger inde i modul 12. Denne placering er valgt efter tidligere studerendes evalueringer, og fordi mange studerende har brug for flere uger til at læse sig ind i problemområdet og til bearbejdning.

Med den tidligt udsendte invitation og klinisk vejleders fokus møder de fleste studerende op til dagen med et til flere konkrete problemområder. Seminaret er tilrettelagt således, at der i løbet af dagen metodisk veksles mellem inspirationsoplæg, vejledning og forskellige undervisningsformer. Gennem denne veksling mellem didaktiske metoder bliver den studerende i stand til at vælge ét problemområde og arbejde med dette område i forskellige perspektiver med faglige argumentation i fokus.

### Indhold og metode på argumentationsseminariet

#### *Guldkort til guldkorn*

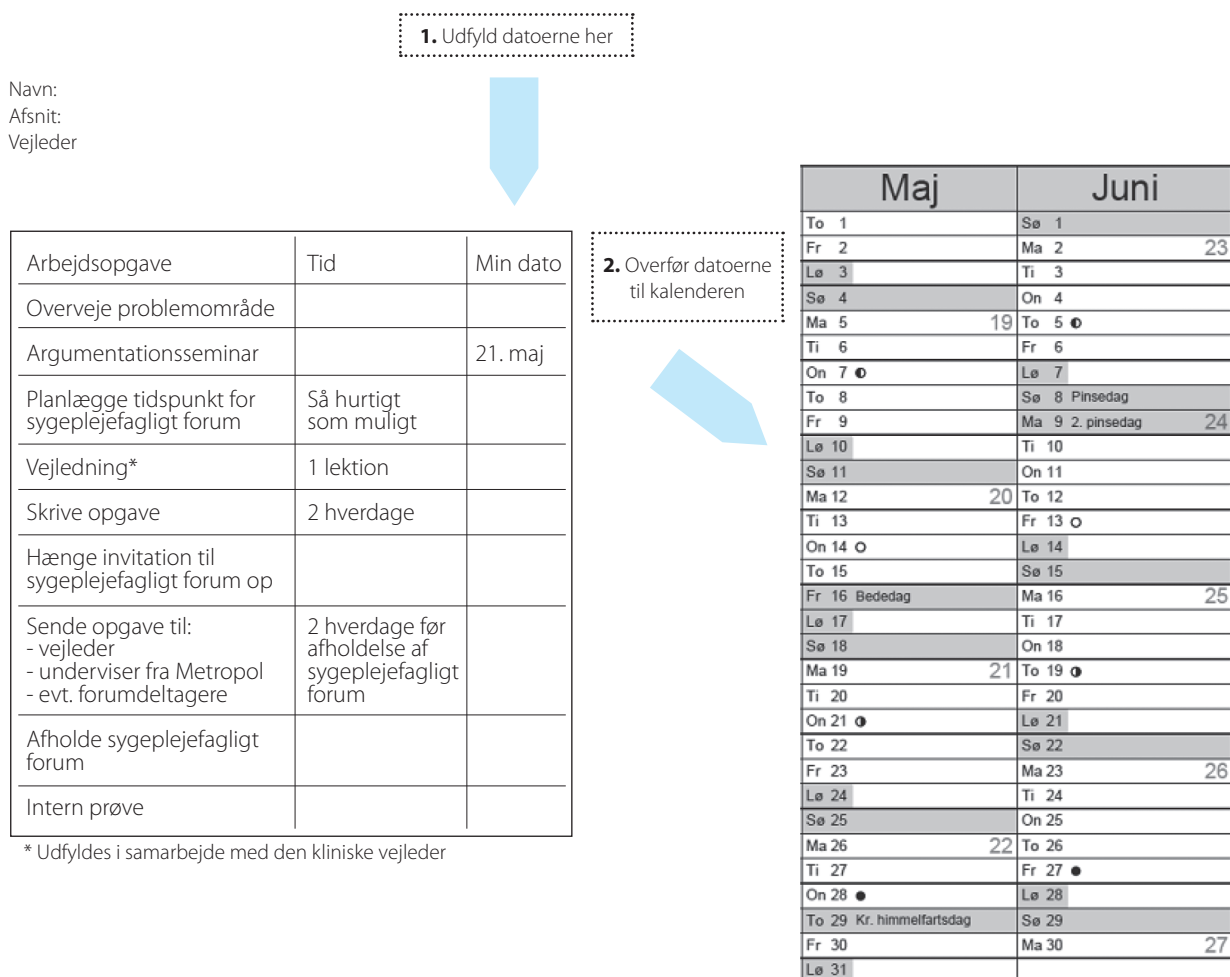
Dagen starter med, at de studerende to og to beskriver for hinanden, hvad der fylder i forhold til intern prøve. På den måde får de sat ord på deres frustrationer vedr. forløbet, bliver bekræftet i at de ikke er alene og det åbner dagen på en forløsende måde. Derefter spørger vi ind til eventuelle ideer til sygeplejefaglige problemområder og introducerer samtidigt til guldkortet. De studerende arbejder med guldkortet i 10 minutter i ro og til musik om morgenen. Guldkortet er tænkt som et gennemgående redskab til at nedskrive ideer og guldkorn både medbragte og dem, som opstår i løbet af dagen. Kortet er en konkret metode til hele tiden at arbejde med sit problemområde i form af arbejdsætninger. I løbet af dagen anvendes guldkortet flere gange og er i praksis et gult stykke karton. Sidst på dagen samles der op på guldkortet. Indtil nu har alle studerende haft et eller flere bud på arbejdsætninger/problemformuleringer på kortet. Den studerende tager guldkortet med tilbage til afdelingen i det videre arbejde. På dagen nævnes det, at de studerende, som har deres pc med i stedet for at bruge guldkortet, kan oprette et dokument – gulddokument. Vi oplever alligevel, at stort set alle studerende anvender guldkortet.

#### *Oplæg intern prøve og faglig argumentation*

Dagen består desuden af to inspirationsoplæg, som afholdes af henholdsvis en klinisk vejleder samt en ekstern forelæser. De to oplæg vedrører: introduktion til intern prøve og faglig argumentation.

Introduktionen til intern prøve er koncentreret om det at arbejde problemfokuseret og hele tiden at underbygge sine påstande fagligt. Oplægget om faglig argumentation har til formål at genopfriske betydningen af faglig argumentation i forbindelse med bearbejdelse af et klinisk problemområde og i det hele taget. Der er flere øvelser med sidemakkeren og mange eksempler i begge oplæg. De studerende får også udleveret et arbejdsredskab til modul 12 intern prøve forløbet, som både praktisk hjælper dem på vej og samtidig illustrerer, hvordan de ved hjælp af faglig argumentation som metodisk fremgangsmåde kan arbejde med konkrete områder.

Figur 1  
**Arbejdsredskab til modul 12 intern prøve forløb**



**Makkerpar på walk'n talk**

Efter frokost skal de studerende ud på gåtur i makkerpar to og to med guldkort og to ufuldendte sætninger, som de på skift skal fuldende: mit problemområde er, og jeg vil undersøge mit problemområde ved at. Dette benævnes i programmet som walk'n talk og formålet er, at de får italesat deres problemområde, og hvordan de vil søge svar overfor en udeforstående. Den medstuderende, som er gåtursmakker, stiller uddybende spørgsmål, og efter fem til syv minutter er det den anden studerendes tur til at svare på de to spørgsmål. De studerende giver udtryk for, at de i denne øvelse bliver bevidste om, hvor de kan støde på udfordringer. Øvelsen med at formulere deres problemområde skærper de studerendes opmærksomhed på, hvor de har brug for hjælp.

*Master Class*

Derfor er dagen efterfølgende tilrettelagt med metoden Master Class. Denne metode er kendt tilbage i 1800 tallet og nævnes i 1905 i den Engelske ordbog, hvor bl.a. den ungarsks komponist Franz Liszt beskrives som værende ophavsmand.

Master Class metoden skal i denne sammenhæng forstås som en gruppe af studerende, der tildeles en klinisk vejleder som deres master. Gruppen af studerende er på fem til maximum otte personer -gerne samlet i specialer. Den kliniske vejleder skal være sikker i akademisk skrivning og undersøgelsesmetoder.

De studerende fremlægger en for en deres betragtninger om, hvilket sygeplejefagligt problemområde de vil arbejde med. Hver studerende tager udgangspunkt i guldkortet og har cirka tre til fem minutter alt efter, hvor mange studerende, der er ved bordet. Når en studerende har fremsagt sine overvejelser – spørger master/klinisk vejleder ind til oplægget og faciliterer den studerende videre ved at vejlede, kommentere, foreslå, råde osv. Nogle studerende er godt på vej, og andre har brug for ideer eller hjælp til at vælge et af flere mulige områder. Den kliniske vejleder starter der, hvor den studerende er og inviterer de studerende til at fortælle, hvad de har brug for hjælp til. Master Class'en kan betragtes som den første spæde start til opgavevejledning, hvor den studerende oftest har brug for hjælp til afgrænsning, struktur og øvrige metodiske overvejelser. Efter den relative korte seance mellem klinisk vejleder og den studerende åbnes der op for de øvrige studerende, som måske har nogle ideer eller kommentarer til deres medstuderende eller har yderligere spørgsmål til klinisk vejleder. Når alle studerende ved bordet har fremlagt og har fået tid med master og medstuderende kan der, hvis der er tid tilbage, åbnes op for yderligere spørgsmål. Værdien af et Master Class set up er, at alle studerende kan drage nytte af den kliniske vejleders kommentarer ved hver studerende, ligesom de studerende kan blive inspirerede og lære af hinanden.

Den kliniske vejleder samler op på anvendelsen af guldkortet og beskriver, hvorledes den studerende nu kan tage guldkortet med tilbage til afdelingen og arbejde videre med problemområdet. Vi har i foråret 2014 også haft en lærer fra sygeplejeskolen med i Master Class, hvilket gav nye perspektiver og inspiration til de studerende ved bordet.

### *God arbejdslyst og gode råd*

Sidst på dagen er der generel opsamling på dagen, gode råd til eksamen og evaluering. Vi har samlet alle evalueringer fra seminardagene og de studerende evaluerer dagen meget positivt. Den største gevinst er dog, at vi i langt højere grad end tidligere oplever, de studerende fordyber sig i områder, som har udgangspunkt i en reel undring fra egen praksis og samtidig er kvalificeret til at arbejde systematisk, underbygget og med faglige argumenter. På samme måde oplever vi, at det sygeplejefaglige forum nu er aktuelt og fagligt interessant samt forløb, som munder ud i konkrete løsningsforslag, afdelingen tager til sig. Vi har eksempler på nye tjeklister, forbedring af patientinformation, anderledes struktur i rapportssituationer og endog en problemformulering, som er endt op med et treårigt forskningsprojekt, der netop er afsluttet og på samme måde også har givet anledning til ændret praksis. Hermed til inspiration – vores erfaring med et øget fokus og en enkelt dag ude af praksis.

### **Referencer**

- (1) Modul 12 - Sygeplejerskeuddannelsen  
Sygepleje -og selvstændig professionsudøvelse. 2013; Available at: <http://kurh.dk/~~/media/Subsites/Kurh/MODULER/Modulbeskrivelser/M%2012/Modulbeskrivelsemodul12rev23maj2013.ashx>. Accessed 5-27, 2014.
- (2) Ministeriet for Forskning. Innovation og Videregående uddannelser. Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje. 2008 29/1; Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114493> Accessed 5-27, 2014.



Opfordring!

**HAR DU LYST TIL  
AT FORTÆLLE OM EN**

# **ARBEJDSDAG**

Som noget nyt vil Uddannelsesnyt fremover bringe mindst en "case" fra "det virkelige liv" som underviser/vejleder, hver gang et nyt nummer af Uddannelsesnyt udkommer. Fokus kan være et vejlednings- eller undervisningsforløb, som har gjort særligt indtryk på dig, og som du mener, at andre undervisende sygeplejersker kan have glæde af at læse.

Hvis du har lyst til at bidrage med en fortælling fra din hverdag, skal du sende den til redaktionen. Kontaktoplysninger findes bagest i bladet.

# Temadag og generalforsamling

Tirsdag den 10.3.2015

University College Lillebælt. Sygeplejerskeuddannelsen i Odense  
Blangstedgårdsvej 4. 5220 Odense SØ

## TEMADAG



### NY SYGEPLEJERSKE UDDANNELSE KL. 10.30

En ny sygeplejerskeuddannelse er under planlægning, og lige nu ser det ud til at blive med start fra september 2016. På forskellige planer sker der afklaringer af, hvad der skal ændres/udvikles. Det gælder fx bekendtgørelse, studieordning, ønskede kompetencer, teori praksis forhold m.v. På temadagen sættes der fokus på, hvor langt arbejdet er, og hvilke ændringer der arbejdes med. Målgruppen er undervisere og kliniske vejledere i professionsuddannelse, samt sygeplejersker og uddannelsesansvarlige fra klinisk uddannelse.

#### Vi har allerede nu aftaler med:

Formand for Ledernetværket Jonna Frølich, der vil formidle viden om, hvad der sker i arbejdet med rammerne for en ny sygeplejerskeuddannelse.

Professor Kristian Larsen fra Institut for Læring og Filosofi, AAU, der har gennemført Sundhedskartellets projekt: Videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Et vigtigt bidrag til debatten om fremtidige uddannelses- og kompetencebehov for bl.a. sygeplejersker.

*Der kommer senere et endeligt program for dagen*

## GENERALFORSAMLING

### FOR FSUS MEDLEMMER KL. 17.00

**Tilmeldingsfrist den 1.3.2015 på hjemmesiden [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)**

Henvendelse kan ske til:

Inger Just: [ingerjust@galnet.dk](mailto:ingerjust@galnet.dk) eller Birgith Sletting: [bisl@phmetropol.dk](mailto:bisl@phmetropol.dk)

*Med venlig hilsen*

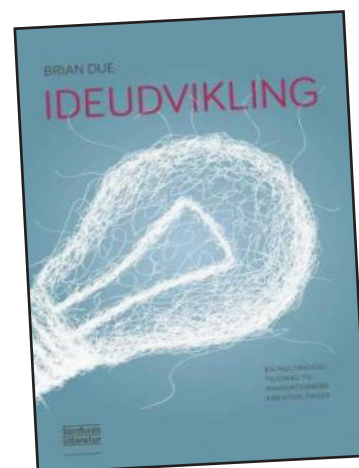
*Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker*

**Temadagen er gratis for medlemmer af FSUS  
Ikke medlemmer – 800 kr.  
(inkl. kaffe og en let frokost)**



## Boganmeldelse

# Ideudvikling- en Multimodal tilgang til innovationens kreative faser



**Brian Due · Samfundslitteratur,, Frederiksberg, 2014, 1. udgave.**

Der findes adskillige bøger om innovation og ideudvikling. Denne bog præsenterer en vinkel på netop innovation og ideudvikling, der er baseret på mikrosociologi, lingvistik, etnografi og socialfilosofi, og kan derfor belyse nogle af de kreative processer ud fra en tilgang, der ikke er nær så flittigt beskrevet.

Forfatteren søger at udbrede viden om *"den interaktionelle motor i ideudviklingsprocesser"*. Bogen er baseret på forfatterens eget PhD projekt; Den sociale konstruktion af ideer (2012).

Bogens målgruppe er studerende på mellemlange og lange uddannelser, efteruddannelsesforløb samt praktikere, der arbejder med ideudvikling, innovation og mødeledelse/facilitering. Forfatteren ønsker med bogen at give målgruppen en stærkere interaktionel og socialfilosofisk tilgang til ansvar og teknikker i tilknytning til ideudvikling.

Bogen er opbygget efter relativ kronologi. Kapitlerne sættes i forhold til hinanden, og der refereres til tidligere kapitler igennem bogen. Dette fungerer særligt godt, da læseren på denne måde let guides rundt i bogen. Bogens detaljerede indeks og indholdsfortegnelse, samt omfanget på 190 sider, gør yderligere bogen let at navigere i.

Kapitel 1 er et grundlæggende kapitel. Her defineres og uddybes begrebet ideudvikling. Resten af bogen belyser ideudvikling ud fra forskellige perspektiver; institutionelt perspektiv, som multimodal interaktionel praksis, som forestillingsarbejde, som bisociationsarbejde (evne til at sætte kendte ideer sammen i nye og overraskende kombinationer), som identitetsarbejde, samt faciliteret ideudvikling.

Begrebet multimodalitet er et gennemgående begreb igennem hele bogen. Begrebet bliver forklaret og uddybet på side 66. Personligt kendte jeg ikke meget til begrebet og fandt det nødvendigt at læse side 66- 69 om multimodalitet, før det gav mening for mig at benytte netop dette begreb i forbindelse med ideudvikling.

Forfatteren positionerer eksplicit bogen i opposition til den klassiske lineære ideudviklingsprocesmodel ved at fokusere på ideudvikling som en multimodal proces. En af bogens pointer er, at brugen af mange modaliteter stimulerer og øger sandsynligheden for flere og bedre ideer.

Udover at blive klogere på mikroanalytisk interaktionsanalyse og kreative processer i ideudvikling fortæller bogen fint noget om interdisciplinaritet og gruppe- og teamarbejde generelt. Teorierne benyttet er generelt overførbare til alle interaktioner på arbejdspladsen.

Bogen er skrevet i læsevenligt sprog, begreber er gennemgående detaljeret defineret og de mange illustrationer bogen igennem gør teorierne overskuelige og let brugbare i praksis.



Jeg mener, bogen fungerer særdeles godt som et supplement til traditionel organisations-, management- og innovationsteorier og som et godt fundament for et vellykket ideudviklingsarbejde.

Jeg anbefaler alle, der deltager i arbejds- og/eller udviklingsgrupper at læse denne bog.

*Stine Vibholm Persson, klinisk underviser på Hjertecentret Rigshospitalet*

## Bog anmeldelse

# Kommunikation i kontekst



**Helle Merete Nordentoft & Birgitte Ravn Olesen • Munksgaard. København. 2014**

Forventer man, at bogen *Kommunikation i kontekst* præsenterer kommunikationsmodeller og konkrete anvisninger på, hvordan man som sygeplejerske - eller generelt som sundhedsprofessionel - kan kommunikere klart og effektivt med patienten, vil skuffelsen være stor.

Forfatterens intention med bogen er nemlig en hel anden.

Bogen vil skærpe læserens bevidsthed om, at teori er betydningsfuld for måden at kommunikere på, og den vil samtidig gøre opmærksom på, at man kan vælge at kommunikere på forskellige måder, hvor det at træffe et kommunikativt valg vil få konsekvenser for selve samtalsituationen.

Med denne velskrevne forskningsbaserede lærebog om kommunikation bidrager forfatterne til udvikling af en vigtig sygeplejefaglig kompetence. En kompetence, der sætter sygeplejersken i stand til at kunne balancere mellem at anvende sin viden om, hvad vellykket kommunikation er, og at kunne indgå i komplekse, uforudsigelige og udfordrende samtaler med patienter.

Det lykkes fortrinligt for forfatterne at forbinde kommunikationsteori med konkrete praksissituationer. Hertil anvendes relevante kliniske scenarier, der beskriver komplekse og eksemplariske kommunikationssituationer i forskellige sundhedsfaglige felter. Ved hjælp af disse velvalgte, principielle scenarier fra klinikken viser forfatterne overbevisende, hvordan de specifikke videnskabsteoretiske retninger, positivisme, fænomenologi og socialkonstruktivismen får betydning for den sundhedsprofessionelles måde at se, tolke og kommunikere på i konkrete situationer.

Dernæst gives et grundigt indblik i de institutionelle rammer, normer, forventninger og de til tider modsatrettede krav, som den sundhedsprofessionelle arbejder og navigerer indenfor. Også her vises ved hjælp af praksisnære eksempler, hvordan samspillet og kommunikationen mellem fx sygeplejersken og patienten påvirkes. Med stor pædagogisk ekspertise introduceres til de tre forskellige kommunikative forståelsesrammer, nemlig systemteori, den dialogiske teori og det mikro-sociologiske perspektiv. Teoriene præsenteres med engagement, deres styrker og svagheder diskuteres, og nyere forskningslitteratur inddrages for bl.a. at vise, at skiftende teoretiske perspektiver påvirker fortolkningen af situationen og kommunikationen i den. Med afsæt i kliniske scenarier viser forfatterne målrettet og elegant, hvordan teoriernes faglige begreber kan bruges i analysen af de konkrete kommunikationssituationer mellem patienten og sygeplejersken. Kompetent sættes der i det afsluttende kapitel fokus på kommunikation af følelser. Her skelner forfatterne mellem et individuelt og et socialt perspektiv for følelser og hvilken betydning, det har for kommunikationen mellem samtaleparterne.

Helt enestående er bogens måde at metakommunikere med sine læsere på.

Hvert kapitel indledes med en kort introduktion til de centrale fokusområder, og der argumenteres overbevisende for valg af teorier. Kapitlerne afsluttes med en faktaboks, der opsummerer kapitlets centrale pointer, og der gives forslag til videre læsning. Således guides læseren fra start til slut igennem en spændende verden af kommunikative teorier, faglige definitioner, fyldestgørende analyser, refleksioner og komplekse kontekstuelle faktorer.

I bogen indgår mange vellykkede didaktiske elementer i form af bokse med relevante begrebsdefinitioner, spørgsmål til fordybelse og faglig refleksion, øvelser, konkrete teksteksempler og overskuelige illustrationer. En af bogens mange forcer er de kliniske scenarier. For mange af disse i samme kapitel, fx kapitel 3, kan dog forvirre læseren, da kompleksiteten bliver for stor.

Bogens klare og letforståelige sprog, kapitlernes velstrukturerede opbygning og gode teksteksempler fremmer ikke kun forståelsen, men vækker læserens nysgerrighed og læselyst. Bogen kan med fordel læses fortløbende, men de enkelte kapitler kan også læses hver for sig, og bogen egner sig endda som opslagsværk på grund af sin omfattende stikordsfortegnelse.

Kommunikation i kontekst er en kilde til stor inspiration, ikke mindst i kraft af den nyeste og omfattende forskningslitteratur. I sygeplejerskeuddannelsen vil den være uundværlig, da den med de kliniske scenarier direkte henvender sig til sygeplejefprofessionen. I bogen vægtes relationen og interaktionen med patienten, borgeren, klienten samt børn og unge højt, og netop derfor er den et must på sygeplejerskeuddannelsens modul 7, der beskæftiger sig med relationer og interaktioner.

Da bogen stiller skarpt på forskningsbaseret og forskellige teorier om kommunikation, tæt knyttet til praksis, skriver den sig direkte ind i modul 7's tema "sygepleje, relationer og interaktioner" og modulets fagområder kommunikation, sygepleje, pædagogik (kapitel 4) og psykologi (kapitel 6).

På uddannelsens første moduler kan den evt. suppleres med bøger, der har en mere øvelsesmæssig tilgang til kommunikation.

Bogen henvender sig til studerende på professionsbachelor- og kandidatniveau og til kursister på efter- og videreuddannelse, men den kan på det varmeste anbefales til alle, der arbejder professionelt med mennesker.



*Af Gundula Bergstrøm,  
Sygeplejerske, MEd, lektor på University College Sjælland*

Forfatterne, Helle Merete Nordentoft og Birgitte Ravn Olesen, er begge cand. comm., ph.d. og lektor ved hhv. Aarhus og Roskilde Universitet. I deres forskning har begge arbejdet med professionel kommunikation i det social- og sundhedsfaglige felt. Desuden er bogen reviewbedømt.

# Bestyrelsesvalg Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker 2015

**Ifølge foreningens vedtægter afholdes bestyrelsesvalget inden generalforsamlingen den 10. marts 2015.**

**Derfor indkaldes der nu kandidater, som har lyst til at opstille som kandidater til Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejerskers bestyrelse.**

Kun medlemmer af FSUS kan opstille til bestyrelsesvalget.

Ønsker du at opstille til bestyrelsen, fremsendes opstillingsblanket valgoplæg til Inger Just senest mandag den 9. februar 2015.

Blanket til opstilling og oplysninger om valget finder du på FSUS.dk

Vil du høre mere om bestyrelsesarbejdet, er du meget velkommen til at kontakte undertegnede såvel på telefon, e-mail eller brev.

Valget vil foregå skriftligt blandt foreningens medlemmer i perioden 16. – 28. februar 2015.

Bestyrelsen består af 7 medlemmer, og man vælges for 2 år ad gangen.

I 2015 vælges 4 bestyrelsesmedlemmer.

## **På valg er:**

- Birgith Sletting, Lektor cand. pæd, Professionshøjskolen, Metropol, Modtager ikke genvalg
- Inger Lise Elnegaard, Uddannelsesansvarlig sygeplejerske, Odense Universitetshospital
- Lene Iskov Thomsen, Afdelingsleder, UC Nordjylland – sygeplejerskeuddannelsen i Hjørring  
Modtager ikke genvalg
- Inger Just, Lektor Modtager ikke genvalg

På bestyrelsens vegne

Inger Just, Odensevej 37, 5260 Odense  
Formand

Mail: ingerjust@galnet.dk

Tlf: 23448602

# Orientering om valg og bestyrelsens arbejde

## Vil du bidrage til at:

- Styrke fagligheden og fremme samarbejdet omkring sygeplejefaglig og pædagogisk udvikling inden for uddannelse.
- Være et inspirerende og udviklende netværk for sygeplejersker, der arbejder med undervisning og vejledning
- Styrke læringsmiljøet i sygeplejerskeuddannelsen.
- Sætte fokus på sygeplejefaglig og uddannelsesmæssig udvikling.
- Skabe nationale og internationale kontakter af relevans for sygeplejefaglig og uddannelsesmæssig udvikling.
- Fungere som erfarings- og vidensbank for forsknings- og udviklingsaktiviteter.

Hvis ovenstående tiltaler dig, skal du overveje at blive en del af fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejerskers bestyrelse.

Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker, FSUS, afholder valg til bestyrelsen i februar 2015

Det specielle ved næste års valg er, at 3 personer forlader bestyrelsen, det er formand, næstformand og Webmaster, jeg vil derfor opfordre medlemmer af FSUS til at stille op til valget, og betingelsen for at du er valgbar er, at du har været medlem af FSUS i 1 år.

## Bestyrelsens arbejde

Bestyrelsen holder ca. 6 møder om året. 2 af møderne afholdes i forbindelse med forårs- og efterårskonferencen, 1 møde afholdes i august, øvrige møder planlægges for 1 år ad gangen ofte i forbindelse med andre aktiviteter, som bestyrelsen deltager i.

Opgaverne i bestyrelsen er fordelt således, at hvert medlem har en specialistopgave som f. eks, webmaster, kasserer eller kontakt til konferencestederne.

Bestyrelsen i FSUS har indtil nu selv varetaget alle opgaver i forbindelse med de aktiviteter, der har været i FSUS, vel vidende at der er mulighed for at betale for at få opgaverne lavet uden for bestyrelsen. Derfor har FSUS en god økonomi, hvor bestyrelsen har mulighed for at give økonomisk støtte til både medlemmers og bestyrelsens deltagelse i internationale konferencer.

FSUS samarbejder desuden med norske undervisere, som er medlem af "Fagforbundet for undervisning, faglig udvikling og forskning", som er en del af Norsk Sygeplejeforbund. Samarbejdet omhandler udveksling af erfaringer og udvikling på uddannelsesområdet, desuden afholder vi hvert andet år en fælleskonference i enten Norge eller Danmark. I maj 2015 afholdes den fælles konference i Bergen.

Fagligt og politisk samarbejder bestyrelsen med DSR og ledernetværket for sygeplejerskeuddannelsen.

Desuden har bestyrelsen etableret et netværk for kliniske vejledere. Et samarbejdsforum for kliniske vejledere/undervisere hvor der arbejdes for udvikling af forhold, der er specifikke for de faglige og pædagogiske funktioner for sygeplejersker, der arbejder med klinisk uddannelse af sygeplejestuderende.

FSUS er aktiv på mange områder, blandt andet i forbindelse med undersøgelsen "Klinisk vejledning på sygeplejerskeuddannelsen - en undersøgelse blandt kliniske vejledere i regionerne".

Desuden har repræsentanter fra bestyrelsen deltaget i projekter i forbindelse Uddannelsesfremsyn for de sundhedsfaglige professionsuddannelser samt Sundhedskartellets uddannelsesprojekt om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Det er et område, som bestyrelsen det næste års tid vil have meget fokus på og samarbejde med både ledernetværket for sygeplejerskeuddannelsen og DSR om.

FSUS har også taget initiativ til en undersøgelse af erfaringerne med kombinationsstillinger på tværs af sygeplejerskeuddannelserne i Danmark. En kombinationsstilling er en stilling, hvor man både er ansat på en uddannelsesinstitution og et klinisk uddannelsessted. Rapporten udkommer i efteråret 2014.

Derudover har bestyrelsen de sidste mange år afholdt en forårs- og efterårskonference, samt en temadag for kliniske vejledere/undervisere.

FSUS udgiver også fagbladet Uddannelsesnyt og samarbejder i den forbindelse med redaktionsgruppen, som er ansvarlig for det faglige indhold i Uddannelsesnyt.

Hvis denne indsigt i bestyrelsens arbejde har inspireret dig til at stille op til forårets valg, kan du hente en opstillingsblanket på [www.FSUS.dk](http://www.FSUS.dk).

Hvis du vil høre mere om bestyrelsens arbejde, er du velkommen til at kontakte undertegnede.

Venlig hilsen  
Inger Just  
Formand  
FSUS  
Tlf. 23448602  
Mail: [Ingerjust@galnet.dk](mailto:Ingerjust@galnet.dk)

# NOTITS

## TIL UDDANNELSESNYT FRA NETVÆRKET FOR KLINISKE VEJLEDERE

Netværket er blevet etableret mhp. et samarbejdsforum for kliniske vejledere. Netværket arbejder for udvikling af forhold, der er specifikke for de faglige og pædagogiske funktioner for sygeplejersker, der arbejder med klinisk uddannelse af sygeplejestuderende.

Netværket blev dannet i 2012, og her er kliniske vejledere fra forskellige uddannelsesområder repræsenteret. Netværket er berammet til en gruppe på 8 personer, bredt repræsenteret fra hele landet. I Netværksgruppen er der aktuelt 6 medlemmer, hvilket betyder, gruppen har plads til 2 medlemmer mere.

Netværket arbejder med vidensdeling, formidling af idéer, udveksling af erfaringer på landsplan, gensidig inspiration, og med hvordan diverse uddannelsesdokumenter kan fortolkes. Netværket er desuden optaget af, hvordan det kan formidles videre ud i organisationer. Netværket arbejder ligeledes for at gøre sin indflydelse gældende på uddannelsesområdet; pædagogisk og politisk.

**Er du interesseret i at være en del af dette arbejde kan du kontakte:  
Inger Lise Elnegaard, bestyrelsesmedlem FSUS**



NSFS FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE MED INTERESSE  
FOR UNDERVISNING, FAGUTVIKLING OG FORSKNING

Fagligt Selskab for  
Undervisende Sygeplejersker



Bergen den 7. og 8. maj 2015

## Velkommen til NSF FUFF`s FSUS`s Norsk – danske konference

Konferencen har på nuværende tidspunkt arbejdstitlen:

# Pasientsikkerhet, en udfordring i/for uddannelsen?



Program, priser og tilmelding annonceres  
senere på hjemmesiden [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)



# Redaktionen



**Ansvarshavende redaktør,  
Lisbeth Vinberg Engel**

Professionshøjskolen Metropol  
Institut for sygepleje  
Tagensvej 86, 2200 København N  
Tlf: 72282920  
email: lisbeth.vinberg.engel@gmail.com



**Redaktør  
Héléne Kelly**

UC Sjælland  
Slagelsevej 7, 4180 Sorø  
Tlf: 72482747  
email: hke@ucsj.dk



**Redaktør  
Karen Steenvinkel Pedersen**

UC Lillebælt  
Sygeplejerskeuddannelsen i Odense  
Blangstedgårdsvej 4, 5220 Odense SØ - Tlf. 24964202  
e-mail: ksep@ucl.dk



**Redaktør  
Camilla Bernild**

Roskilde Universitet  
Nordsjællands Hospital  
Tlf. 31624930  
e-mail: bernild@ruc.dk

**Indlæg til 'Uddannelsesnyt' skal  
være redaktionen i hænde senest:  
15. januar, 15. april, 15. juli og 15. oktober.**

Boganmeldelser samt bøger modtaget i redaktionen se: [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)  
Bestyrelsesmedlemmer i F.S.U.S: se: [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)