

Brikken i puslespillet...



... om e-læringsressourcer i en didaktisk forståelsesramme.

Masterspeciale udarbejdet af:

Tina Kjærgaard, studienr. 20070507

Studie: Masteruddannelsen i IKT og Læring
ved AAU

Vejleder: Rikke Ørngreen

Afleveret 25. maj 2009

Antal anslag: 129.320 tegn, 54 normalside.

Indholdsfortegnelse

FORORD.....	4
SUMMERY.....	5
INDLEDING:	8
Baggrund for valg af emne:	8
Hvad er KvaliCare Sårkoncept.	9
Målgruppen – hjælpergruppen i ord og tal.....	12
Opsummering af genstandsfeltet	15
Min motivation for valg af emne.....	16
Problemformulering:	16
Afgrænsning:	16
METODE	17
Metodisk design.	17
Interview.....	18
Observation.	20
Øvrigt empirisk materiale.....	20
Teori.....	21
Analysemetode.....	21
TEORI.....	23
Læringsteori.....	23
Teknologiens betydning for læring.....	30
Didaktisk forståelse	31
PRÆSENTATION AF DATA FRA INTERVIEWS, OBSERVATIONSBESØG OG SPØRGESKEMAUNDERSØGELSER.....	33
Interviews med fem hjælpere, der anvender KvaliCare Sårkoncept.	33
Præsentation af data fundet ved interview af udvikleren af KvaliCare Sårkoncept.....	38

Præsentation af data fra observationsbesøg	43
Præsentation af data fra en spørgeskemaundersøgelse	44
ANALYSE.....	47
Analyse af KvaliCare Sårkoncept med didaktisk model som redskab	47
<i>Læringsforudsætninger:</i>	47
<i>Rammefaktorer:</i>	50
<i>Mål:</i>	53
<i>Indhold:</i>	55
<i>Læreprocessen:</i>	57
<i>Vurdering:</i>	60
KONKLUSION.....	63
PERSPEKTIVERING	66
LITTERATURLISTE	68

BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1: Såranalyse Sorø kommune fra 2008

Bilag 2: Såranalyse Aabenraa kommune fra 2008

Bilag 3: Spørgeskemaundersøgelse X-købing kommune fra 2008

Bilag 4: Spørgeskemaundersøgelse Y-købing kommune fra 2008

Bilag 5: Beskrivelse af KvaliCare sårkoncept

Bilag 6: Transcribering af interviews med hjælpergruppen

Bilag 7: Transcribering af interview med udvikler af KvaliCare Sårkoncept.

Bilag 8: KvaliCares tilblivelse_ mail

Bilag 9: Mail_ interview af hjælpergruppen

Bilag 10: Interviewguide til hjælpergruppeinterviews

Bilag 11: Interviewguide til udviklerinterview

KORT RESUME AF SPECIALET

KvaliCare Sårkoncept, som opgaven handler om, drejer sig om at understøtte læreprocesser i ældreplejen. Opgavens målgruppe er hjælpergruppen og målet med konceptet er at opspore tidlige tegn på sår og forebygge sår hos borgerne. I det effektmålinger af konceptet viser, at forekomsten af sår reduceres betydeligt efter implementering af konceptet, synes det interessant at kunne ekspliciteret det pædagogiske og didaktiske design. Dette gøres med Hiim og Hippos relationsmodel som analyseredskab.

FORORD

Rejsen gennem Masteruddannelsen i IKT og Læring er med denne opgave ved at komme til endestationen. Det har været en spændende, udfordrende, krævende, inspirerende og sjov rejse, der er gennemlevet sammen med mange spændende mennesker. Billedet "brikken i puslespillet" på forsiden illustrerer min oplevelse af erkendelse, som jeg har opnået gennem arbejdet med specialet. Billedet er et udtryk for det man i folkemunde vil man kalde for min "aha-oplevelse".

Min rejse havde ikke været det samme uden alle de mennesker, som jeg har omgivet mig med undervejs, og derfor vil jeg starte mit projekt med at udtrykke min taknemmelighed.

En stor tak rettes til Rie Nygaard og Susan Jørgensen, der velvilligt har svaret på mine spørgsmål både tidligt og sent. Jeg har sat stor pris på deres engagement og omfattende faglige indsigt, som jeg har nydt godt af undervejs.

Tak til kollegaer og chefer for at have rummet mig, mens jeg har været optaget af specialskrivning.

Opgavens omfattende empiri er udelukkende blevet til, fordi flere kommuner har stillet sig til rådighed for min evige nysgerrighed. En stor tak retter jeg derfor til dem, som jeg af etiske årsager vælger at holde anonyme.

Mine medstuderende i vejledningsklyngen, Kåre og Henrik, skal der også rettes en tak til, for at have lagt øre og sjæl til mine tanker og tossede ideer, samt for kvalificerende faglige diskussioner.

Tak til Rikke Ørngreen, min vejleder på MIL, for god og kvalificeret vejledning.

Tak til familie og venner der har vist forståelse for mit fysiske og mentale fravær.

Den allerstørste tak skal rettes til min ægtefælle, Niels, og mine dejlige drenge, Andreas og Daniel, der har stået ved min side hele vejen, bakket mig op og troet på mig.

God fornøjelse med læsning af specialet!

SUMMARY

This paper is called "The piece of the puzzle". It is about how to support learning processes when using e-learning applications.

The Danish government has decided a strategy for ICT-supported¹ learning to be able to accommodate the demands which a welfare society stipulates now and in the future. Therefore I think it is essential to do research, in order to be able to point out activities in the didactic design, which support learning processes when using e-learning applications.

In this paper I focus on the activities connected to a concept of learning about wounds called KvaliCare - Concept of wounds. The aim of the concept is to reduce the occurrence of wounds and to detect early signs of wounds. The concept contains three elements, namely an analysis of wounds in the municipality, project management and locally modified e-learning applications.

Measurement of the effect of the concept has been going on for about three years and shows a reduction of the occurrence of wounds between 16-35%. This reduction is healthy for the citizens and also for the economy in the municipality.

The target group of this concept is social and health care workers, working in the elder care sector in Danish municipalities.

To be able to examine how the learning processes are supported for the target group, when using KvaliCare, I take a phenomenological approach. I collect empirical material through interviews with the target group and developers of KvaliCare, observation visits in a municipality using the concept and finally through a survey carried out in 2008. I argue to use Hiim and Hippes didactic relation theory as a tool for analysis.

I argue for the learning theoretical position and that learning should be seen in a socio-cultural perspective. I realise that learning is a constructivistic occurrence and more than a cognitive happening in every humans head. I also argue to see learning material in combination with the technology as a resource to create learning processes. The point is to realise that technology doesn't solve the challenge of learning, it only changes the conditions.

In the analysis I take a hermeneutic approach. In order to understand the empirical material, I use the theory to comprehend the coherence. The analysis leads to the conclusion where the research question will be answered.

¹ ICT = Information- and communication technology.

In outline, the most important activities when using ICT-supported learning resources in this target group in elder care are:

- Be aware of the ICT-skills for the employees.
- Be aware of how to motivate the employees.
- Be aware of the conditions when using e-learning resources.
- Create an opportunity for dialogue among the employees. This could be included in the application or organised as an activity in the group when they meet face to face.
- Visualisation is apparently an engaging method for this target group.
- Organization of the work with the elderly and the e-learning resources.
- Measurement of the effect shows that it matters – seems to be important.

The characteristic of this concept is the focus on maintaining the level of knowledge, not only initially to create knowledge. In other words, maybe this concept draws a picture of how to understand lifelong learning and point out the missing piece of the puzzle.

Kort beskrivelse af de enkelte afsnit og deres funktion i specialet.

I indledningen er det hensigten at klæde læseren på ift. den kontekst problemfeltet befinder sig i. Det historiske tilbageblik skal illustrere den tradition, som hjælpergruppen er vokset ud fra, idet jeg mener, det har betydning ift. den fremtid, som målgruppen skal møde.

Med metodeafsnittet ønsker jeg at redegøre for, hvilke metodevalg jeg har gjort undervejs og tydeliggøre årsager til de valg, jeg har truffet. Tydeliggørelse af metodevalg har til hensigt at forberede læseren på, hvilken position opgaven ønskes læst ud fra.

Teoriafsnittet bidrager til opgaven med et perspektiv, der kaster lys over den indsamlede empiri, således at den kan begrebsliggøres i det efterfølgende analyseafsnit.

I analyseafsnittet trækkes de betydningsbærende elementer fra den indsamlede data frem og sættes ind i en teoretisk forståelsesramme. Dette har til hensigt at skabe indsigt i sammenhængen mellem den indsamlede empiri og teoriapparatet.

I konklusionen kondenseres analysens delkonklusioner med den hensigt at svare på problemformuleringen

I perspektiveringens rundes opgaven af med mit bud på hvordan livslang læring kan forstås.

Begrebsafklaring:

Kontaktpersonbegrebet anvendes på to områder i opgaven, nemlig:

- I forhold til implementering af KvaliCare Sårkoncept
- I forhold til den enkelte borger.

Af hensyn til entydigheden i opgaven anvendes begrebet *kontaktperson* udelukkende i forhold til implementering af KvaliCare Sårkoncept. I forhold til den enkelte borger, betegnes kontaktpersonen fremadrettet som *borger-kontaktpersonen*.

I opgaven anvendes endvidere forkortelserne:

SSH = social- og sundhedshjælper

SSA = social- og sundhedsassistent.

IKT = informations- og kommunikationsteknologi.

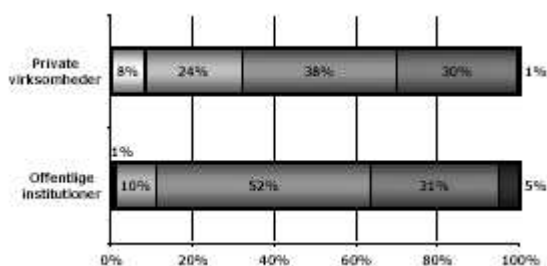
INDLEDING:

Indledningen har til hensigt at give læseren indblik i hvad genstandsfeltet består af, hvilken målgruppe der fokuseres på og endelig beskrivelse af min motivation for valg af emne, der fører frem til problemformuleringen.

Baggrund for valg af emne:

Regeringen har i 2007 lanceret en national strategi for IKT støttet læring, hvor der af forordet bl.a. fremgår, at "En af Danmarks væsentlige udfordringer er fortsat at udvikle de kompetencer og færdigheder, der er nødvendige for at sikre vores velfærdssamfund." (Ministeriet for videnskab, teknologi og udvikling (2007). I den nationale strategi lægges der vægt på, at der skal anvendes de teknologiske muligheder, der eksisterer for at understøtte læring og "Målet med strategien er dels at øge anvendelsen og kvaliteten af e-læring med henblik på at styrke kompetenceudviklingen bredt og dels, at gøre Danmark til et førende land inden for e-læring." (ibid, forord).

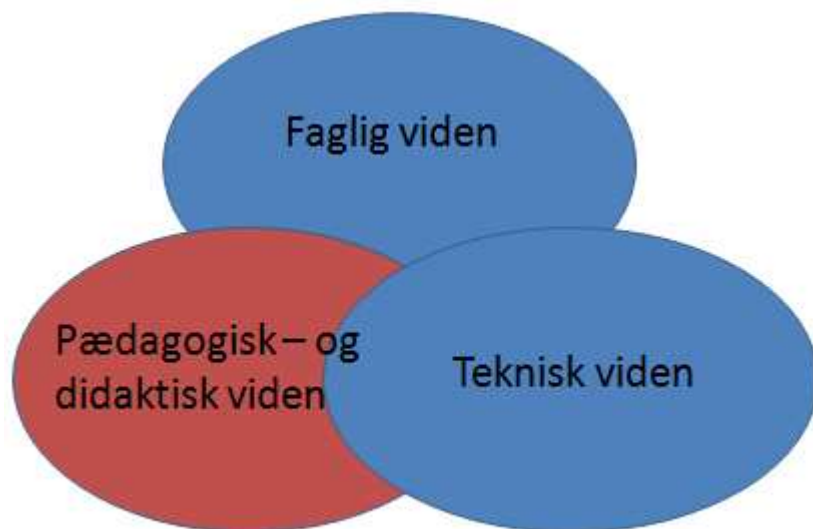
I den nationale strategi gøres endvidere rede for, at der er et uudnyttet potentiale for e-læring i såvel det private arbejdsmarked, som på de offentlige arbejdspladser.



Figur 1- (Ministeriet for videnskab, teknologi og udvikling (2007), kap. 1)

KvaliCare Sårkoncept, som er genstandsfeltet i denne opgave, bygger på evidensbaseret viden indenfor sårplejeområdet og udvikles af sygeplejersker, der er specialister i sårpleje- og behandling. Et element i konceptet er IKT-støttet læring. Det er dette uudnyttede potentiale som bl.a. KvaliCare Sårkoncept skal forsøge at udnytte, så der opleves et kompetenceløft i forhold til sårpleje og forebyggelse af sår.

Konceptet har til hensigt at lære relevante faggrupper om sårforebyggelse og -behandling, således at forekomsten af tryksår, diabetiske fodsår, venøse bensår og blandingssår hos borgerne/patienterne reduceres.



Figur 2 – Videns- og kompetenceområder - egen tilvirkning.

Denne figur illustrerer hvilke videns- og kompetenceområder, der er behov for, når der skal udvikles og anvendes e-læringsressourcer. For KvaliCares vedkommende gør det sig gældende, at udviklerne har omfattende viden og erfaring indenfor det faglige og tekniske område. Indenfor det pædagogiske og didaktiske område har udviklerne massiv erfaring, men på trods deraf er den pædagogiske- og didaktiske position ikke ekspliciteret og dermed begrebsliggjort. I de gennemførte såranalyser, hvoraf to er vedlagt som bilag 1 og 2, viser det sig, at forekomsten af sår reduceres betydeligt fra før KvaliCare Sårkoncept blev implementeret til efter implementering. Effektmålinger, der udarbejdes i et samarbejde mellem kommunen og KvaliCare viser altså, at konceptet virker efter hensigten. Derfor er der brug for at blive bevidst om, hvilken pædagogisk og didaktisk ramme konceptet befinder sig i, så også de pædagogiske- og didaktiske elementer ligeledes understøttes at faglig indsigt.

Hvad er KvaliCare Sårkoncept.

I dette afsnit præsenteres KvaliCare Sårkoncept, så læseren har mulighed for at opnå indblik i selve konceptet. For en grundigere beskrivelse af e-læringsressourcen henvises til bilag 5.

Beskrivelse af KvaliCare Sårkoncept's tilblivelse:

Ideen til KvaliCare Sårkoncept blev til i 1999, efter at en sygeplejerske, der var ansat i en kommune havde været på efteruddannelse i sårsygepleje.

Efter endt uddannelse gik hun i gang med at formidle hendes viden om sårpleje på traditionel vis i kommunen, men fandt hurtigt ud af, at hun ikke kunne nå alt personale med den metode.

Hun "begyndte at deltage i kurser og kongresser i ind og udland, hvor specialisterne rev sig i håret og ikke forstod, hvorfor deres forskningsbaserede viden ikke forbedrede virkeligheden for borgerne" (bilag 8). Hun indså undervejs, at det der manglede var at få implementeret og fastholdt viden.

Derfor begyndte hun at lave PowerPoint-præsentationer og planlagde, at disse skulle gennemses i plejegrupperne. Hun fandt ud af, at det var helt nødvendigt, at hun præciserede, hvem der skulle vide hvad i grupperne og, der blev derfor udviklet en PowerPoint-præsentation på to niveauer, en for sygeplejersker/SSA'ere og en for SSH'erne. Sårsygeplejersken lagde vægt på at tage meget hensyn til hverdagen for personalet, der befandt sig i en travl hverdag, med mange afbrydelser. Derfor valgte hun at lave en "slags "pixibog", som var let at gå til og, som skar ind til benet og viste "nødvendig basisviden"" (bilag 8).

Hun indledte et samarbejde med relevante ressourcepersoner bl.a. en læge fra Videnscenter for sårheling. De diasshows, som der blev udviklet, blev stadigt mere professionelle. Således var alt indhold udelukkende evidensbaseret viden, det blev verificeret af sårspecialister, og indholdet blev tilpasset den enkelte kommune eller sygehus.

Efterhånden indså hun at e-læringsressourcer, som blev suppleret med lyd måtte være vejen frem. Disse e-læringsressourcer blev internetbaserede og dermed enklere at opdatere end diasshows på kommunernes egne netværk.

KvaliCare Sårkoncept er, som dette afsnit antyder udviklet over tid via erfaringer, og fokus har især koncentreret sig om at sikre det faglige og evidensbaserede indhold og på, hvordan implementering og fastholdelse af viden sker. Sidstnævnte har i nogen grad været præget af "trial and error-metoden" dvs. der har været afprøvet forskellige læringsmetoder, og der er i den proces høstet værdifulde erfaringer undervejs, der har ført frem til, hvordan KvaliCare Sårkoncept ser ud i dag.

Hvad er KvaliCare Sårkoncept i dag?:

Konceptet består af 3 elementer (KvaliCare (2009))

1. Analyse af sår der er under behandling i kommunen

Såranalysen gennemføres på baggrund af data fra sygeplejersker i grupperne, der udfylder et registreringskema pr. borger med sår, hvor såvel forekomsten af sår og tidsforbrug registreres i en udvalgt kalenderuge. Vejledning gives og registreringskemaer udleveres til nøglepersonerne

for sårområdet i grupperne inden måleperioden, som sikrer, at sygeplejerskerne får udfyldt skemaerne. Analysen af sårene i kommunen eller på sygehuset danner grundlag for sammenligning af forekomsten af sår fra år til år, således at kommunen kan effektmåle. Effektmålingen sker på såvel forekomsten af sår hos borgerne (herunder type af sår), samt personalemæssige ressourcer (der vedlægges såranalyser fra 2 forskellige kommuner, se bilag 1 og 2). Analysesresultaterne muliggør strategisk tilgang til dokumenterede problemområder.

2. Organisering og projektledelse

Denne del sikrer en hensigtsmæssig implementering af konceptet. Der fokuseres på at en person fra kommunen trænes i, hvordan nye indholdsområder implementeres, således at kommunen gradvist kan overtage organiseringen og projektledelsen. Selve implementeringen organiseres via kontaktpersoner, der er udpeget i grupperne. Erfaringen viser, at kontaktpersonerne med fordel kan være de medarbejdere, der har ansvar for at planlægge arbejdsopgaverne i grupperne. Kontaktpersonerne har til opgave at sikre, at alle kollegaer har været igennem e-læringsressourcerne og taget testen. Derudover spiller kontaktpersonerne en afgørende rolle ift. at motivere kollegaerne og håndtere tekniske problemstillinger.

I organiseringen og projektledelsen ligger der endvidere faste møderækker mellem KvaliCares personale og kommunens kontaktpersoner. Møderækkerne er fastsat i god tid, og dagsordenen er altid kendt på forhånd. Møderne afvikles typisk når nyt indholdsområde skal implementeres, herunder opstartsmøder, midtvejsmøder og evalueringsmøder/opdateringsmøder. Der udarbejdes en årsplan, der illustrerer hvornår der skal ske hvad dvs., hvornår skal der gennemføres gennemsyn og test af de enkelte indholdsområder, hvornår der er møder, hvornår opdateringer af e-læringsressourcerne skal ske osv.

3. E-læring

E-læringsressourcerne tilgås via internettet og publiceres via et Learning Management System (LMS). KvaliCare rummer e-læringsressourcer på to niveauer, et til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og et andet til social- og sundhedshjælpere og andet personale med forholdsvis kort uddannelsesbaggrund, herefter kaldet hjælpergruppen.

Aktuelt rummer KvaliCare tre indholdsområder:

- Tryksår
- Diabetiske fodsår
- Bensår

Den enkelte bruger præsenteres udelukkende for det niveau, som er relevant, således præsenteres hjælpergruppen udelukkende for de dele af programmerne, som er relevante for dem. KvaliCare Sårkoncept fordrer, at alle medarbejderne en gang årligt tager den endelige test efter den årsplan, som er lagt. Medarbejderne mindes om, hvornår testen skal tages via de udpegede kontaktpersoner samt, når de logger sig på KvaliCare, hvor det fremgår af forsiden. E-læringsressourcen rummer udelukkende mulighed for interaktion mellem mennesket og maskinen og understøtter ikke teknologisk kommunikation mellem medarbejderne.

Disse e-læringsressourcer skal, som minimum tilgås en gang årligt, men de er altid tilgængelige og kan anvendes som opslag, opdatering af viden, i elevarbejdet og som led i introduktionen af nyt personale. For grundigere beskrivelse af e-læringsressourcen henvises til bilag 5.

Den grundige analyse af omfanget af sår samt den organisering og projektledelse, der følger med konceptet, danner basis for at kunne tilpasse e-læringen til de forhold, der gøre sig gældende i den enkelte kommune på det pågældende tidspunkt. Såranalysen gentages en gang om året i forbindelse med, at e-læringsressourcerne opdateres. Denne årlige opdatering har til hensigt at sikre at den læring, der sker i KvaliCare, er tidssvarende og relevant i forhold til nyeste evidensbaseret viden og de af kommunen anvendte sårplejeprodukter. Projektledelse og organisering har til hensigt at fastholde personalet i forhold til den læring, de har opnået gennem brug af KvaliCare e-læring.

Af de såranalyser, der er gennemført, viser effektmålinger, at forekomsten af sår hos borgerne reduceres med 16-35 %, når der beregnes fra før KvaliCare Sårkoncept blev taget i anvendelse og til sidste måling, der var i foråret 2008. Det viser sig, at der ses størst reduktion i forekomsten af sår det første år, og at dette tal er forholdsvist stabilt de efterfølgende år, men vigtigst af alt, at det ikke stiger igen.

Målgruppen – hjælpergruppen i ord og tal

I dette afsnit beskrives hjælpergruppen, der er målgruppen for opgaven. Dette for dels at skabe forståelse for den tradition, som den er vokset ud fra og dels for at sikre en harmoniseret forståelse for læserne.

Det historiske perspektiv – fra husmor til fagperson

Historisk set er social- og sundhedshjælperfaget opstået som en compensation for husmoderen. Tidligere var titlen for faggruppen husmoderafløser (indført ved lov om husmoderafløsning i 1949), senere hjemmehjælper (indført ved lov i 1968 til invalide- og folkepensionister senere

bistandsloven) og altså i dag social- og sundhedshjælpere (indført ved lov om social service i 1997). Traditionen for husmødre har baseret sig på omsorg for mennesker, der har behov for det, dvs. børn, ældre, syge og handicappede. Med loven i 1968 blev det for første gang påpeget, at kommunerne skulle sikre faglig relevant uddannelse til faggruppen. I de efterfølgende lovgivninger er der fokuseret yderligere på dette. Den politiske dagsorden har i nyere tid været præget af at værne om velfærdssamfundet i bred forstand. Kommunalreformen, der blev effektueret 1.1.2007, har bevirket, at mennesker der tidligere var i en længere periode på sygehuset nu returnerer til eget hjem eller på en aflastningsplads tidligere i rehabiliteringsforløbet, end tilfældet var førhen. Det betyder for kommunerne, at ”opgaverne inden for ældreplejen vokser i omfang og kompleksitet” ((Teknologisk Institut (2007). Ændringer i kompetencekravene til målgruppen FBK 2692, p. 72). Fagidentiteten, der historisk er opstået fra husmoderrollen, er altså under forandring. Den er, som det historiske rids antyder, præget af et stadig øget fagligt fokus og større ansvar.

Den øgede faglige fokusering stiller krav til den kompetenceudvikling, der skal etableres. Krav som højt fagligt niveau, effektiv læring og økonomisk rentabilitet kommer i centrum for denne kompetenceudvikling. Den teknologiske udvikling bevirker, at samfundet sætter fokus på at udnytte det potentiale, der findes her, hvilket aktuelt er udmøntet i den nationale strategi for IKT-støttet læring. Læring i et sociokulturelt perspektiv erkender, at ”end ikke den stærkeste informationsteknologi løser læringsproblemet, den ændrer kun dens betingelser” (Säljö. R., 2003, p. 12). Denne erkendelse skærper opmærksomheden i forhold til, hvordan læreprocesser sker netop med den hensigt at kunne designe hensigtsmæssige læringsforløb understøttet af den tilgængelige teknologi. Det er denne erkendelse, som denne opgave fokuserer på.

Hjælpergruppen består af gruppen af korttidsuddannede, der har med personlig pleje og praktisk hjælp at gøre. Det betyder, at de varetager arbejdsopgaver som f.eks. at hjælpe borgerne i bad, klæde dem på, hjælpe dem med mad og gøre rent hos dem. Af uddannelsesmæssig baggrund er størsteparten social- og sundhedshjælpere, men der er også hjemmehjælpere, sygehjælpere og uuddannede i hjælpergruppen.

Teknologisk Institut beskriver i rapporten, ”Ændringer i kompetencekravene til målgrupperne i FKB 2692”, ældreområdet personalesammensætning i perioden fra 2003 til 2006 (se tabel herunder). Der var i 2006 i alt ansat 135.053 indenfor ældreområdet. Antallet, der hører med til hjælpergruppen, var i alt 97.994 i 2006².

² erhvervsuddannelser fratrukket social- og sundhedsassistenterne, grundskole, almen- og erhvervsgymnasiale uddannelser.

	2003	2006	2003	2006	Ændring 2003- 2006	Ændring 2003- 2006
	Antal	Antal	Pct.	Pct.	Antal	Pct.
Grundskole	26.497	24.712	21	18	-1.785	-7
Almengymnasiale ud- dannelser	6.006	7.848	5	6	1.842	31
Erhvervsgymnasiale uddannelser	932	1.432	1	1	500	54
Erhvervsuddannelser	69.781	73.611	55	55	3.830	5
- heraf social- og sundhedsassistent	9.231	12.295	7	9	3.064	33
- heraf pædagogisk grunduddannelse	46	205	0	0	159	346
- heraf social/sundhed (eud) ivu	130	138	0	0	8	6
- heraf social- og sundhedshjælper	25.820	28.443	20	21	2.623	10
- heraf sygehjælper	9.976	7.734	8	6	-2.242	-22
- heraf beskæftigel- sesvejl.	1.017	795	1	1	-222	-22
- heraf plejehjemsas- sistent	1.656	1.553	1	1	-103	-6
- heraf plejer	441	401	0	0	-40	-9
Korte, videregående uddannelser	2.603	2.686	2	2	83	3
Mellemlange, videre- gående udd.	18.950	21.919	15	16	2.969	16
Bachelor	460	799	0	1	339	74
Lange, videregående uddannelser	499	739	0	1	240	48
Uoplyst	1.125	1.307	1	1	182	16
I alt	126.853	135.053	100	100	8.200	6

Figur 3 - samtlige ansatte indenfor ældreområdet fra 2003-2006, fordelt efter uddannelsesbaggrund (Teknologisk Institut (2007). p. 33)

Undersøgelse af danskernes IKT-færdigheder fra 2005 viste at 31 % af befolkningen mangler basale IKT-færdigheder, og at der primært er tale om ældre over 60 år, arbejdsløse, personer med en lav indkomst og personer med et lavt uddannelsesniveau. Hjælpergruppen antages at høre til gruppen med et lavt uddannelsesniveau. Dette er naturligvis væsentlig viden, når QualiCare Sårkoncept baseres på IKT-undersøttet læring. (Teknologisk Institut, 2005, p. 32-33)

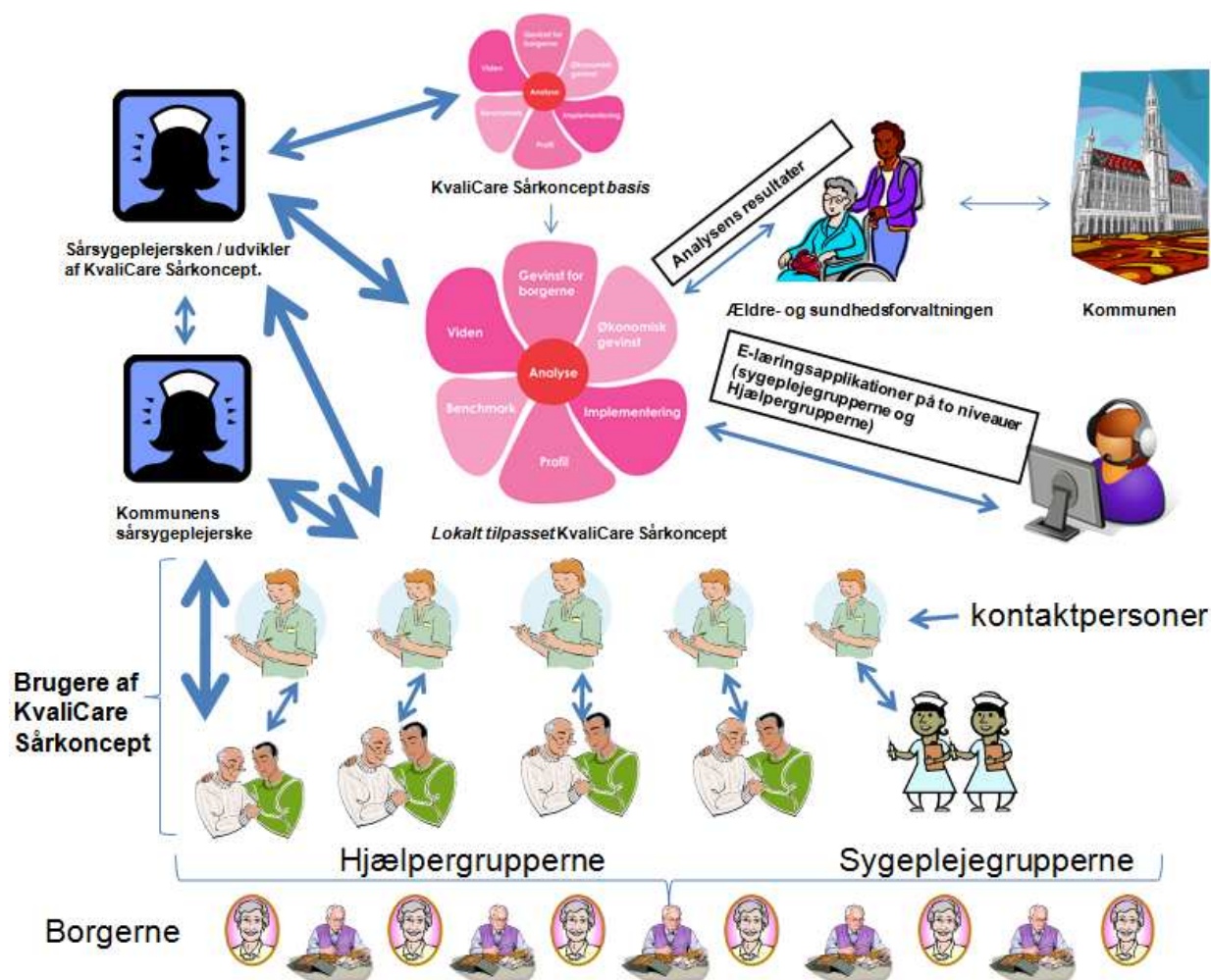
Målgruppens organisering i kommunerne.

Data til dette afsnit er hentet fra min omfattende erfaring fra mit arbejde som uddannelseskonsulent og projektleder i kommunernes ældrepleje, hvor jeg har haft min daglige gang i 30-35 kommuner. Medarbejderne i hjælpergruppen er oftest organiseret i grupper med 15-20 medarbejdere i hver gruppe. Til hver hjælpergruppe er der typisk tilknyttet en sygeplejerskegruppe, og sygeplejerskerne kan være tæt eller mere perifert tilknyttet hjælpergruppen. Arbejdsopgaverne tilrettelægges hovedsagligt ud fra borger-

kontaktpersonprincippet, hvilket betyder, at den enkelte hjælper primært udfører arbejdsopgaver hos de borgere, vedkommende er borger-kontaktperson for. For at borgerne ikke skal have besøg af mange forskellige medarbejdere, planlægges det oftest således, at når borger-kontaktpersonen er fraværende, er der udpeget to til tre andre i gruppen, der så besøger borgeren. Det betyder, at der er en tre til fire medarbejdere, der har et godt kendskab til borgeren og hans/hendes situation, og de kan dermed drøfte konkrete arbejdsopgaver og udfordringer med hinanden. Det betyder, at den enkelte hjælper derved bliver i stand til at observere borgeren over tid og dermed bedre kan iagttage samt reagere på forandringer i borgerens fysiske, psykiske eller social tilstand. Fokus for hjælpergruppen i KvaliCare Sårkoncept er tidlig opsporing og forebyggelse af sår, hvilket i høj grad muliggøres, når arbejdet tilrettelægges ud fra borger-kontaktpersonprincippet.

Opsummering af genstandsfeltet

Med den hensigt at forsøge at hjælpe læseren af opgaven til opnåelse af overblik over dette omfattende genstandsfelt og de indbyrdes relationer, illustreres dette herunder. Tykkelsen på pilene er tænkt til illustration af, hvor mit blik i særdeleshed retter sig hen i denne opgave.



Min motivation for valg af emne

KvaliCare Sårkoncept som undersøgelsesobjekt var for mig oplagt, dels fordi jeg har en sygeplejefaglig baggrund, og dels fordi jeg var nysgerrig på årsagen til de positive effektmålinger, der er fremkommet ved implementering af KvaliCare Sårkoncept.

Oprindeligt var mit fokus på at undersøge selve e-læringsressourcen, for at få indsigt i, hvordan interaktionen mellem brugeren og applikationen fungerede. Undervejs i processen oplevede jeg, at dette fokus var for snævert, hvis ønsket var at opnå forståelse af hvordan hjælpergruppens læreprocesser understøttes, når de anvender e-læringsressourcerne. Derfor har mit fokus flyttet sig, så jeg i opgaven fokuserer bredt på den didaktiske ramme som konceptet befinder sig i. Med didaktisk ramme skal forstås, tilrettelæggelsen af anvendelsen af læringsressourcerne. Dermed inkluderes de aktiviteter der befinder sig i samspil med læringsressourcerne og som tilsammen udgør den didaktiske ramme. Mit fokus har således flyttet sig fra HCI-perspektivet til et didaktisk- og pædagogisk perspektiv. Dette har ført frem til følgende problemformulering:

Problemformulering:

Hvordan understøttes hjælpergruppens læreprocesser, når de anvender KvaliCare Sårkoncept?

Herunder, hvordan understøttes deres bestræbelser på at omsætte den læring, der er sket gennem KvaliCare Sårkoncept, til praktiske handlinger, således at forekomsten af sår hos borgerne reduceres?

Afgrænsning:

Indenfor rammerne af denne opgave er det ikke ambitionen at foretage faktiske ændring af det eksisterende læringskoncept, men at undersøge og blive bevidst om hvilke aktiviteter der understøtter hjælpergruppens læreprocesser. Det forhindrer dog ikke at jeg vil foreslå, hvilke områder der med fordel kunne ændres, således at hjælpergruppen imødekommes bedre. KvaliCare rummer e-læring på to niveauer, nemlig et niveau til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og et andet niveau til hjælpergruppen. Det er udelukkende sidstnævnte gruppe, som denne opgave vil fokusere på.

METODE

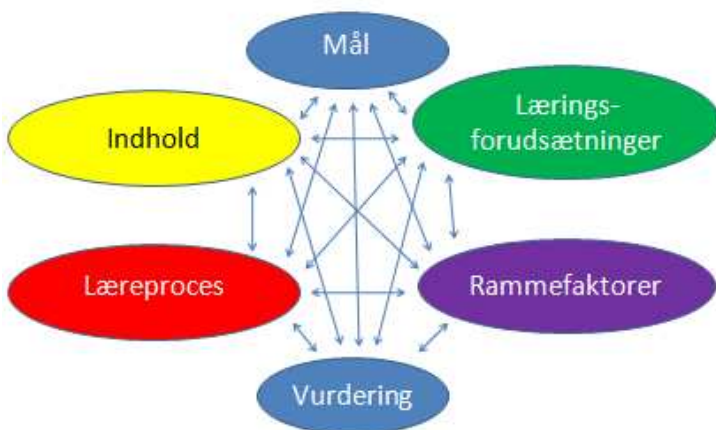
”Ordet *metode* betød oprindeligt *Vejen til målet*. Uden et erklæret mål er det vanskeligt at vise vejen til det” (Kvale S., 2007, p. 179). Med dette afsnit præciseres, at en bevidstgjort metode er nødvendig for at finde vejen til målet. Målet er i denne sammenhæng besvarelse af den stillede problemformulering.

Metodisk design.

Undersøgelsen designes som et enkelt case studie med det formål at ”repræsentere en ny kombination af mere eller mindre kendte forhold, som ikke tidligere har været gjort til genstand for nøjere studier” (Andersen I, 2008, p. 118-119). Her tænkes specifikt på den pædagogiske og didaktiske tilgang genstandsfeltet har.

Med udgangspunkt i relationsmodellen af Hiim og Hippe (2007) vil jeg forsøge at undersøge KvaliCare Sårkoncept for derved at kunne svare på den opstillede problemformulering. Den primære årsag, til at jeg har valgt netop denne model, er erkendelsen af de tætte relationer mellem kategorierne, illustreret med pilene i modellen herunder. Det interessante ved modellen er, at det tydeliggøres at kategorierne indbyrdes påvirker og påvirkes, således at hvis en kategori ændres, er det nødvendigt at tænke hele den didaktiske ramme igennem på ny. Et eksempel kunne være, at hvis kategorien læringsforudsætninger ændres, så det udelukkende er IKT-svage medarbejdere der skal anvende ressourcen, vil det være nødvendigt gentænke de øvrige didaktiske kategorier. Hvis dette ikke gøres, vil medarbejderen formentlig slet ikke kunne tilgå ressourcen og derved få indsigt i indholdet, gennemløbe læreprocessen og tage testen til slut. Hiim og HIPPES relationsmodel vil jeg således anvende som et analyseredskab, med den hensigt at opnå indsigt i den didaktiske ramme KvaliCare Sårkoncept befinder sig i.

Det erkendes ligeledes, at ingen af kategorierne kan udelades og at de er ligeværdige dvs. ingen af kategorierne er mere betydningsfulde end de øvrige, hvilket også er af betydning for, at valget faldt på denne model.



Figur 4 - Relationsmodellen, udarbejdet efter inspiration af Hiim og Hippe.

Jeg vil antage en fænomenologisk tilgang til dataindsamlingen dvs., jeg vil undersøge, hvordan fænomenet KvaliCare viser sig for brugernes og udviklernes bevidsthed. Dernæst vil jeg anvende de seks kategorier i relationsmodellen som fundament for analysen.

I undersøgelsesdesignet har det været væsentligt at forsøge at begribe den livsverden, som målgruppen befinder sig i for derved i højere grad, at kunne forstå de omgivelser KvaliCare Sårkoncept skal fungere i. Derfor lægges der vægt på interviews med repræsentanter fra hjælpergruppen, samt med udviklerne af KvaliCare Sårkoncept. For at forsøge at begribe, hvordan implementering af KvaliCare Sårkoncept rent faktisk foregår, vælger jeg endvidere at deltage på et opstartsmøde i en kommune. Mine nærmere overvejelser om valg af netop disse undersøgelsesmetoder, vil jeg gøre rede for nedenfor.

Min tilgang til forståelsen af det pædagogiske- og didaktiske design af KvaliCare Sårkoncept er, at anvende teorien til kaste lys over det empiriske materiale der indsamles. Jeg vil strukturere data ud fra den interviewguide der er udarbejdet før gennemførelsen af interviewene, netop for at kunne bevare en fænomenologisk tilgang til data. I den efterfølgende analyse vil de didaktiske kategorier, som Hiim og HIPPES relationsmodel beskriver, fungere som redskab til min dybere refleksion. Strukturering af data vil bane vejen for at kunne danne mig overblik over det samlede materiale og derved at kunne besvare den stillede problemformulering.

Interview

Der vil blive gennemført interviews med repræsentanter fra hjælpergruppen i en kommune. Hensigten med dette er for at opnå indsigt i, hvordan KvaliCare Sårkoncept opleves af brugerne. Ifølge Sharp et al (2007, p. 298-308) kan interviewformen være ustruktureret, struktureret, semistruktureret, og endelig kan fokusgruppeinterviewet vælges.

Det ustrukturerede interview genererer rigelige mængder af data og anvendes typisk, når forventningen til interviewet ikke er fastlagt. I denne interviewform anvendes overvejende åbne spørgsmål og er altså åbent for, hvad der nu måtte komme og forløber som en konversation.

Det strukturerede interview derimod baseres hovedsagligt på lukkede spørgsmål, hvor svarmulighederne oftest vil være forudbestemte i stil med spørgsmålene i et spørgeskema og er anvendeligt, når målet er helt klart, og spørgsmålene rent faktisk kan blive identificeret.

Fokusgruppeinterviewet er velegnet, når det ønskes, at respondenterne forholder sig til et enkelt emne. Det er hensigten, at de skal forholde sig til hinandens oplysninger, holdninger og synspunkter.

I den semistrukturerede interviewform kombineres elementer fra det strukturerede og de ustrukturerede interview, og der benyttes såvel lukkede, som åbne spørgsmål.

I denne undersøgelse vælger jeg den semistrukturerede interviewform, idet jeg ønsker svar på såvel klart definerede spørgsmål, som svar på mere åbne spørgsmål, hvor interviewpersonen bl.a. vil blive bedt om at fortælle om hans/hendes oplevelse af KvaliCare Sårkoncept i forskellige situationer. For at få adgang til personer, der er relevante at interviewe, tages kontakt til en kommune. Der redegøres for, hvad interviewet skal handle om, hvilke betingelser det tænkes gennemført under, hvad der er behov for fra kommunens side, samt hvordan data vil blive behandlet efterfølgende. Endvidere medsendes et skema der skal anvendes til at oplyse interviewpersoners navne, adresse for mødested, samt dato og tidspunkt for, hvornår det kan gennemføres. Denne planlægning anser jeg for at være afgørende for at kunne gennemføre interviewene i denne faggruppe, da planlægning i god tid løser de tidsmæssige vanskeligheder, der ellers ville kunne opstå.

I forberedelsen af de semistrukturerede interviews udarbejdes en interviewguide (bilag 10), således at de samme emner bliver berørt i hvert af interviewene. Interviewene vil forløbe ud fra denne fremgangsmåde, som Sharp et al (2007, p. 137) præciserer, nemlig introduktion, opvarmning, besvarelse af interviewspørgsmålene, lettere spørgsmål og endelig afslutningen. Hovedspørgsmålene, der stiller krav til interviewpersonens eftertanke, placeres midt i processen. Jeg vil være opmærksom på at sikre en tillidsfuld og god stemning, der har til formål at få interviewpersonen til at føle sig tryk og godt tilpas. Det er væsentligt, at interviewpersonerne skal have adgang til at præsentere deres oplevelser uden, at disse fortolkes eller bliver mødt af fordomme. Formålet med interviewene er, at personerne beretter præcis deres oplevelser. Under interviewene vil jeg forholde mig aktivt lyttende og antage en eksplorerende tilgang, for således at forsøge at afdække interviewpersonernes oplevelse af KvaliCare Sårkoncept.

Der vil endvidere blive gennemført interview af udvikleren af KvaliCare Sårkoncept med den hensigt at afdække intentionen med konceptet, for således at opnår indsigt i, hvordan og hvorfor konceptet ser ud, som det gør i dag. Interviewguide til dette interview findes i bilag 11.

Alle interviews optages som lydfiler under forudsætning af, at interviewpersonen giver tilladelse til det. Disse optagelser danner efterfølgende basis for en transcribering. Det overvejes, om det vil være mere hensigtsmæssigt med videooptagelse af interviewene. Lydoptagelser giver i sagens natur adgang til at genhøre ordene, pauser, tonefald osv. Altså i udtalt grad det verbale og i nogen grad det nonverbale. Videooptagelser giver derimod adgang til at gense interviewene og reflektere over såvel det verbale som det nonverbale. Beslutningen om udelukkende at anvende lydoptagelse blev foretaget på baggrund af min erfaring fra tidligere studier i samme målgruppe. Her erfarede jeg, at videooptagelser virker provokerende på de interviewede, og jeg vurderede, at jeg sandsynligvis ville have lettere ved at få tilladelse til lydoptagelser.

Observation.

Jeg vil deltage ved et opstartsmøde for et nyt e-læringsindhold, nemlig diabetiske bensår, i en kommune. Mit fokus på mødet vil være på implementering dvs. hvordan tænkes e-læringsressourcen anvendt i organisationen, og hvordan sikres, at det lærte kan anvendes i de efterfølgende handlinger hos borgerne. Dette kunne i princippet afdækkes i et interview med udvikleren af KvaliCare Sårkoncept, men som Sharp et al (2007) beskriver "it can be very difficult for people to explain what they do...". Derfor tjener observationen det formål at opleve, hvad der sker og ikke blot få det gengivet eksplicit i et interview. Jeg vil antage en observerende rolle under mødet og dermed tilstræbe så lidt involvering som muligt i selve mødet. Dette for ikke at påvirke mødet i en retning, som det ikke ville have taget, uden min tilstedeværelse. Når jeg skriver "forsøge", er det i erkendelse af, at det er utopi helt at undgå påvirkning af mødet, når man er tilstede. Jeg vil på mødet tage notater, der fokuserer på, hvordan dette nye læringsindhold bliver faciliteret og på, hvilke tanker deltagerne på mødet giver udtryk for.

Øvrigt empirisk materiale

I en vis udstrækning vil jeg anvende resultaterne af såranalyserne, der er udarbejdet i kommunerne til at dokumentere den effekt, som KvaliCare Sårkoncept har haft for kommunerne.

I sommeren 2008 blev gennemført spørgeskemaundersøgelse i to kommuner, der havde gennemført implementering af KvaliCare Sårkoncept for nylig. Undersøgelsen henvendte sig til alt plejepersonale og rummede 8 spørgsmål, hvortil der kunne svares "ja", "nej" eller "ved ikke" og blev udført af udviklerne af KvaliCare Sårkoncept. Svarkategorierne "ja" og "nej" begrænser respondenterne til udelukkende at kunne erklære sig enige eller uenige i de stillede udsagn. Med

en graduering af svarmuligheder som f.eks. "helt enig", "enig i nogen grad", "enig" og "uenig", ville spørgeskemaundersøgelsen have nuanceret billedet af undersøgelsessvarene. Der var i alt 164 respondenter, heraf 137 fra hjælpergruppen. Undersøgelsens resultater anvendes i opgavens analyse til at supplere de udtalelser, interviewene giver. Spørgsmål og sammentællingen af svar fremgår af bilag 3 og 4. Disse bilag er anonymiserede i forhold til hvilke kommuner, der er tale om.

Det anses for væsentligt at anvende relevante publicerede undersøgelser og artikler, der udtaler sig om læring på arbejdspladsen. Dette for at kunne forsøge at forstå hvilke forudsætninger målgruppen har, for derved at kunne tage højde for det i et fremtidigt design. Endvidere vil undersøgelser fra Teknologisk institut indgå i opgavens empiri, for at kvalificere og understøtte de oplysninger som kommer frem i interviews og observationsbesøg i kommunerne.

Teori

Teoriapparatet vil blive præsenteret i separat afsnit. Opgavens læringsteoretiske position vil tage udgangspunkt i en sociokulturel forståelsesramme, netop fordi den måde at forstå læring på synes velegnet indenfor rammerne af arbejdspladslæring. Medarbejderne på arbejdspladserne bringes uophørligt i situationer, de skal tages stilling til og handle på. Ud fra denne position erkendes det at læring i høj grad er situeret og kontekstbunden. Teorien har til hensigt at forsøge at begribe de iagttagelser der gøres og sætte dem ind i en teoretisk forståelsesramme, således at KvaliCare Sårkoncept kan forklares læringsteoretisk og didaktisk. Jeg vil beskrive teknologiens betydning for læring, med den hensigt at argumentere for at forstå teknologi som et redskab, der medvirker til skabelse af læringsressourcer. Endelig vil jeg præsentere den didaktiske forståelse som opgaven baseres på, med den hensigt at tydeliggøre didaktikkens betydning.

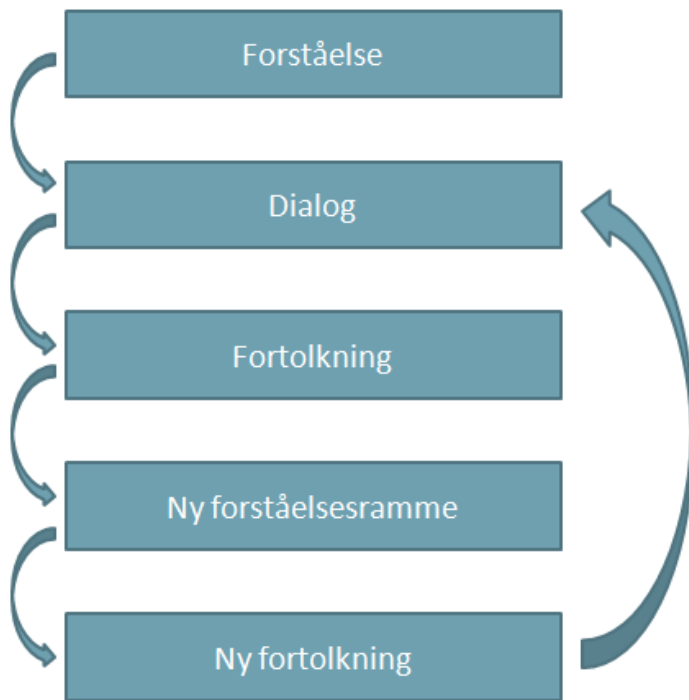
Analysemetode

Det samlede empiriske materiale anvendes i analysen med den hensigt at "adskille en helheds enkeltdele" og at undersøge "enkeltdelens relationer til hinanden og evt. til helheden" (Andersen I., 2008, p. 185).

I analysen anvender jeg derfor en hermeneutisk tilgang, idet jeg her vil bestræbe mig på at *forstå* og *forklare*, hvordan KvaliCare Sårkoncept understøtter hjælpergruppens læreprocesser med den hensigt at opspore og forebygge forekomsten af sår hos borgerne. Den hermeneutiske spiral illustrerer, hvordan min tilgang til databearbejdelsen og analysen vil ske i et dialektisk samspil mellem teori og praksis.

Dette dialektiske samspil vil bestå i at diskutere de indsamlede data med den præsenterede teori som ramme. Dette således at jeg vil forsøge at begribe KvaliCare Sårkoncept i en teoretisk

ramme, med den hensigt at opnå en ny forståelsesramme og dernæst en ny fortolkning af KvaliCare Sårkoncept.



Figur 5 – den hermeneutisk spiral - hentet fra Andersen I. (2008), p. 184.

TEORI

Teoriafsnittet har til hensigt bidrage til opgaven med en begrebsliggørelse af genstandsfeltet. Teoriafsnittet vil blive anvendt i forståelsen af de indsamlede data, og vil således løfte det empiriske materiale ind i den teoretiske verden, med den hensigt at beskrive QualiCare Sårkonceptets didaktiske og læringsteoretiske ramme.

Læringsteori

I dette afsnit vil det blive diskuteret, hvordan mennesker lærer, og der vil blive ført argumentation for at anskue læring i et sociokulturelt perspektiv.

Læringsforståelse

Væsentligt synes det at være, at det med læring i et sociokulturelt perspektiv erkendes, at læring ikke kan "reduceres til et spørgsmål, som udelukkende handler om, hvordan vi fungerer som individer bag pandebenet, eller til, hvordan den biologiske udrustning, som naturen har givet os, kan tænkes at være beskaffen. Vi må også tage hensyn til, hvordan vores miljø ser ud, hvilke ressourcer der tilbydes, og hvilke krav der stilles" (Säljö R. 2000, P. 17).

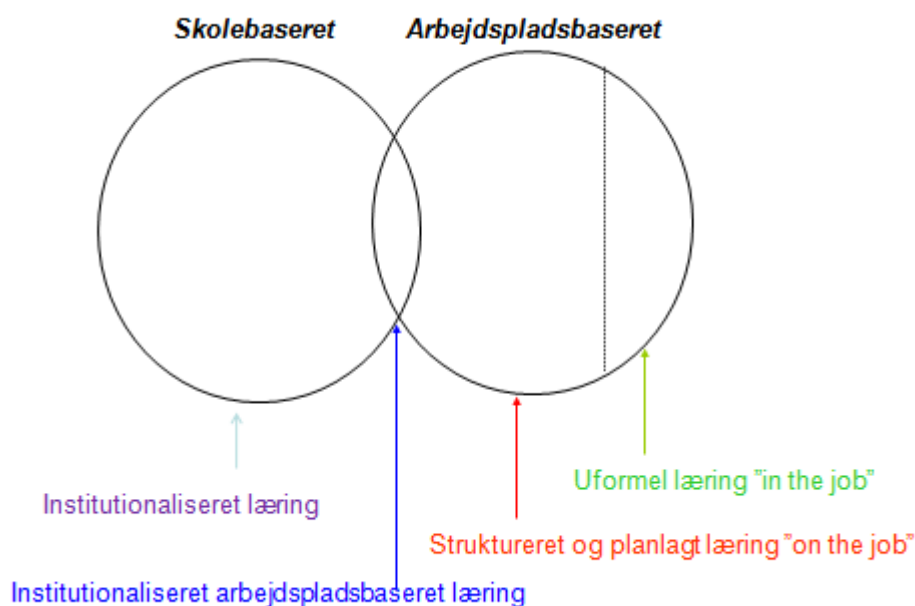
Roger Säljö påpeger at læring i en mere grundlæggende forstand ikke handler om *hvorvidt mennesker lærer*, men om *hvad* individer eller grupper lærer af de situationer, som de befinder sig i og bruger i fremtiden. Denne erkendelse stammer fra Deweys udtalelse om at "The very process of living together educates" (Säljö R. 2000, p. 13). Det betyder, at læring foregår uanset om det er intentionen eller ej. Uintenderet læring eller fejllæring har indenfor bl.a. sårplejeområdet store konsekvenser for patienter, borgere og samfundsøkonomien. Derfor er det af afgørende betydning, at den rigtige læring sker på det rigtige tidspunkt, i de rigtige rammer.

Det sociokulturelle perspektiv forholder sig konstruktivistisk til menneskers læring. Mennesker er altså ikke passive modtagere af viden, men aktive væsner, der "skaber meningsfulde helheder af det vi perciperer" (Säljö R., 2000, p. 63). Det betyder at medarbejderne selv må anses for at være en del af læringsmiljøet, hvor de bearbejder deres erfaringer, samtidig med at de påvirker arbejdspladsens kultur og traditioner. Det fører mig frem til at anskue læring på to måder, nemlig som hhv. kropslige, handlende, sociale, emotionelle og kognitive processer og som egentlige bearbejdnings af tidligere erfaringer. Læring kan ikke forstås som udelukkende en social eller udelukkende en individuel begivenhed, men må være en kombination af disse. Endelig betyder det at "det er i kraft af den måde, hvorpå de lærende oplever miljøet, forholder sig til det og handler i det, at det får sin kvalitet som læringsmiljø" (Bottrup P. og Jørgensen C. H. (2004). P. 54).

Udfordringen ved IKT-støttet læring er dermed at skabe rammerne for at konstruere ny viden for den enkelte medarbejder og for virksomheden. Ved rammer skal forstås, dels læringsressourcer, herunder IKT-redskaber, og dels de aktiviteter der faciliterer medarbejdernes læreprocesser.

Arbejdspladsbaseret læring - når læring går på arbejde

Læring på arbejdspladsen er i disse år genstand for interesse af såvel politisk- som af forskningsmæssig karakter. Der skelnes traditionelt mellem skolebaseret- og arbejdspladsbaseret læring. Traditionelt set er langt størstedelen af erhvervsaktives videre- og efteruddannelse foregået som institutionaliseret læring, antageligvis ud fra en tro på, at det er en effektiv måde at kompetenceudvikle på. Således måles arbejdsmarkedets efteruddannelsesaktiviteter typisk i økonomi eller antal arbejdstimer afsat til institutionaliseret efter- og videreuddannelse. E-læring i et sociokulturelt perspektiv forsøger at bringe skolebaseret- og arbejdspladsbaseret læring tættere på hinanden med den hensigt at sætte fokus på praksisnær læring og dermed knytte læringsaktiviteter og arbejdsopgaver tættere sammen.



Figur 6 - Rønholt T., (2001).

Ovenstående model skulle derfor gerne, i et sociokulturelt perspektiv, have langt større overlap mellem de to cirkler. Modellen synes velegnet til at skabe overblik over de læringsituationer, der typisk tales om og påpege, hvilke der traditionelt hører til på arbejdspladserne. Den e-læring, som denne opgave handler om, befinder sig i ovenstående figur i såvel den "strukturerende og planlagte læring on the job" og det "institutionaliserede arbejdspladsbaserede læring" alt afhængig

Side 24

af, hvordan forløbet tilrettelægges. Her tænkes specielt på at e-læringsressourcerne kan anvendes struktureret f.eks. ved det årlige gennemsyn, men kan også anvendes i en konkret arbejdssituation, hvor medarbejderen oplever at have et behov for mere viden. Den uformelle læring "in the job" er typisk i de situationer hvor f.eks. to kollegaer er sammen om en opgave hos en borger, hvor der sker en gensidig udveksling af viden, færdigheder og holdninger. Den uformelle læring kvalificeres af de øvrige læringstyper, og på den måde "lever" læringen videre i en sociokulturel sammenhæng.

Ovenstående argumenterer for at sikre, at læringen i høj grad skal være kontekstbunden. Derfor synes det i sit udgangspunkt selvmodsigende også at fokusere på læringens begrebsmæssige og generelle karakter. Det er dog nødvendigt, for at læringen "kan slippe sin stærke kontekstbundenhed, for at den specifikke viden kan anvendes i mere generelle sammenhænge". (Wahlgren et al., 2002, p. 30). Den teoretiske fokusering har således til hensigt at klæde det enkelte menneske på til at møde nye lære- og refleksionsprocesser og dermed konstruere ny viden. Dette er f.eks. relevant når medarbejderne har observeret hvordan et faresignal for sår ser ud på en borger f.eks. et tryk på huden. Denne viden medarbejderen derved har opnået, vil først være tilgængelig ift. arbejdet hos andre borgere, når den er begrebsliggjort og derved gjort generel.

Vibe Aarkrog har i 2006 gennemført et projekt, der satte fokus på praksisrelatering i erhvervsuddannelserne, og resultatet af det viste at, "Eleverne i erhvervsuddannelserne er generelt karakteriseret ved, at de foretrækker at lære gennem løsning af praktiske opgaver, og eleverne i undersøgelsen var derfor forventeligt relativt mere aktive i den praksisbaserede form." (Aarkrog V., 2008, p. 130). I undersøgelsen blev der ligeledes redegjort for, at der findes to former for praksisrelatering nemlig den teoribaserede- og den praksisbaserede praksisrelatering. Der blev i undersøgelsen fokuseret på hvilken af de to praksisrelateringer, der indvirkede mest positivt på læringsudbyttet. Det viste sig, at " den teoribaserede form egner sig bedre til indlæring af teorien" (Ibid, p. 130) og at det tilsyneladende fortrinsvis er de fagligt stærke elever, der mestrer at relatere til praksis samtidig med teoriindlæring. Denne erkendelse harmonerer med brødrene Dreyfus' fasemodel (gennemgås senere i opgaven), hvor nybegynderen netop ikke integrerer teori og praksis.

I forlængelse af at forsøge at begribe hhv. arbejdsplanslæring og skolelæring suppleres med to begrebspår, nemlig generel- og specifik transfer samt nær- og fjern transfer. Den generelle og specifikke transfer forholder sig til indholdet og fokuserer på, hvor kontekstbunden indholdet er. For QualiCare Sårkoncept gør det sig gældende, at det udelukkende henvender sig til personale, der arbejder med mennesker, der er truet for at få sår, og dermed er der overvejende tale om specifik

transfer. Den nære og fjerne transfer forholder sig til situationen og jo flere lighedspunkter, der er mellem de situationer, der vises i KvaliCare og den praksis de befinder sig i, desto mere udtalt er nær transfer. Det er udelukkende i teorien, at der kan skelnes skarpt mellem de to begrebspår, i praksis er der tale om en glidende overgang mellem dem alt efter omfanget af medarbejderens erfaringsgrundlag. Specifik og nær transfer vil overvejende være det, der kendetegner KvaliCare Sårkoncept, idet konceptet henvender sig til en specifik målgruppe og idet der i udtalt grad i e-læringsressourcen refereres til arbejdsituationer som typisk ses i dette arbejdsfelt. Udfordringen er at begribe hvorledes medarbejderne på trods af den forholdsvis stærke kontekstbundenhed opnår at kunne få begrebsliggjort deres praksis. Refleksionen er helt central i den sammenhæng.

Bjarne Wahlgren et al (2002, p. 27) referer til Davidson og Svedins undersøgelser fra 1999 og påpeger, at der på arbejdspladserne kan forekomme forskellige forhold, der fremmer eller hæmmer bearbejdningen af de erfaringer medarbejderne får i udførelsen af arbejdsopgaverne. De faktorer der påpeges er arbejdspladsens læringsmiljø, adgang til begrebsmæssig samt teoretisk indsigt og den enkeltes læringspotentiale.

Arbejdspladsens læringsmiljø kan være hæmmende eller fremmende afhængig af uddannelseskulturen på arbejdspladsen, graden af autonomi, arbejdsprocessernes læringspotentiale og muligheder for at udveksle erfaringer. En høj grad af autonomi kan f.eks. udmønte sig i medarbejdernes borger-kontaktpersonrolle, hvor hun/han selvstændigt varetager arbejdsopgaverne indenfor kompetenceområdet, herunder f.eks. tidlige opsporing af sår og generel forebyggelse.

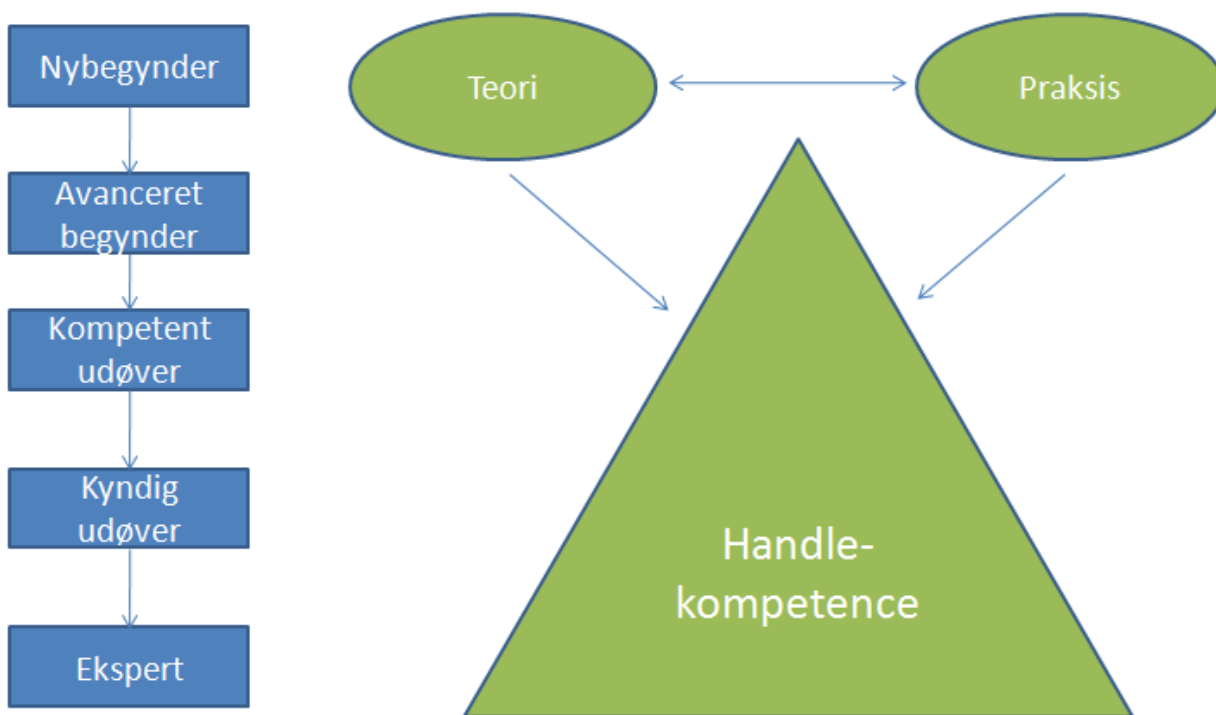
Adgangen til begrebsmæssig og teoretisk indsigt er afgørende, når mennesker skal forstå det erfarede i en ikke-kontekstbunden form, således at denne nye erkendelse kan anvendes hensigtsmæssigt i en ny fremtidig situation. I denne sammenhæng kan e-læringsressourcerne anvendes som opslag, der kan understøtte medarbejderens læreproces i situationen.

Endelig er en hæmmende eller fremmende faktor den enkeltes læringspotentiale forstået som dennes behov for eller ønske om kvalificering, samt hvorvidt læringen giver mening.

Dreyfus og Dreyfus bidrager med et læringssyn, der er giver rigtig god mening, når man skal begribe samspillet mellem praksis, teori og handling. De har udviklet en fasemodel, hvor mennesker bevæger sig fra nybegynder til ekspert via fem faser. Kendetegnende for den bevægelse er, at teori og praksis smelter gradvist mere sammen på rejsen fra nybegynder til ekspert. I denne sammenhæng er det væsentligt at påpege, at samme person kan være i forskellige faser alt afhængig af hvilket indholdsområde der tales om. F.eks. kan social- og sundhedshjælperen, der oftest arbejder med demente borgere, være ekspert på dette område,

Side 26

men være nybegynder på sår-området. Det der kendetegner "nybegynderen" er at "al energi er knyttet til henholdsvis det kropslige og det regelproducerende/forståelsesmæssige" (Hermansen M., 2005, p. 77). Der sker ingen integration mellem praksis og teori. Den avancerede begynder, som 2. fase betegnes, kendetegnes ved at den kropslige kompetence begynder at koble komponenter fra teorien på praksis. Ved den kompetente udøver, som 3. fase kaldes, er der ingen problemer med at skifte fra et teoretisk overvejelserplan til et praksisplan, der er mere kropsligt. Refleksionen over handlingen sker inden aktiviteten sættes i gang. Den kyndige udøver, som 4. fase kaldes, kan sit metier og udfører det selvstændigt og lærer sig måske opad en ekspert for at være 100% sikker. For eksperten, som 5. fase kaldes, handles "intuitivt og umiddelbart" (Hermansen M., 2005, p. 78). Der er ingen teoretisk eller analytisk refleksion, idet teori og praksis er "smeltet sammen til en næsten førbevidst og adækvat handlekompetence" (Hermansen m., 2005, p. 78). Denne sammensmeltning af teori og praksis betyder, at den viden der anvendes er tavs, hvilket betyder at personen ikke umiddelbart kan italesætte årsagen til valg af en handling. Illustrativt kan denne bevægelse se ud som i figuren herunder, hvor handlekompetencen øges, efterhånden som teori og praksis smelter mere og mere sammen.



Figur 7 - Dreyfusbrødrenes fasemodel ift. deres læringssyn – egen tilvirkning

Bevægelsen, hvor teori og praksis smelter gradvist mere sammen, forudsætter refleksion. Trekanten der illustrerer handlekompetence, har netop denne udformning for at tydeliggøre, at handlekompetencen øges gradvist, efterhånden som teori og praksis smelter mere sammen.

Læreprocesser – og refleksionens betydning

Som antydnet i de foregående afsnit spiller refleksionen en afgørende rolle, når mennesker skal begribe det, de oplever i praksis. Derfor vil jeg med dette afsnit forsøge at tydeliggøre, hvordan refleksionen påvirker medarbejdernes rejse fra nybegynder til ekspert.

Læring foregår i såvel individuelle, som sociale samspil og medieres gennem samme redskaber, idet "kommunikationen har en yderside, der vender ud mod andre, og en inderside, der vender ind mod os selv og vores tænkning" (Säljö R., 2000, p. 113). Kommunikationens yderside kan anvende redskaber som bøger, mails, e-læring mm. Kommunikationens inderside forstår jeg som refleksion, hvor den enkelte går i dialog med sig selv, med den hensigt at opnå erkendelse. I den praktiske virkelighed forløber disse to processer sideløbende og medvirker til at løfte kompetenceniveauet såvel på det individuelle plan som i fællesskabet. Wahlgren et al (2002) refererer Davidsons og Svedins undersøgelse fra 1999, der konkluderer, at " det er tilstedeværelsen af problemer i arbejdssituationen, kombineret med muligheden for fri adgang til at løse dem, som er afgørende".

Refleksion har derfor en helt central placering i læreprocessen, idet refleksionsprocessen knytter teori og praksis sammen og skaber grundlag for at begribe det oplevede.

Wahlgren et al (2002, p. 87-89) konstaterer, at et grundlæggende træk ved erfaringsbaseret læring er refleksion og der sættes fokus på processen fra handling, over refleksion til læring. Handling er i den forbindelse central og der skelnes mellem forskellige handlingsniveauer, der udmærker sig ved at skabe mere eller mindre basis for læring. Ellstrøm skelner mellem fire handlingsniveauer og knytter disse til hhv. produktionslogikken og udviklingslogikken. Grunden til at denne skelnen giver god mening, når vi beskæftiger os med arbejdspladslæring er, at der i den praktiske virkelighed er situationer, hvor der er handletvang og hvor det, ifølge Wahlgren et al, ikke er muligt at distancere sig og reflektere.

Handlingsniveauerne, der kategoriseres under produktionslogikken, er det rutine- og det regelbaserede handlingsniveau. Disse to handlingsniveauer er karakteriseret ved automatiserede handlinger og anvendes ved handletvang under tidspres. Det afgørende er at undgå fejl samt at skabe stabilitet og flow i produktionen. Det vurderes væsentligt at kunne mestre procedurer, så opgaver løses hurtigt, kvalificeret og effektivt. Handlingsniveauerne, der kategoriseres under udviklingslogikken, er det kundskabsbaserede- og reflekterende handlingsniveau. Disse er i modsætning til produktionslogikkens handlingsniveauer karakteriseret ved bevidst analytisk tænkning og refleksion over opgavens karakter og løsning, og der tænkes udviklende og innovativt. I praksis eksisterer de to logikker ofte side om side og kan kun i teorien adskilles. I

forhold til tidlig opsporing- og forebyggelse af sår anvendes produktionslogikken ift. f.eks. rengøring af forbindinger (procedure), hvorimod udviklingslogikken overvejende anvendes, når det handler om at observere en borgers hud (analytisk tænkning). Donald Schön anvender begrebsparrerne "reflection in action" og "reflection on action". Refleksion i handling har samme træk som beskrevet i produktionslogikken. Det, der adskiller Wahlgren og Schön er, hvorvidt der foregår refleksion i produktionslogikken, altså i de situationer, hvor der er handletvang og måske også et vist tidspres.

Idet refleksion anses for at være et "redskab til forbedring af handling" (Wahlgren et al, p. 91) er jeg tilbøjelig til at tro, at der sker refleksion selv i situationer med tidspres. Refleksionen er sandsynligvis, for den kompetente og kyndige udøver integreret i tilgangen til opgaveløsningen, således, at det f.eks. ikke er nødvendigt at distancere sig for at opnå overblik over situationen, men medarbejderen kan blive i situationen og anvende den stadigt større handlekompetence til at udføre praksis.

Forståelsen og det kulturelle aspekt

Ausubel citeres således af Jens Dolin: "The most important single factor influencing learning is what the learner already knows..." (Dolin, J., 2001). I en sociokulturel forståelse fokuseres ikke blot på den enkelte lærende, men også på virksomhedssystemet. Et virksomhedssystem er kendetegnet ved bestemte traditioner og ved et sæt af aktiviteter og redskaber, som tilsammen udgør kulturen i virksomhedssystemet. Disse aktiviteter kan udmønte sig i handlinger, der er målrettede og bevidste eller i operationer, der er automatiserede aktiviteter, såsom f.eks. rutiner og vaner.

Virksomhedsteorien beskrives af Leontjev (Säljö R. 2000, p. 148) som en proces, hvor *virksomheden* angiver rammen for de *handling*er der skal udføres og handlingerne skaber fundamentet for udvikling af rutiner og procedurer der kaldes *operationer*.

For den nyansatte i en virksomhed betyder det, at han/hun først må tilegne sig den kulturelle forståelse, der er i den pågældende virksomhed. I dagligdags tale vil man sige, at han/hun "stikker fingeren i jorden". Dernæst begynder den nyansatte at deltage i de aktiviteter, der sker på arbejdspladsen. Disse udføres i den første tid under vejledning og vil være handlinger, der overvejes, og der vil være en grad af refleksion. Efterhånden, som medarbejderen foretager disse handlinger mere rutineret, vil begrebet "operationer" være kendetegnende.

Illustrativt vil Leontjevs virksomhedsteori se således ud:



For at målrette læring, er det væsentligt at tage højde for den forforståelse, som den enkelte og målgruppen har. Forforståelse skal forstås som den ramme, hvor erkendelse sker indenfor.

Forebyggelse og tidlig opsporing af sår, stiller krav til hjælpergruppen om bevidste og målrettede handlinger, der tage afsæt i den erkendelse, som er opnået gennem arbejde med e-læringsressourcerne samt den erfaring, der er oparbejdet.

Teknologiens betydning for læring

"End ikke den stærkeste informationsteknologi løser læringsproblemet, den ændrer kun dens betingelser" slår Roger Säljö fast (2000, p. 12), og dette lægger i forlængelse af, at teknologi i et sociokulturelt perspektiv anses for at være en læringsressource på lige fod med øvrige læringsressourcer f.eks. bøger, artikler osv. Men teknologien rummer redskaber, der samtidigt understøtter læreprocesserne på en anden måde end f.eks. skrevne tekster kan, idet der er mulighed for interaktivitet og visualisering, som kan understøtte læreprocesserne for medarbejderne. Den skrevne tekst kan kun svare på læserens spørgsmål i det omfang, forfatteren har forudset, hvilke spørgsmål læserne ville få brug for at stille. Teknologien derimod rummer funktioner, der kan imødekomme medarbejdernes aktuelle læringsbehov f.eks. via søgefunktioner, navigationsmenuer og kommunikationsmuligheder. En anden afgørende komponent er "mulighederne for at visualisere og gøre det synlige konkret og tilgængeligt for øjet" (Säljö. 2000, p. 264). For sårplejeområdet synes det væsentligt, at medarbejderne kan genkende faresignaler for sår hos borgerne. I den sammenhæng kan muligheden for at visualisere, hvordan det faktisk ser ud, via fotos og filmoptagelser, tilføje en ny dimension til læringsressourcen. Roger Säljö mener, at netop i dette område er der "potentialer for læring, som kan blive ganske effektive, når de udvikles yderligere" (2000, p. 265). Det, at mobilisere flere sanser gennem visuelle repræsentationer, vil i mødekomme flere medarbejdere i deres bestræbelser på at begribe læringen.

Benjamin Franklins citat fra 1700 tallet udtrykker på fornem vis, hvad læring handler om og dermed også, hvad en læringsressource skal bestræbe sig på at opfylde. Selvom citatet er fra det forrige århundrede, synes det fortsat at være sandt og sigende:

"Tell me and I forget

Teach me and I remember

Involve me and I learn”

(Agertoft A., Bjørnshave I. (2003) p. 13)

Man erkendte altså allerede i 1700-tallet at involvering og interaktivitet var afgørende for den læring, der skulle ske, og citatet synes endda i teknologiens tidsalder at være meget aktuelt.

Didaktisk forståelse

Med dette afsnit er det hensigten at definere didaktikbegrebet og diskutere det i forhold til det sociokulturelle perspektiv.

Definition af didaktik.

Når didaktik skal defineres, synes Jank og Meyer at udtrykke det vældigt præcist ”*Didaktik tjener til iscenesættelse af undervisning og læring*” (2006, p. 99). ”Didaktik” stammer fra græsk og betyder undervisningskunst eller undervisningslære. Det er altså iscenesættelsen eller tilrettelæggelsen af læringen, som didaktikken skal fokusere på. I dette afsnit redegøres for at anskue didaktik i bred forstand, idet læring i et sociokulturelt perspektiv forudsætter didaktiske overvejelser i bred forstand. Det betyder at alle aspekter, der kan påvirke tilrettelæggelsen af læringsforløbene medtages i forståelsesrammen.

Didaktikkens opgave

Didaktikken har til opgave at begrebsliggøre de aspekter, der indgår i en læringssituation. Endvidere at bringe begreberne i en struktureret form således at undervisere og andre, der har med læring at gøre, kan kvalificere læringen. Jank og Meyer beskriver didaktikkens genstandsfelt gennem ni spørgsmål (Jank & Meyer, 2006, p. 19):

1. Hvem skal lære?
2. Hvad skal læres?
3. Af hvem skal der læres?
4. Hvornår skal der læres?
5. Med hvem skal der læres?
6. Hvor skal der læres?
7. Hvordan skal der læres?

8. Ved hjælp af hvad skal der læres?

9. Hvorfor skal der læres?

De beskriver, at didaktikken ” skal støtte undervisere og lærende i undervisning og læring” (Jank W., Meyer H., p. 18). Jank og Meyer betragter didaktik som en handlingsvidenskab i bred betydning. Det betyder, at handlinger forstås som aktioner/reaktioner, der kan iagttages, men også tanke-handlinger der foregår i forberedelsen, udførelsen og vurderingen af undervisningen.

Didaktikkens genstandsfelt har udfordret mange didaktikere gennem tiden, og det er der kommet mange forskellige analysemodeller ud af. I min søgen efter en model, som jeg vurderer at være brugbar, findes Hiim og HIPPES relationsmodel tiltalende. Dette er der flere årsager til, men primært er erkendelsen af den tætte relation mellem analysekategorierne væsentlig, som beskrevet i metodeafsnittet. I det Hiim og HIPPES relationsmodel anvendes som analyseredskab, præsenteres denne detaljeret i analyseafsnittet.

PRÆSENTATION AF DATA FRA INTERVIEWS, OBSERVATIONSBESØG OG SPØRGESKEMAUNDERSØGELSER

I denne præsentation af data vil hovedpunkterne fra interviewguides (bilag 10 og 11) danne den strukturelle ramme. Dette således at data dermed gøres tilgængelig for den efterfølgende analyse. Da jeg har valgt den fænomenologiske tilgang til data, har jeg valgt at være så tro mod de udsagn og observationer der præsenteres, som overhovedet muligt dvs. jeg analyserer og fortolker ikke i denne præsentation. Det betyder f.eks. at der bliver præsenteret forholdsvis lange citater fra interviews, således at de kan læses i sin helhed. Bilag 6 og 7 udgør endvidere en fuld transkribering af alle interviews.

Interviews med fem hjælpere, der anvender KvaliCare Sårkoncept.

Hensigten med disse interviews var, som beskrevet tidligere, at få indblik i hvordan KvaliCare anvendes, og hvilke oplevelser de interviewede har, når de anvender det. Dette blev præsenteret i en mail, som jeg sendte til lederen i kommunen, således at hun havde muligheden for at videreformidle det til de interviewpersoner, der meldte sig. Vedhæftet mailen (bilag 9) var endvidere et skema til planlægning af hvor, hvornår og hvem der skulle interviewes. Dette i erkendelse af at interviewpersonerne er travle folk, der har mange borgerbesøg. Uden en god planlægning, tænkte jeg, at der var risiko for, at interviewene ikke blev gennemført.

Inden interviewene blev gennemført, lavede jeg interviewguides og det, jeg satte fokus på, var:

- Hvordan bruger du KvaliCare Sårkoncept?
- Hvordan oplever du din læring, når du bruger KvaliCare Sårkoncept?
- Har du ellers noget, du gerne vil fortælle om dine oplevelser med KvaliCare Sårkoncept?

Til hvert af disse fokusområder havde jeg forberedt konkrete spørgsmål, der skulle understøtte mine bestræbelser på at få indblik i det, som jeg ønskede (se interviewguiden bilag 10).

På selve dagen mødte jeg op på det aftalte plejecenter, hvor der var grupperum for såvel medarbejdere, der arbejder på plejecentret som for de udekørende medarbejdere. Jeg fik anvist et kontor, hvor interviewene kunne foregå. Der blev brygget kaffe, og jeg havde taget lidt sødt med. Alle fem interviewpersoner mødte ind til interview efter det skema, som de havde udfyldt. Alle interviewpersoner indvilgede i, at jeg optog lyd via Camtasia, og dermed var der ikke behov for at tage noter undervejs, hvilket gjorde, at min koncentration var udelukkende omkring vores samtale (alle lydfiler er transkriberet i findes i bilag 6).

- Det viste sig at alle de fem interviewpersoner, som jeg talte med, havde valgt at gennemse e-læringen hjemme ud fra nogle betragtninger som:

Jeg har haft gjort det hjemmefra, fordi der er mere fred og ro til at sidde med det om aftenen, når ungerne er kommet i seng, så man har tiden til det...fordi når man sidder herinde, så farer folk ud og ind af dørene, og man har også selv nogen man skal besøge...så kan man ikke samle sig ordentligt om det.(interviewperson 1/00:10)

Og en medarbejder af anden etnisk oprindelse end dansk udtaler:

Jeg gør det derhjemme, fordi det er nemmere for mig at høre og læse det...fordi jeg kan ikke svare så hurtigt. Så kan jeg gentage det ...for de snakker hurtigt for mig, derfor kan jeg gentage det. Derhjemme kan jeg tage det i mit eget tempo..selvfølgelig for danskerne der kender alle ordene i deres eget sprog, de kan godt gøre det hurtigt, men heroppe skal vi arbejde, så jeg gør det hjemme.(interviewperson 3/00:20)

Og endelig en udtalelse fra en medarbejder der var lidt ordblind:

Jeg har mest ud af at gøre det derhjemme, for så kan jeg koncentrere mig, det kan jeg ikke, hvis jeg sidder her. Så kan jeg uddybe det bedre end, hvis jeg skal sidde og skynde mig...fordi jeg har det sådan, at jeg har lidt ordblindhed, så jeg nogen gange skal læse tingene mere end en gang for at forstå, hvad der står, så vil jeg hellere sidde hjemme, så det tager lidt længere tid end, hvis jeg har en ½ time til at gøre det...det kan jeg ikke, og så bestemmer jeg selv, hvor lang til jeg er om det derhjemme. Så kan man også gå tilbage og genopfriske det...og det gør jeg også ind imellem. (interviewperson 4/00:00)

- Dernæst blev sat fokus på, hvordan interviewpersonerne oplever at bruge KvaliCare, og det blev understøttet af supplerende spørgsmål f.eks. om det ændrer på deres handlinger ude hos borgerne, og om de kunne forestille sig at bruge computeren til at lære om andet end sårpleje (se i øvrigt bilag 10 for supplerende spørgsmål).

Interviewperson 1 udtaler:

05:30

Interviewer spørger: oplever du at dine handlinger ændrer sig, når du har arbejdet med KvaliCare?

Svar: Når jeg lige har været inde og kigge det igennem, altså KvaliCare, så kan jeg godt tage mig selv i at være endnu mere opmærksom måske kigge rigtigt godt efter, når jeg f.eks. giver

støttestrømper på, altså mellem tæerne for at se om der er noget, altså tryk eller sådan noget. Når der så er gået noget tid, så er jeg knap så ihærdig. Ikke fordi hvis der er noget på storetåen, så ser man det, men man er måske ikke lige så flittig til at få kigget imellem alle tæerne....så det er det jeg mener, man gør, som man plejer at gøre.

Interviewer spørger: Kunne du forestille dig at få viden om andre områder på computeren, altså ernæring, forflytninger?

Svar: Altså forflytninger, det kommer vi jo på kursus i ind imellem. Der står vi med det i hænderne, hvor vi flytter rundt på hinanden, også i liften. Det er nemmere også at huske det, når man selv står med det, og der står en ved siden af og siger, "det der er ikke helt rigtigt, du skal gøre sådan"...men med ernæringen, det tror jeg vil være en god ide.

09.00

Svar: Man kommer jo ud hos mange forskellige, og du får prøvet tingene af fysisk, så du står med det i hænderne og er nød til at handle på det. På skolen står der er lærer og fortæller, og man arbejder måske med en case...jeg er nok mere til det praktiske.

09:37:

Interviewer spørger: Gør det noget ved den måde du lærer på, at du er nød til at handle på det?

Svar: Ja, det sidder bedre fast, når man får lov at stå med det og opleve det.

Interviewperson 2 udtaler:

Interviewer spørger: Når nu du har brugt KC, denne ene gang, oplever du så, at du ændrer dine handlinger ude hos borgerne?

Svar: Nej, faktisk ikke, jeg vidste det i forvejen, jeg har jo været her i 19 år, og så meget nyt sker der altså heller ikke, men man kan hele tiden lære noget nyt, og det er OK at få det opsummeret, og det er en god måde. Der bliver fortalt til billederne og samtidig med, at man også kan læse. Du er nød til at være på, for du ved, at der kom de der spørgsmål bagefter, så man skulle være 100 % koncentreret.

02:52

Interviewer spørger: Så det er vigtigt for dig at blive testes bagefter?

Svar: Jeg ved ikke om, det er vigtigt, men jeg følger mere med, jeg er mere på.....(griner).

Interviewer spørger: Nogen gange er der nogen, der siger, at de lærer bedst, når de sidder to og to, hvordan er det for dig?

Svar: Ja, så kunne man jo sidde og snakke om det undervejs...især hvis vi har den samme borger, så vi kan blive enige om, hvordan vi skal gøre hos borgeren.

09:40

Interviewer spørger: Kunne du forestille dig at bruge computeren til at lære om andet end sår?

Svar: Det komme an på, hvad det er. Vi har f.eks. lige været på kursus i demens, og det kan vi ikke lære på computer.

Interviewer spørger: Hvad adskiller sårpleje og demens?

Svar: Demens er så stort, altså de gængse ting kunne man måske godt sidde og læse, men igen har man mange spørgsmål, og dem kan man jo ikke komme af med til computeren. På kurset har man mulighed for at snakke med underviseren om det. Jeg har lige været på et kursus med alkohol og stofmisbrugere, og der er det da også meget rart at kunne høre de andre om, hvordan de gør. Der sad bl.a. socialpædagoger, og de ser jo tingene på en helt anden måde end, hvordan vi gør...der lærer man jo meget mere, når man er på sådan et kursus med forskellige faggrupper om man hører, hvordan de tackler de problemer.

Interviewer spørger: Så det der med at snakke sammen er vigtigt?

Svar: Ja, og det mangler jo i KvaliCare.

Interviewer spørger: Hvis du så har noget, du skal spørge om, hvad gør du så?

Svar: Ja, så kan man tage kontakt til den daglige sygeplejerske eller sårsygeplejersken.

Interviewperson 4 udtaler:

Svar: I KvaliCare er billeder med....så husker man det bedre, når man også har set det end, hvis man bare får det at vide. Og så kan de jo se...eller så kan man selv se, om man har forstået det til sidst i testen, ellers må man jo starte forfra.(05:15)

Der forsøges uddybet med spørgsmål som:

Interviewer spørger: Kunne du forestille dig at bruge computeren til andre emner også?

Svar: Altså for mit vedkommen har jeg det godt, når der også er billeder på og ikke kun ord....jeg har det bedst, hvis jeg kan arbejde med det. Jeg får det jo både i lyd og tekst, og så får jeg det læst bedre. Jeg tror ikke, der er ret mange, der er klar over, at jeg har lidt ordblindhed, så derfor er jeg virkelig glad for det her.(06:05)

Interviewperson 5 udtaler:

Svar: Nej, jeg synes, det er spændende at få det på den måde. Jeg tænkte, at nu ville jeg sætte mig og slappe af og lytte til, hvad han siger, for det har jeg aldrig prøvet før, jeg plejer altid at læse...og man kan jo lige trykke en gang og så få det igen, hvis man ikke lige fik det hele med. (interviewperson 5/03.17)

Og samme person uddyber omkring hendes behov for at snakke med en assistent om, hvorfor de gør tingene på en bestemt måde i deres afdeling:

Interviewer spørger: Nu når du har snakket med assistenten efterfølgende, var det så fordi, der var noget, du havde brug for at spørge hende om?

Svar: Ja, jeg havde lige nogen spørgsmål...om jeg gjorde nogen ting forkert. Hvorfor fortalte programmet, at man skulle bruge gummihandsker, vi har altid brugt alm. handsker. (interviewperson 5/05:00)

Og endelig opsummerer samme person:

Opsummering af interviewer: Er det vigtigt, at der er ro når det gennemses, og at man bagefter kan snakke med en assistent om det, så man lige kan få vendt det, man tvivler om med borgerne?

Svar: Jeg har det bedre ved at se det, for så husker jeg det....så kan jeg bedre sætte ord på, hvad jeg har set.

13:27-her konkluderer interviewpersonen:

Enten skal du gå med mig over, så jeg kan se, hvordan du gør eller, også skal jeg have, så jeg kan...så når jeg går over til en borger kan se inde i mit hoved, nåhhh... men det var sådan. Det har jeg meget nemmere ved, end hvis jeg får en masse oplysninger, som jeg først skal hen og rode med og så selv føle mig frem.

Præsentation af data fundet ved interview af udvikleren af QualiCare Sårkoncept

Der henvises til bilag 11, der indeholder interviewguiden og til bilag 7, der rummer transcriptionen af lydfileerne. Lydfilen blev delt i to pga. interviewpersonens telefon ringede. Dette er tydeliggjort i transcriptionen.

Hensigten med dette interview er, som tidligere beskrevet, at få indblik i intentionen med konceptet og således også begribe hvordan og hvorfor konceptet ser ud som, det gør i dag

Interviewpersonen blev bedt om at fortælle, hvordan de tænker implementering ift. en hjælpergruppe.

Interviewpersonen forklarer organiseringen, hvor de udpegede kontaktpersoner er de bærende kræfter. Kontaktpersonen i hver hjælpergruppe har til opgave at;

- sørge for at hænge de tilsendte tavleopslag op, hvoraf det fremgår, hvornår de skal gennemse hvilket program,
- hænge afkrydsningslisten op hvor den enkelte medarbejder krydser af, når hun/han har gennemset det,
- sørge for at der er patientvejledninger.
- hjælpe til hvis nogen har svært ved at komme i gang, hvad enten det er af tekniske årsager eller prioriteringsmæssige årsager.
- deltage på møder 3 gange årligt ifm. opstart af nyt indholdsområde eller evalueringsmøder.

Intervieweren opfordrer til at fortælle, hvordan der er tænkt implementering ift. hjælpergruppen?

(00:00) Vi organiserer det, så en kontaktperson inviteres fra hver plejegruppe til kick-off møde. Kontaktpersonerne er udpeget af ledere og grupperne – behøver ikke at være en med sårviden, men en med planlægningsopgaven. Det sikrer, at de lægger tid i kørelisterne ift. at der skal ske gennemsyn af e-læring. Vigtigt at planlæggerne har blik for, at det her skal planlægges på lige fod med, når medarbejderne skal på kursus.

Der kommer mødeindkaldelse, hvor ledelsen også er medunderskriver, det er vigtigt med lokal pondus.

Vi sender en forhåndsorientering ud, så de kan se, hvad de kan forvente sig. Min kæphest, intet må fylde mere end en A4-side, ellers bliver det ikke læst.

Når kontaktpersonerne kommer på første møde, forklares intentionen med QualiCare for dem og det præciseres at:

(4:30) Viden skal ud i hænderne på folk, og forskningsbaseret viden har det med at hobe sig op på steder, hvor der sidder lærte folk. Hvis det skal gøre nogen nytte, skal det ud i hænderne på folk, når hjælperne har fru. Hansen i bad, skal de vide, hvordan faresignalerne er ift. udvikling af diabetiske fodsår, hvis vi skal gøre os håb om at forebygge alle de her amputationer hos diabetikere. Vi skal simpelthen ha' fat der, hvor der ikke er kommet hul på huden endnu, og der hvor hjælperen er, og hvor sygeplejersken jo slet ikke kommer.

Kontaktpersonerne får en ret god fornemmelse for, at de faktisk er omdrejningspunktet i det her projekt, deres indsats er guld værd og livsvigtig for projektet.

Så gennemgår vi årsplanen. Det kan godt være, at vi springer et kick-off møde over, når vi kommer hen over det første år alt afhængig af, hvad der rør sig i kommunen. Det skal ikke komme til at hænge dem ud af halsen, så det tilpasses, så det passer med kommunen.

På spørgsmålet om der opfordres til, at de sidder et par stykker om en PC'er?

(07:00) Ja, egentligt, fordi når de kommer hjem i grupperne, så er det meget forskellig, hvilke IT-kompetencer de har. Det har vi i øvrigt på forhånd orienteret os lidt om. Hvor mange PC'er er der, hvad er viden om PC'er – ja, det forhører vi os sådan lidt om pr. mail. Det er ofte sådan, at der findes nogen ældre hjemmehjælpere i grupperne, som er IT-forskrækkede. Der har vi tit opfordret til at, hvis der er nogen lidt yngre i gruppen, så kan hun være med til at hjælpe de lidt ældre. Det plejer egentligt også at sætte de yngre hjælpere lidt på landkortet, hvor de måske kan have lidt svært ved at slå igennem overfor de ældre og erfarne – giver egentligt et meget godt spil i grupperne, har jeg indtryk af.

Intervieweren samlede ordet "relevant" op ifm. kick-off møderne og beder om, at interviewpersonen sætter flere ord på:

(10:00) Når de her ledere og kontaktpersoner af grupperne skal gå til møder, skal vi være os meget bevidste om, hvad de skal bruge deres tid til. Så år 1 siger vi, at mødet er nød til at tage 1½ time i hvert fald. Men år 2 tager det altså ikke mere end en time. De er praktiske folk, og de bliver lidt tunge i øjenlågene over middag, og møderne foregår altid over middag, for formiddagen er travl med borgeropgaver, og der kan vi ikke planlægge møder, så dette er typisk fra kl. 13-14. Så hvis mødet bliver ret langt, kan stemningen blive lidt tung.

Såranalyserne præsenteres på møderne og funktionen af dette præciseres:

(13.00).....meget vigtigt at få den der succes basuneret ud, så de er klar over, at de er simpelthen bare gode, og at det nytter, det arbejde de gør. Den stemning der, den skal de have med hjem i

deres grupper, og den ros skal de have med ud i yderste geled. Såranalysen bliver som sagt præsenteret på mødet, men efterfølgende så sender jeg en mail ud til alle kontaktpersonerne med den PowerPoint, hvor der står "godt gået", "flot klaret", så de ser tallene med egne øjne, og at de så også føler de har en aktie i succesen. Det er deres succes.

(13.13) Interviewer spørger: Bliver det (KvaliCare) en del af deres kultur?

Ja, det tror jeg, det gør hen ad vejen. Der varer lige lidt, inden de vænner sig til det. Men jeg tror, når vi når over år 1, så var selv jeg overrasket over deres entusiasme og en fornemmelse af, at det er en del af deres hverdag. Det betyder meget med den ledelsesmæssige opbakning og en vilje fra ledelsen. Strukturen, hvor de har en projektleder, der koordinere internt, gør processen stærk.

Intervieweren spørger: Så hemmeligheden bag succesen er stærke kontaktpersoner og en ledelse, der støtter op.?

Ja, når jeg taler med producenter af e-læring værktøjer, så ved de jo godt at svagheden ved deres koncepter er, at de ikke har hænderne på derude. De synes jo, det her er helt ideelt, men altså det kræver jo en masse mandetimer og ressourcer fra KvaliCares side at være så meget på helt ude i den spidse ende. Hvor de producenter kan melde om, at de laver noget superflot e-learning til nogen rigtig gode kunder, og hvis de er heldige, så ser deres personale det i år 1 og i år 2, så gider de ikke se det mere, det er jo så heller ikke blevet opdateret, så bliver det udvandet, og så forsvinder det. De mangler den der fastholdelse og opdatering – det synes jeg, vi har løst. Vi passer som brikken i et puslespil ift. hvordan man skal bruge e-learning til at få viden ud i store personalegrupper. Der er forskel på at bruge e-learning inde på universitetet som et hjælpemiddel til at lære et eller andet ift. at bruge det som formidler af viden ud i store personalegrupper, som ikke nødvendigvis har det som højeste ønske at lære noget om sår. Så man skal tilpasse det til der, hvor de er, og det behov de har for viden, og der skal det følges op med tæt konsulentydelse - ellers kan jeg slet ikke se, at de kan fungere.

(17:00) Interviewer spørger: Hvorfor er KvaliCare ikke bare en bog?

Vi vil jo gerne gøre det interaktivt vha. lyd, synsindtryk, fil, billeder, og så skal de også gerne gøre noget selv. Vi ved, at mange har svært ved at læse, og derfor er det vigtigt med lyd.

Del 2 starter.....

Interviewer spørger: Baggrunden bag test i KC – hvilke overvejelser er der bag de tests, der lægger i KC?

Vi vil gerne stille spørgsmål til de essentielle problemområder, som vi kender fra praktikken – det er egentligt det, der lægger bag. Vi har ikke tidligere haft statistik, der kunne pege på hvor der svares forkert. Det får vi med den nye version af LMS'en. Så kan vi sætte ind med rigtig undervisning med en underviser på omkring den specielle problematik. Det kan f.eks. være siddestillinger og udvikling af tryksår. Det sker ofte, hvis folk har en hjerneblødning, så sidder de ofte skævt, og så har de et meget højt tryk på den ene siden. Der sidder de så i deres kørestol en hel dag på plejehjemmet og har et meget højt tryk på den ene side uden, at der er nogen, der reagerer på den skæve siddestilling, så opstår tryksår. Det er et af de områder hvor vi gerne vil have indopereret en scanner i hjælpernes hoveder (smiler), så "der er en, der sidder skævt der, og det skal vi have gjort noget ved". Så hvis vi får nogen forkerte svar på det omkring siddestillinger, vil det typisk være sådan, at så vil vi gerne bede kommunens egen terapeut om at undervise dem i siddestillinger.(00:20)

Interviewer følger op: ...og det skal så være med tilstedeværelsesundervisning...hvad er baggrunden med det?

Det er netop, at vi ved jo godt, at den allerbedste form for undervisning, det er tilstedeværelsesundervisning eller en basisviden kombineret med e-learning, altså blended learning. Det er jo meget sjovere at være underviser, når dem der kommer til undervisningen har en vis viden, så de kan byde ind med nogle gode spørgsmål. Ved det at de har svaret forkert på det, så har vi et godt udgangspunkt for undervisningen, en vis form for motivation eller nysgerrighed ift. det her emne som nu handler om siddestillinger (00:50). Jeg vil også vove den påstand at dem, der kommer til undervisningen får mere ud af det, når de har viden på forhånd. Alternativet, som det foregår lige nu, er at det er tilfældigt, hvad man får undervisning i, man ved ikke lige præcist, hvad man griber i, men altså tit er det sådan, at når der står en underviser, så vil hun starte med ABC, altså hvor sidder tryksår osv. og så er tiden faktisk gået inden hun når til det, der er problemet, nemlig siddestillinger. Så her kan vi starte lige der, hvor problemerne er og springe alle de indledende faser over.

04,30.

Interviewer spørger: Det som jeg jo er voldsomt interesseret i, det er, hvordan får vi den viden helt ud i hænderne på de her hjælpere. Når du så siger, at den bedste læring er tilstedeværelsesundervisning, hvordan betragter du så egentligt e-læring?

Som en tidsøkonomisk måde at sikre nødvendig basisviden på. Det er helt urealistisk i dag, at der kan levere så meget undervisning med en specialist stående for næsen af sig, for det skal være en specialist, som der kræves for at få rettet op på skævhederne.

Side 41

Interviewer følger op: ...så dette er ren økonomi?

Øhhh, det er også realitetssans. Det er utopi at finde en specialist, der kan stå foran samtlige 950 personer i f.eks. Holstebro kommune og undervise dem jævnlige i det her.

Interviewer følger op: Nå, nu du siger 950 mennesker, der skal stå foran den her sår-guru, er det så, fordi du tænker at man lærer af den her guru?

Nej, jeg mener egentligt ikke engang, at det er det bedste for, så skal undervisningen jo også være tilrettelagt pædagogisk korrekt, for at det er bedre. Det er jo sjældent, du får en undervisning, der formår at flytte noget. Der skal du jo også integrere de tilhøre, der er og aktivere dem for at flytte ret meget. Aktivitet er vigtigt, i hvert fald ift. hjemmehjælpere.

Interviewer spørger: De her hjemmehjælpere, lærer de noget af hinanden?

Ja, i høj grad!

7.07

Interviewer spørger: Hvordan gør de det?

Det er bed-site undervisning derude.

Interviewer følger op: Har I tænkt om KvaliCare Sårkoncept og bed-site undervisning går hånd i hånd, eller er det to separate ting?

Nej, i høj grad går det hånd i hånd. Vi vil sikre årligt gennemsyn som et minimum, og elever/studerende og nye ansatte ser det som en del af introduktionen. Så opfordrer vi til, at de bruger programmerne til elever og studerende, som f.eks. vi har lige været ud hos fru Hansen. Hun sidder skævt i stolen, og så opfordre eleven til at bruge KvaliCare Sårkoncept som opslag. Så kombineres teori og praktik.

Afslutningsvis blev der spurgt ind til begrundelse for valg af billede i KvaliCare e-læringsressourcerne.

(09:00) Interviewer spørger: Hvorfor starter I ud med et billede af en mark, hvad er overvejelsen?

Vi skal appellere til alle. Det skal være hverdagsagtigt, det behøver ikke at være så stringent. Det er en del af livet. Tror også at det virker overraskende, og derfor vækker opmærksomhed.

Præsentation af data fra observationsbesøg

En solbeskinnet mandag eftermiddag møder kontaktpersoner fra kommunen op i et fælleshus på et plejecenter. Dagens emne er diabetiske fodsår, og kontaktpersonerne skal klædes på til at igangsætte gennemsyn af den tilhørende e-læringsressource for diabetiske fodsår i deres respektive grupper.

Der brygges kaffe, anrettes frugtfade og dækkes bord inden kontaktpersonerne enkeltvis eller i grupper ankommer til Fælleshuset efter en formiddag med borgerbesøg, der har skulle klares lidt hurtigere i dag, fordi der er møde kl. 13.00.

Deltagerne krydses af, således at de der mangler på mødet efterfølgende får tilsendt det materiale, som de fremmødte får udleveret. Logistikken her er væsentlig. På mødet deltager også tre nye kontaktpersoner. De tilbydes en introduktion til KvaliCare efter mødet om diabetiske fodsår.

De er alle inviteret til mødet via en dagsorden og adviseret i meget god tid.

På dagsordenen ses hvad de kan forvente sig af dagen, nemlig snak om hvordan det går i grupperne, sidste nyt fra KvaliCare, udlevering af implementeringsmaterialer til brug i deres grupper og et oplæg fra en fodterapeut, der er tilknyttet Center for Diabetiske Fodsår på et sygehus. På mødet deltager ligeledes lokalområdets diabetessygeplejerske.

I starten af oplæget konstateres at deltagerne kommer "flyvende ind", og der spørges om, det vil være mere passende med møder kl. 14-15 i stedet for kl. 13-14. Deltagerne bifalder, at møderne fremover flyttes til kl. 14-15.

Deltagerne får en kort briefing om, hvor langt resten af kommunen er med KvaliCare, hvad der nu skal ske, og der gives en kort præsentation af den seneste såranalyse.

Kontaktpersonerne mindes om, at programmet om diabetiske fodsår skal ses igennem i april og maj måned og opmærksomheden henledes på de udleverede tavleopslag, afkrydsningslister og patientvejledninger. Patientvejledningerne findes endvidere direkte i den e-læringsressource, der skal gennemses og kan udskrives derfra.

En del af deltagerne giver udtryk for, at det er en fordel at kunne gennemse programmet og tage testen hjemme, da der er meget uro på kontorerne.

Hjælpergruppen skal først efter sommerferien gennemse deres e-læring om diabetiske fodsår og deres betydning for resultatet på antallet af sår fremhæves.

Dernæst formidles faglig og klinisk viden af fodterapeuten via en PowerPoint præsentation. Denne indeholder gode eksempler på diabetiske fodsår, og underviseren fremhæver væsentlige punkter, der skal være fokus på under arbejdet hos borgerne. Brugere tilbydes ikke at kunne få den gennemgåede PowerPoint, og de er tilsyneladende tilfredse med den gennemgang, som de har fået.

Efterfølgende afholdes et kort introduktionsmøde med de tre nye kontaktpersoner, som jeg også fik muligheden for at observere.

Normalt dedikeres et møde til introduktion for nye kontaktpersoner. Grunden til at disse tre ikke tidligere var introduceret skyldes en nylig omorganisering internt i kommunen, hvor de tre kontaktpersoners grupper blev flyttet. Følgende var fremgangsmåden på introduktionsmødet med kontaktpersonerne:

- Kontaktpersonmappen gennemgås.
- Det fremhæves at det bedste er at kombinere teorien fra programmerne, og det der sker i hjemmene.
- Det oplyses, at hvert program har en varighed på ca. en time.
- Der høres ind til hvordan de har det med computere og der konstateres, at der for nylig er udsendt et nyhedsbrev hvor der gives mulighed for, at medarbejderne kan gennemse programmerne hjemme og få afspadsering for det. Koordineringen fylder tydeligvis meget for deltagerne, fordi de har en travl hverdag.
- Tjeklisten gennemgås og ligeledes gennemgås kontaktpersonens rolle.
- Der gives fif om at hænge afkrydsningslisten op på tavlen i grupperummet, så man kan se, hvem der har gennemgået programmet, og hvem der mangler. De oplyser, at det har en motiverende effekt.
- E-læringsressourcen fremvises og metodikken gennemgås. Endvidere instrueres kontaktpersonerne om at kontakte KvaliCare, hvis de oplever tekniske problemer, når de skal se det igennem.
- Afslutningsvis præsenteres den såranalyse, der er lavet for lokalområdet, hvor disse tre kontaktpersoner hører til.

Præsentation af data fra en spørgeskemaundersøgelse

I juni 2008 blev gennemført spørgeskema undersøgelse i to kommuner, der nyligt havde implementeret KvaliCare Sårkoncept. Spørgeskemaundersøgelsen henvendte sig til alt plejepersonale dvs. både hjælpergruppen, assistenterne og sygeplejerskerne. I spørgsmålene

kunne der svares "ja", "nej" og "ved ikke". I kommune A var der 125 respondenter, heraf 103 fra hjælpergruppen og i kommune B var der 39 respondenter, heraf 34 fra hjælpergruppen.

Resultatet af spørgsmålene i kommune A er at over 90 % af respondenterne i den ene kommune kunne svare "ja" til:

- At undervisningsprogrammerne har været gode og lærerige.
- At det er en spændende måde at sikre vigtig fælles viden på.
- At indholdet generelt har været på et passende fagligt niveau
- At det er spændende/inspirerende at kunne teste sin viden ved hjælp af test i programmerne.

Ca. 80% af respondenterne kunne sige "ja" til at:

- At det har været nemt at finde rundt i systemet, når man lige havde lært det.
- At det var let at få hjælp, hvis man havde problemer.
- At tidsforbruget til at gennemse programmerne har været tilpas.

Endvidere var der mulighed for, at respondenterne via fritekst kunne komme med øvrige kommentarer, hvilket enkelte af dem valgt at gøre på følgende måde:

Øvrige kommentarer:

1. "Ville gerne mere præcist kunne se hvilke fejl man har i testen"
2. "Oplevet tekniske problemer – man blev smidt af systemet "
3. "Bøvl med computer. Ikke computere nok"

Resultatet af spørgsmålene i kommune B er, at ca. 60 % af respondenterne i den ene kommune kunne svare "ja" til:

- At det har været nemt at finde rundt i systemet, når man lige havde lært det.
- At det var let at få hjælp, hvis man havde problemer.

Ca. 70 % af respondenterne kunne svare "ja" til:

- At det er en spændende måde at sikre vigtig fælles viden på.

Ca. 80 % af respondenterne kunne svare "ja" til:

- At undervisningsprogrammerne har været gode og lærerige.
- At indholdet generelt har været på et passende fagligt niveau.
- At tidsforbruget til at gennemse programmerne har været tilpas.

og endelig svarede 100 % af respondenterne "ja" til:

- At det er spændende/inspirerende at kunne teste sin viden ved hjælp af test i programmerne.

Øvrige kommentarer:

I kommune B gav en gruppe på otte medarbejdere udtryk for, at de hellere ville have undervisning via tavle/overhead alle sammen på en gang.

Opsamling af datakilder

- Semistrukturerede interviews med fem repræsentanter fra hjælpergruppen i en kommune.
- Semistruktureret interview med udvikleren af KvaliCare Sårkoncept.
- Observationsbesøg i en kommune ved opstart af indholdsområde for diabetiske fodsår.
- Spørgeskemaundersøgelse
- Publicerede undersøgelser fra Teknologisk Institut, præsenteret i indledningen.

ANALYSE

På baggrund af rejsen gennem teori- og empirifeltet gennemføres nu en analyse, der har til hensigt at danne grundlag for besvarelsen af problemformuleringen. Det er, som nævnt i metodeafsnittet, med den didaktiske relationsmodel som redskab, at jeg vil forsøge at begribe, hvordan hjælpergruppens læreprocesser understøttes, når KvaliCare Sårkoncept anvendes. Kategorierne i den præsenterede didaktiske relationsmodel vil danne rammen, som analysen gennemføres indenfor.

Analyse af KvaliCare Sårkoncept med didaktisk model som redskab

I analysen grupperes data ud fra de kategorier som Hiim og Hippe's relationsmodel anviser. Idet kategorierne i et vist omfang overlapper indbyrdes, kan data i princippet præsenteres under flere kategorier. Jeg har valgt at præsentere data under den kategori, som jeg mener data overvejende hører ind under. I praksis er det af mindre betydning, idet det samlede didaktiske overblik skal danne basis for at svare på den opstillede problemformulering.

Læringsforudsætninger:

Hvordan forstås læringsforudsætninger som didaktiske kategori?

Læringsforudsætninger defineres som *"de psykiske, fysiske, sociale og faglige muligheder og problemer, eleven har på forskellige områder i forhold til den aktuelle undervisning"* (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 134). Her skal man blandt andet være opmærksom på, at læringsforudsætningerne kan ændre sig som et resultat af læreprocessen.

Selvom alle faktorer i modellen principielt er lige vigtige, så lægger Hiim og Hippe meget vægt på, at det er eleven, der skal lære, og at det derfor er elevens læreforudsætninger, der er det vigtigste at tage afsæt i: *"Hvad er eleven interesseret i? Hvad kan hun fra tidligere? Hvad er elevens ressourcer eller problemer i forhold til undervisningen? Hvad med elevens sociokulturelle baggrund?"* (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 77-78). Det betyder således, at foregår der undervisning uden læring, er det en konsekvens af et manglende udgangspunkt i deltagerens læringsforudsætninger.

Hvordan viser læringsforudsætningerne sig i den indsamlede empiri?

I det efterfølgende vil jeg redegøre for, hvilke indsamlede data der udtaler sig om læringsforudsætninger for hjælpergruppen. Dette med den hensigt at målrette opmærksomheden

mod de områder der må forventes at kunne udfordre medarbejderne i deres arbejde med at lære via KvaliCare Sårkoncept.

Undersøgelsen af danskernes IKT-færdigheder fra 2005 viste at 31 % af befolkningen mangler basale IKT-færdigheder, og at der primært er tale om ældre over 60 år, arbejdsløse, personer med en lav indkomst og personer med et lavt uddannelsesniveau. Hjælpergruppen antages at høre til gruppen med et lavt uddannelsesniveau, og derfor må medarbejdernes IKT-færdigheder afdækkes, således at der kan tages højde for det når det tilrettelægges, hvordan e-læringsressourcerne skal anvendes. (Teknologisk Institut, 2005, p. 32-33)

I interview med udvikleren af KvaliCare spørges, om der opfordres til, at de sidder et par stykker om en PC'er, for at afdække om der tages højde for de svage IKT-brugere?

Svar: "Ja, egentligt, fordi når de kommer hjem i grupperne, så er det meget forskelligt, hvilke IT-kompetencer de har. Det har vi i øvrigt på forhånd orienteret os lidt om. Hvor mange PC'er er der, hvad er viden om PC'er – ja, det forhører vi os sådan lidt om pr. mail. Det er ofte sådan, at der findes nogen ældre hjemmehjælpere i grupperne, som er IT-forskrækkede. Der har vi tit opfordret til at, hvis der er nogen lidt yngre i gruppen, så kan hun være med til at hjælpe de lidt ældre". (kl. 07:00)

Som det fremgår af interviewene med de fem hjælpere, har de alle valgt at gennemse e-læringsressourcen hjemme. Derfor er det væsentligt, at få afdækket om den enkelte med svage IKT-kompetencer har adgang til at få hjælp på det område hjemme f.eks. fra familie og venner, således at teknikken ikke forhindrer medarbejderen i at få adgang til e-læringsressourcen.

Der tages udgangspunkt i, at det er deltageren, der skal lære, herunder *"Hvad er eleven interesseret i? Hvad kan hun fra tidligere? Hvad er elevens ressourcer eller problemer i forhold til undervisningen? Hvad med elevens sociokulturelle baggrund?"* (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 77-78). Så når udvikleren af KvaliCare Sårkoncept udtaler at:

"... det at de har svaret forkert på det, så har vi et godt udgangspunkt for undervisningen, en vis form for motivation eller nysgerrighed ift. det her emne..." (kl. 00:50)

..så betragtes det som en motivation der, i en sociokulturel sammenhang, er en forudsætning for at lære noget.

I de spørgeskemaundersøgelser der blev gennemført i sommeren 2008 svarede 90 – 100 %, at de syntes, det var spændende og interessant at kunne teste sin viden vha. tests. Det, at være spændende og interessant, tolkes som, at det virker motiverende på respondenterne.

Interviewperson 2 fra hjælpergruppen udtalte omkring det at blive testes, at:

Jeg ved ikke om, det er vigtigt, men jeg følger mere med, jeg er mere på.....(griner).(kl. 02:52)

Såranalysens resultater og LMS'ens kondensat af testresultater er medvirkende til at kaste lys over, hvor "skoen trykker" og dermed også tydeliggøre, hvad hjælpergruppen ved i forvejen og, hvad der er brug for at gøre mere ved. Dette således at kommunen bliver klar over, hvilke områder der skal fokuseres på med den hensigt at forebygge sår og blive bedre til at opspore tidlige tegn på sår.

Såranalysens resultater præsenteres på et kontaktpersonmøde, og det udtales fra udvikleren af KvaliCare Sårkoncept, at det er:

".....meget vigtigt at få den der succes basuneret ud, så de er klar over, at de er simpelthen bare gode, og at det nytter, det arbejde de gør." (13.00)

Det, at præsentere de gode resultater fra såranalysen, understøtter en følelse af ejerskab til projektet og en tro på, at det nytter at lære noget og være i stand til at handle ud fra det, man har lært.

En afgørende faktor for læring og refleksion er iflg. Wahlgreen at arbejdet organiseres, så der er en høj grad af autonomi. Organisering, hvor en medarbejder fast besøger de samme borgere, åbner op for, at medarbejderen kan følge borgeren over en periode og derved skabes forudsætningen for at kunne observere faresignaler for sår. Mulighed for kommunikation mellem medarbejderne om de oplevelser de har haft hos borgerne udgør ligeledes en afgørende faktor for om de oplevelser, de har haft kan skabe basis for læring. Dette kunne være på gruppemøder, kontaktpersonkonferencer eller via IKT-værktøjer som f.eks. chat, mail eller blogs.

Delkonklusion for kategorien - læringsforudsætninger:

Medarbejdernes IKT-færdigheder skal afklares før læringsressourcerne tages i brug, for at der kan tages højde for det i tilrettelæggelsen af undervisningen. Specielt opmærksomhed skal dette område gives, såfremt medarbejderne vælger at gennemgå e-læringsressourcen hjemmefra, hvilket interviewene med hjælperne antyder.

Motivation for at anvende KvaliCare Sårkoncept understøttes bl.a. via de indbyggede tests, og via præsentation af såranalyser, så medarbejderne kan se at deres arbejde nytter noget. Det ser altså ud til, at præsentation af en effektmåling og tests virker motivationsskabende.

Organiseringen af arbejdet for hjælpergruppen vurderes også at have betydning ift. de læringsforudsætninger, arbejdspladsen tilbyder. Hjælpernes faste tilknytning til samme borgere understøtter således muligheden for at observere borgeren over tid og derved muligheden for at iagttage faresignaler for sår.

Rammefaktorer:

Hvordan forstås rammefaktorer som didaktiske kategori?

Rammefaktorerne er de "...givne forhold, som begrænser eller gør læring mulig" (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 78). Det kan f.eks. være love, regler, cirkulærer, lokalt besluttede strategier, økonomi, udstyr, fysiske og teknologiske rammer og undervisningsmidler. I Hiim og Hippes relationsmodel er ideen, at rammefaktorerne skal ses i relation til de øvrige kategorier i modellen. Rammefaktorerne er altså de forhold, der definerer rammerne for den konkrete læring og undervisning.

Rammefaktorer kan være vanskelige at betragte som dynamiske og foranderlige, og nogen vil da også i en vis udstrækning være det, men langt fra alle. Synliggørelsen har således både et kreativt og et kritisk aspekt, hvor det kreative er optaget af at se muligheder, og det kritiske handler om at synliggøre de begrænsninger og muligheder, der findes. Hovedpointen med rammefaktorerne er at "fokusere klartest muligt på hvilke forhold, der muliggør og begrænser undervisning og læring indenfor den givne didaktiske sammenhæng" (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 171).

Hvordan viser rammefaktorerne sig i den indsamlede empiri?

I det efterfølgende vil jeg redegøre for, hvilke indsamlede data der udtaler sig om rammefaktorer for hjælpergruppen. Dette med den hensigt at målrette opmærksomheden mod de områder der må forventes at have betydning for den læring, der sker i samspil med KvaliCare Sårkoncept.

Et af de opmærksomhedspunkter der fokuseres på i undersøgelserne er, hvornår og under hvilke omstændigheder anvendelsen af e-læringsressourcerne sker. Af interview med udvikler af KvaliCare Sårkoncept fremgår at:

"Kontaktpersonen er udpeget af leder og grupperne – behøver ikke at være en med sårviden, men en med planlægningsopgaven. Det sikrer, at de lægger tid i kørelisterne ift. at der skal ske gennemsyn af e-læring."(kl. 00:00)

Læring tager tid og i en travl hverdag, er det nødvendigt at dedikere tid til læring via KvaliCare. Det er udelukkende det årlige gennemsyn der i konceptet anbefales, at der sættes tid af til. KvaliCare læringsressourcer kan, som sagt, anvendes såvel til struktureret læringsforløb og til opslag, der knytter sig til hjælpergruppens praksis. Sidstnævnte er der tilsyneladende ikke taget højde for i planlægningen. Hvis læring betragtes som værende situeret, vil det i praksis ikke være muligt at

lægge tid på arbejdsplanen til dette, for hvornår skal tiden afsættes? Læringskulturen på arbejdspladsen vil, ifølge Wahlgreen et al, være afgørende for om læringsressourcerne anvendes situeret. Interviewperson 2 giver udtryk for, at hun anvender ressourcen med jævne mellemrum. Der er altså tilsyneladende accept af, at hun anvender ressourcen udover ved det årlige gennemsyn, idet hun udtaler:.

"Så kan man også gå tilbage og genopfriske det...og det gør jeg også ind imellem.(Kl. 0.00)

Af de interviews som er gennemført, udtaler en medarbejder af anden etniske oprindelse end dansk bl.a.:

"Jeg gør det derhjemme, fordi det er nemmere for mig at høre og læse det...fordi jeg kan ikke svare så hurtigt. Så kan jeg gentage det ...for de snakker hurtigt for mig, derfor kan jeg gentage det. Derhjemme kan jeg tage det i mit eget tempo..selvfølgelig for danskerne der kender alle ordene i deres eget sprog, de kan godt gøre det hurtigt, men heroppe skal vi arbejde, så jeg gør det hjemme".(interviewperson 3/00:20)

Hun oplever altså tilsyneladende en kultur, hvor arbejdspladsens fokus er på at udføre arbejdsopgaver og kompetenceudvikling gøres hjemme, hvor hun har god tid og ro til det.

En medarbejder med ordblindhed udtaler:

Jeg har mest ud af at gøre det derhjemme, for så kan jeg koncentrere mig, det kan jeg ikke, hvis jeg sidder her. Så kan jeg uddybe det bedre end, hvis jeg skal sidde og skynde mig...fordi jeg har det sådan, at jeg har lidt ordblindhed, så jeg nogen gange skal læse tingene mere end en gang for at forstå, hvad der står, så vil jeg hellere sidde hjemme, så det tager lidt længere tid end, hvis jeg har en ½ time til at gøre det...det kan jeg ikke, og så bestemmer jeg selv hvor lang tid, jeg er om det derhjemme. (interviewperson 4/00:00)

På observationsbesøget gav kontaktpersonerne udtryk for at de glæder sig til at kunne tilgå e-læringen hjemmefra, for der er meget uro der, hvor de i dag sidder.

Disse udtalelser giver indtryk af, at det er væsentligt for hjælperne, at de ikke må være under tidspres, når de skal anvende e-læringen, og at der skal være ro, så de kan koncentrere sig. Via data fra interviews med hjælpergruppen og på observationsbesøget konstateres, at medarbejderne foretrækker at sidde hjemme, når de skal anvende e-læringsressourcerne. Således ser det ud til at det er af mindre betydning, at der planlægges tid i arbejdsplanerne til denne læring. Denne konstatering kan naturligvis give anledning til en arbejdspolitisk diskussion, idet det kan diskuteres, hvorvidt det betragtes som hensigtsmæssigt, at kompetenceudvikling skal foregå udenfor

arbejdspladsens rammer. Denne diskussion vurderes dog at lægge udenfor rammen af denne opgave.

Programmerne er planlagt til at skulle gennemses af medarbejderne minimum en gang årligt, herunder at alle skal tage testen. Det er kontaktpersonerne i grupperne, der har til opgave at sikre, at alle kommer igennem. Eneste krav er dog, at testen skal tages dvs. hvis den enkelte mener, at hun/han ikke har brug for at gennemgå e-læringen – så kan vedkommende gå direkte til testen. Hensigten, med at skulle igennem læringsforløbet en gang om året, er at vedligeholde og opdatere medarbejderens viden på sårområdet. Denne tilgang til læring indskriver sig ikke i den situerede læringsfilosofi, hvor læringsressourcer skal kunne tilgås, når der opstår behov for mere viden, men i den strukturerede og planlagte læring "on the job", som Trine Rønholt skriver (2001). Det tyder dog på, at den årlige gennemgang alligevel giver anledning til refleksion, idet interviewperson 1 udtaler:

"Når jeg lige har været inde og kigge det igennem, altså KvaliCare, så kan jeg godt tage mig selv i at være endnu mere opmærksom måske kigge rigtigt godt efter, når jeg f.eks. giver støttestrømper på, altså mellem tæerne for at se om der er noget, altså tryk eller sådan noget. Når der så er gået noget tid, så er jeg knap så ihærdig. Ikke fordi hvis der er noget på storetåen så ser man det, men man er måske ikke lige så flittig til at få kigget imellem alle tæerne....så det er det, jeg mener, man gør, som man plejer at gøre."

Den besluttede strategi, hvor der er "tvangs-gennemsyn" har altså tilsyneladende en positiv effekt ift. at reflektere over egen praksis. Leontjevs betragtninger, beskrevet i virksomhedsteorien, kan medvirke til at forklare dette fænomen, idet interviewpersonen tilsyneladende over tid udfører arbejdet rutinepræget og derfor uden at tænke over sine handlinger. Dreyfus-brødrene ville forklare fænomenet ud fra, at interviewpersonen nu befinder sig i fasen "kyndig udøver" eller på "ekspert"-niveauet, og at den viden, personen anvender, er tavs. Det, at hun skal gennemføre læringsforløbet regelmæssigt, bevirker, at hendes praksis bringes i spil med den evidensbaserede viden, der rummes i e-læringsressourcerne og refleksionsprocessen igangsættes. Donald Schön ville mene, at der sker refleksion "on the job". Dette betyder, at hjælperen bringes tilbage på fasen "kompetent udøver", hvor teori og praksis nok er adskilt, men kan bringes i samspil uden problemer. Jeg støtter mig op ad Dreyfus-brødrenes betragtninger, idet min erfaring fra mit arbejdsliv er, at "viden ruste" og, at der er behov for at få genopfrisket viden løbende. Konsekvensen af disse betragtninger er en erkendelse af at Dreyfus-brødrenes fasemodel ikke er en ensrettet lineær model, men en model hvor den enkelte bevæger sig frem og tilbage i spændet mellem nybegynder og ekspert.

Omkring hardware viste et par udtalelser i spørgeskemaundersøgelserne fra 2008, at de har:

"Oplevet tekniske problemer – man blev smidt af systemet " og

"Bøvl med computer. Ikke computere nok"

De tekniske rammer, som anvendelsen af KvaliCare skal foregå under, kræver at der ikke er nævneværdige tekniske problemer, og at der er let adgang til at få det løst, når der opstår problemer med teknikken. Tæt samarbejde med kommunens IT-afdeling vil derfor være afgørende for, at implementering af KvaliCare Sårkoncept forløber teknisk uproblematisk. I denne sammenhæng er det væsentligt at erindre undersøgelsen fra teknologisk Institut fra 2005, der peger på at 31% af befolkningen mangler basale IKT-færdigheder og at hjælpergruppen derfor ikke kan forventes selvstændigt at kunne håndtere "bøvl med computeren".

Delkonklusion for kategorien - rammefaktorer:

Det er væsentligt, at medarbejderne generelt ikke er under tidspres, når e-læringen anvendes. Det er tilsyneladende ikke af betydning, at der i arbejdsplanlægning afsættes tid til arbejdet med e-læringen, idet de foretrækker at arbejde med det hjemme. Endvidere er det væsentligt, at der er ro omkring dem, mens der arbejdes med det. Endelig er det væsentligt sikre tæt samarbejde med IT-afdelingen, således at implementeringen af KvaliCare Sårkoncept understøttes af tekniske kompetencer.

Strategien, omkring at alle hjælpere skal gennemgå læringsressourcen minimum en gang årligt, bringer udførelsen af arbejdsopgaverne fra et rutinepræget niveau til et niveau, hvor der sker refleksion "on the job", som Donald Schön ville udtrykke det. Det betyder, at praksis bevidstgøres og bringes op til fornyet overvejelse. Suppleret med at e-læringsressourcen årligt opdateres med nyeste evidensbaseret viden, bevirker det at hjælperne kontinuerligt holdes opdateret på sårområdet.

Et mål med konceptet er endvidere at fastholde og opdatere viden. For at understøtte dette er der krav om, minimum en gang om året, at tage de indbyggede tests. Denne årlige gennemgang er tilrettelagt via organiseringen med kontaktpersoner, der er tilknyttet de enkelte plejegrupper.

Mål:

Hvordan forstås mål som didaktiske kategori?

Hiim og Hippe skriver, at "Mål for læringen har sammenhæng med undervisningens hensigt, og det udbytte eleverne skal have" (2007, p. 78). Bevidstheden om målene, for såvel deltagere som underviser, har til hensigt lettere at styre opmærksomheden i en bestemt retning.

Relationsmodellen forudsætter en anerkendelse af, at kategorierne indbyrdes påvirker hinanden. Konsekvensen for mål-kategorien er derfor, at disse ikke kan være stærkt forhåndspræciserede, men nødvendigvis må være under indflydelse af rammefaktorer, læringsforudsætning, indhold, vurdering og læreprocessen. I en sociokulturel sammenhæng giver dette god mening, idet de kulturelle og sociale aspekter udgør elementer, der gensidigt påvirker og påvirkes. Knud Illeris fremhæver det væsentlige i at fokusere på, hvorvidt der er tale om samfundets- eller deltagernes mål, da disse sandsynligvis vil være forskellige (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 178).

Hvordan viser den didaktiske kategori "mål" sig i den indsamlede empiri?

Udvikleren af KvaliCare Sårkoncept formulerer i interviewet, at hun ser målet som at:

"... Viden skal ud i hænderne på folk, og forskningsbaseret viden har det med at hobe sig op de steder, hvor der sidder lærte folk. Hvis det skal gøre nogen nytte, skal det ud i hænderne på folk, når hjælperne har fru. Hansen i bad, skal de vide, hvordan faresignalerne er ift. udvikling af diabetiske fodsår, hvis vi skal gøre os håb om at forebygge alle de her amputationer hos diabetikere. Vi skal simpelthen ha' fat der, hvor der ikke er kommet hul på huden endnu og der, hvor hjælperen er, og hvor sygeplejersken jo slet ikke kommer." (4:30)

Målene med implementering af KvaliCare Sårkoncept er beskrevet i konceptet og er, at hjælperne skal kunne opspore tidlige tegn på sår og forebygge sår. Det, at målet som udgangspunkt er ekspliceret, betyder, at forhåndspræciseringen er forholdsvis stærk. Jeg mener dog ikke, at det betyder, at tilgangen i relationsmodellen derved bliver mindre dynamisk. Det beskrevne mål betragter jeg som ambitionen med implementeringen, og det vil være naturligt, at der sættes relevante delmål undervejs i processen. Et sådan delmål kunne f.eks. være, at et bestemt antal medarbejdere har gennemgået e-læringsressourcen indenfor en defineret periode.

I såranalyserne fokuseres bl.a. på antallet af sår i kommunen før og efter implementering af KvaliCare Sårkoncept, samt på forbrug af personaletimer. Målet med dette fokus er fra kommunens side at reducere omkostningerne til sårområdet samt at skåne borgerne for de lidelser, som forekomsten af sår oftest giver. Såranalyserne har karakter af en effektmåling, således at kommunen kan se om det nytter at implementere KvaliCare. Såranalyserne kan bidrage til at opsætte delmål i kommunen, så indsatsen skærpes, der hvor såranalysen peger på at behovet er.

Delkonklusion for kategorien - mål:

Målet med KvaliCare Sårkoncept for hjælpergruppen er, at forebygge og opspore tidlige tegn på sår. Måden, at opnå målet på, er ifølge konceptet at formidle forskningsbaseret viden til de mennesker, der har deres daglige gang hos borgerne. Denne forhåndspræcisering af målet eller ambitionen er, at bevidstgøre medarbejderne om, hvad denne læringsaktivitet skal gøre godt for. Indenfor den didaktiske kategori mål, mener jeg, at det er hensigtsmæssigt at opstille delmål, der viser vejen til det endelige mål. Dette, for at kunne bevare overblikket over implementeringsprocessen.

Indhold:

Hvordan forstås indhold, som didaktiske kategori?

Indholdet er det, læringen handler om, samt hvordan det udvælges og tilrettelægges. Indholdet kan således både have intellektuelle, handlingsmæssige og emotionelle sider. Sidstnævnte foregår ofte som skjult eller latent læring – dvs. indholdet er ikke nødvendigvis eksplicit beskrevet. Eleverne kan således godt lære noget, som ikke er artikulert i en åben hensigt (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 79). Et eksempel på det er, at mennesker kan udføre nogle handlinger, som er vanskelige at sætte ord på f.eks. at bestemte sanseindtryk frembringer bestemte handlinger. Det kunne være hjælperen, der besøger borgeren, og det fornemmes, at noget ikke er som vanligt. Dette frembringer handlinger, der imødekommer borgerens behov. Denne tavse viden, som disse uartikulerede handlinger er udtryk for, er udtalt indenfor omsorgsområdet.

Hvordan viser den didaktiske kategori "indhold" sig i den indsamlede empiri?

Læringsindholdet i KvaliCare drejer sig om sår, og for hjælpergruppen er fokus på forebyggelse og tidlige opsporing af sår. Indholdet er forskningsbaseret viden, udvalgt specifikt for målgruppen og vil ikke give mening for andre end dem. Indholdet er tilrettelagt, så det relaterer sig til den praksis, som hjælpergruppen er en del af. Med Vibe Aarkrog's transferbegreber vil KvaliCare Sårkoncept betegnes som overvejende at anvende specifik- og nær transfer, hvilket betyder, at der er en forholdsvis udbredt praksisrelatering. Aarkrogs undersøgelse fra 2006 viste, at den teoribaserede praksisrelatering egnede sig bedst til læring af teori. I den forbindelse vurderer jeg, at netop den evidensbaserede viden, der formidles i KvaliCare Sårkoncept, skriver sig ind i den teoribaserede praksisrelatering, hvilket i undersøgelsen viste sig, at være hensigtsmæssig for hjælpergruppens læring.

Indholdet i programmerne formidles såvel vi tekst, lyd og billede og begrundes af udvikleren på følgende måde:

Vi vil jo gerne gøre det interaktivt vha. lyd, synsindtryk, fil, billeder, og så skal de også gerne gøre noget selv. Vi ved, at mange har svært ved at læse, og derfor er det vigtigt med lyd.(kl. 17:00)

Interaktiviteten, som udvikleren af KvaliCare Sårkoncept her refererer til, prioriteres i konceptet, fordi det erkendes, at læring er en konstruktivistisk begivenhed. Det erkendes dermed, at det er nødvendigt, at hjælperne arbejder aktivt med stoffet for, at der sker læring.

Interviewperson 4 gav udtryk for at:

Altså for mit vedkommen har jeg det godt, når der også er billeder på og ikke kun ord...jeg har det bedst, hvis jeg kan arbejde med det. Jeg får det jo både i lyd og tekst, og så får jeg det læst bedre. Jeg tror ikke, der er ret mange, der er klar over, at jeg har lidt ordblindhed, så derfor er jeg virkelig glad for det her.(06:05)

På spørgsmålet om hvordan e-læring betragtes af udvikleren af KvaliCare Sårkoncept svares:

" Som en tidsøkonomisk måde at sikre nødvendig basisviden på"

I interviewet argumenterer udvikleren af KvaliCare for, at det er nødvendigt, at det er specialistviden, der formidles til medarbejderne, og at det er urealistisk, at en specialist gennemfører tilstedeværelsesundervisning til alle medarbejdere i en kommune. Hun konkluderer endvidere, at tilstedeværelsesundervisning ikke nødvendigvis er det bedste, det skal:

" jo også være tilrettelagt pædagogisk korrekt for, at det er bedre "

IKT-understøttelsen blev løsningen på at få specialistindhold formidlet til en stor personalegruppe på en måde, der er tilrettelagt hensigtsmæssigt for medarbejderne.

I starten af programmet vises et billede af en kornmark og på spørgsmålet om årsagen til dette valg svares:

"Vi skal appellere til alle, det skal være hverdagsagtigt, det behøver ikke at være så stringent. Det er en del af livet. Tror også at det virker overraskende og derfor vækker opmærksomhed."(Del 2, 09:00)

Formidlingen skal altså gøres på en måde, så det bliver en del af medarbejdernes hverdag. Signalet i fotoet er altså, at det at lære skal skrive sig ind i medarbejdernes hverdag som et naturligt element. Dette signal lægger fint i forlængelse af det sociokulturelle læringsperspektiv, hvor det erkendes, at det ikke er et spørgsmål, om man lærer, men om *hvad* man lærer.

Delkonklusion for kategorien - indhold:

Udvælgelse af indhold fokuserer på, at det skal være specialistviden, og i KvaliCare Sårkoncept skal det være forskningsbaseret viden, der formidles. IKT anvendes, når der skal tilrettelægges læring for store personalegrupper, og det er tilsyneladende en fordel at kunne formidle via såvel tekst, billede og lyd til denne personalegruppe, idet medarbejderne derved får lettere adgang til forståelse af den læring, de skal gennem.

Læreprocessen:

Hvordan forstås læreprocessen, som didaktiske kategori?

Læreprocessen siger noget om, "...hvad læreren og eleverne vælger at gøre i undervisningen, og hvad der er baggrunden og begrundelsen for de forskellige valg" (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 223). Når læring betragtes i et sociokulturelt perspektiv, betyder det for læreprocessen, at forhold som "...vilje, motivation, initiativ, skabende kræfter og selvstændighed" (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 226), skal inkluderes i forhold til den læring, der skal foregå. Der skelnes således mellem en amputeret og en helhedsorienteret læreproces. Den amputerede læreproces er kendetegnet ved, at deltageren får stillet et problem, accepterer det, arbejder med det, skaber struktur og bliver testet. Den helhedsorienterede læreproces udmærker sig derimod ved, at deltageren opdager et problem, accepterer det, arbejder med det, knytter problemet til egne erfaringer, afprøver og anvender det i praksis. I et sociokulturelt perspektiv er det således afgørende at anskue læreprocessen helhedsorienteret. Således erkendes at "Der kan forekomme megen læring uden undervisning, mens undervisning uden læring er meningsløs og uden berettigelse" (Hiim H., Hippe E., 2007, p. 241).

Hvordan viser den didaktiske kategori "læreproces" sig i den indsamlede empiri?

I denne sammenhæng mener jeg, det er væsentligt at fokusere på, hvad hjælperne gør for at omsætte deres viden fra e-læringen til viden, som de kan bruge til understøttelse af deres handlinger i deres daglige arbejde.

Wahlgren et al (2002) vil opfatte anvendelsen af disse e-læringsressourcer som tilhørende det handlingsniveau Elstrøm kalder for udviklingslogikken. Der er altså ikke handletvang, mens det anvendes, og den enkelte kan trække sig tilbage, reflektere og analysere, men det øjeblik der er handletvang dvs. når medarbejderen er hos borgeren, er der tale om det handlingsniveau, der kaldes produktionslogikken. Interviewperson 5 udtrykker på fornem vis, hvordan hun mestrer disse to handlingsniveauer, idet hun forklarer årsagen til, at hun drøfter tvivlsspørgsmål med en kollega efter at have arbejdet med KvaliCare e-læringsressourcerne:

*Ja, jeg havde lige nogen spørgsmål...om jeg gjorde nogen ting forkert. Hvorfor fortalte programmet, at man skulle bruge gummihandsker, vi har altid brugt alm. handsker.
(interviewperson 5/05:00)*

Af interviewet med udvikleren af KvaliCare Sårkoncept spørges ind til hvorvidt kommunikation mellem medarbejderne anses for at være af betydning:

Interviewer spørger: De her hjemmehjælpere, lærer de noget af hinanden?

Ja, i høj grad!

Interviewer spørger : Hvordan gør de det?

Det er bed-site undervisning derude.

Interviewer spørger: Har I tænkt om KC og bed-site undervisning går hånd i hånd, eller er det to separate ting?

Nej, i høj grad går det hånd i hånd.

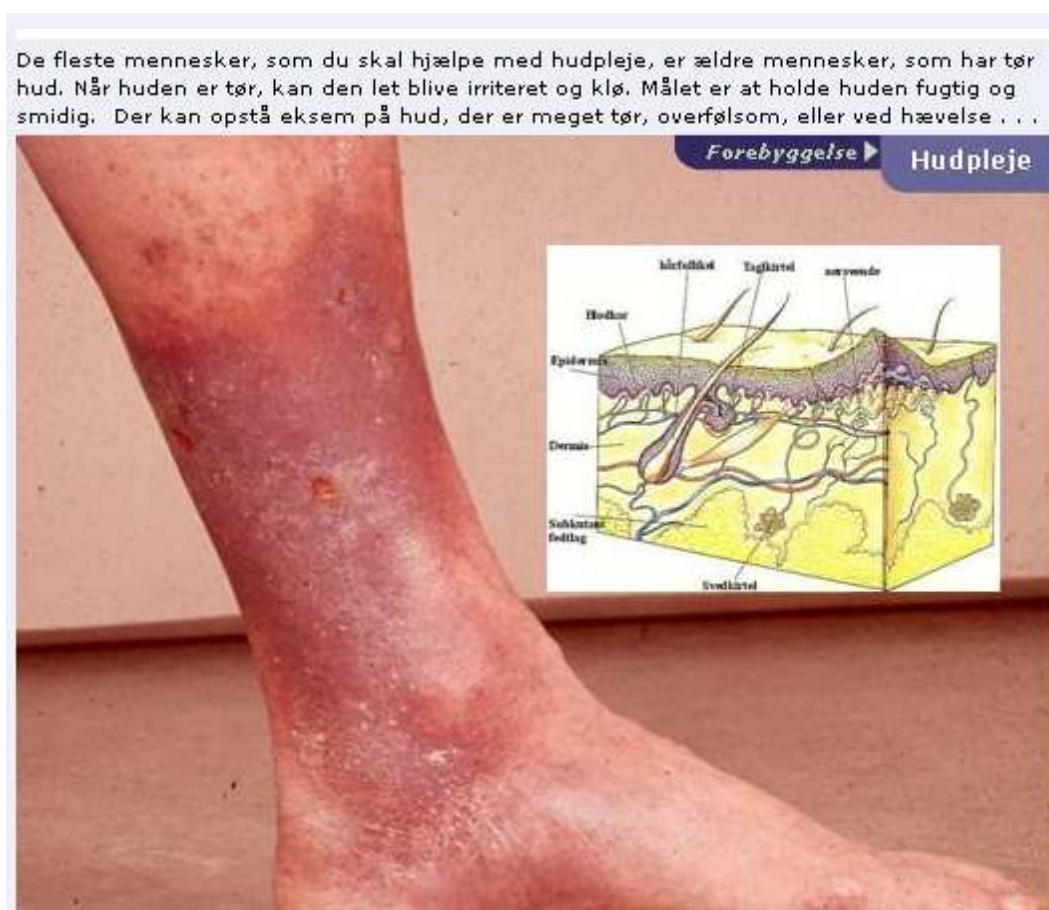
Her tales om den form for arbejdspladslæring som Trine Rønsholdt kalder for uformel læring "in the job". I denne sammenhæng anses det for at være uden betydning om læringen finder sted som bed-site undervisning – altså hos den enkelte borger, eller som interviewperson 5 gav udtryk for, nemlig som en dialog over eksisterende praksis. Det vigtige er, at det tilsyneladende er væsentligt at give adgang til dialog med kollegaer, således at den forståelse, som den enkelte medarbejder har opnået, kan diskuteres. Accepten af dialogen, som et element i læreprocessen, er ikke ekspliciteret i KvaliCare Sårkoncept. Jeg mener dog, at dialogen mellem kollegaerne skal skrives ind som en del af konceptet for at tydeliggøre dialogens betydning ift. den læreproces, som medarbejderne skal igennem. Læring i et sociokulturelt perspektiv handler om, "hvad individer og kollektiver tager med sig fra sociale situationer og bruger i fremtiden" (Säljö R., 2000, p. 13). Bevidstgørelsen af dialogen vil dermed kunne medvirke til at kvalificere dialogen og dermed understøtte hjælpergruppens læreprocesser på et kvalificeret grundlag.

Hjælpergruppens bestræbelser på at omsætte læring til konkrete handlinger udtrykkes ligeledes. I interview med hjælper, person 5, hvor hun på fornem vis giver udtryk for, hvordan hun omsætter det, hun lærer til handlinger hos borgeren. Hun udtaler:

"Enten skal du gå med mig over, så jeg kan se, hvordan du gør, eller også skal jeg have, så jeg kan...så når jeg går over til en borger kan se inde i mit hoved, nåhhh... men det var sådan. Det har

jeg meget nemmere ved, end hvis jeg får en masse oplysninger, som jeg først skal hen og rode med og så selv føle mig frem” (person 5/13,27).

Interviewpersonen taler om, hvordan hendes transfer-proces foregår. Hun fortæller, at hun via billeder visualiserer, hvordan hun skal handle og anvender det direkte i hendes egen praksis. Hendes udtalelse om, at det er nemmere end, hvis hun får en masse oplysninger via ord. Jeg tolker det som, at hun har brug for visualiseringen via billeder eller film for at begribe, og at beskrivelser med ord ikke giver hende den samme adgang til at forstå. Hun oplever, at hun så selv skal arbejde med det mentalt og føle sig frem og, at det tydeligvis er vanskeligere for hende. Vibe Aarkrog anvender begrebet teoribaseret praksisrelatering, når der i KvaliCare-e-læringsressourcer tages afsæt i genkendelige praksissituationer for at illustrere teoretiske sammenhænge f.eks. et foto af et ben med tør hud, suppleret med en grafisk fremstilling af hudens anatomi.



Figur 8 - eksempel fra KvaliCare programmet om bensår

Delkonklusion for kategorien - læreprocesser:

Under den didaktiske kategori "læreprocesser" skal der dermed tages højde for en høj grad af visualisering for at imødekomme brugerne i deres måde at begribe læringen på. Dette for at lette hjælpergruppens adgang til at forstå og dermed øge deres handlekompetence.

Derudover synes det væsentligt, at hjælpergruppen har adgang til at gå i dialog med kollegaer for at diskutere den praksis, der eksisterer i forhold til den viden, der er formidlet via e-læringsressourcerne. Da dialogen blandt kollegaerne er af betydning for hjælpernes læreprocesser, ser jeg det som nødvendigt at indskrive dialogen som en del af konceptet. Dette mhp. at skabe en forståelse af dialogens betydning, når hjælpergruppen skal lære, således at dette kan indskrives i den sociokulturelle praksis på den enkelte arbejdsplads.

Vurdering:

Hvordan forstås vurdering, som didaktiske kategori?

Vurdering blev tidligere opfattet således, at eleverne skulle vurderes via tests og prøver, der målte deltagerens faktakundskaber, og de fik karakterer, der klassificerede dem. Vurderingsbegrebet har imidlertid udviklet sig til også at omfatte andre forhold som f.eks. om deltagerne, gennem undervisning, rent faktisk får en mere hensigtsmæssig adfærd ift. konkrete opgaveløsninger. Hiim og Hippe skelner mellem tre vurderingsformer, som er den målrelaterede vurdering, der har til hensigt at måle deltagerne ift. bestemte kvalitetskrav, den grupperelateret vurdering, der har til hensigt at placere deltageren komparativt efter normalfordelingsprincippet og endelig den individorienteret vurdering, der har til hensigt at måle deltagerens udvikling i forhold til individuelle læringsmål. For at operationalisere vurderingen foreslår Hiim og Hippe, at der stilles spørgsmål, som f.eks. (2007, p. 81):

- Hvordan skal elevernes læring vurderes? Hvornår i forløbet? Hvordan (mundtligt, karakter andet)?
- Hvem skal vurdere elevernes læring? Eleven selv, medstuderende, læreren?
- Hvad skal elevernes læring vurderes i forhold til? Målene, eleverne selv, klassens præstationer?
- Hvorfor skal elevernes læring vurderes sådan?
- Hvordan skal lærerens undervisning vurderes? Hvornår i forløbet? Hvordan (mundtligt, skriftligt)?
- Hvem skal vurdere undervisningen? Læreren selv, eleverne, kolleger, eksterne?
- Hvad skal lærerens undervisning vurderes i forhold til? Elevpræstationer, didaktisk sammenhæng, andet?

Hvordan viser den didaktiske kategori "vurdering" sig, i den indsamlede empiri?

Vurderingen handler altså om hvad, hvordan og hvorfor der vurderes. I den e-læring der rummes i KvaliCare, er der tests, der skal tages en gang årligt. Disse tests er tilrettelagt via multiple choice-princippet, hvor medarbejderen skal vælge et ud af tre-fire mulige svar. Når testen er gennemført, får medarbejderen straks resultatet af testen præsenteret på skærmen. Der præsenteres også en liste over de emner, der er svaret forkert på, og der er links til de steder i læringsressourcen, hvor det korrekte svar findes. Hensigten er så, at medarbejderen skal arbejde med de emner, der er svaret forkert på igen, så hun/han kan blive klogere.

Hiim og Hippe ville kategorisere denne vurderingsform under den målrelaterede vurdering, idet "vurderingen foretages med udgangspunkt i bestemte kriterier eller kvalitetskrav formuleret som mål" (2007, p. 265). Det der ligeledes kendetegner vurderingsformen er, at andre medarbejderes præstationer og hvor lang tid, der er anvendt, ikke er af betydning for vurderingen. Der er tale om en helt objektiv vurdering af medarbejderens præstation i testen.

Udvikleren af KvaliCare Sårkoncept udtaler om baggrunden for testene:

" Vi vil gerne stille spørgsmål til de essentielle problemområder, som vi kender fra praktikken – det er egentligt det, der lægger bag." (del 2, kl. 00:00)

Hun fortæller endvidere, at disse resultater giver dem indblik i, hvor der svares forkert, så de får indblik i, hvor der skal gøres en ekstra indsats. Denne ekstra indsats bliver i dag gennemført via tilstedeværelsesundervisning f.eks. med en ergoterapeut omkring siddestillinger, fodterapeut omkring diabetiske fodsår osv. KvaliCare læringsressourcer anvendes dermed, som et element i blended learning, hvor læring gennemføres i en kombination af IKT-støttet undervisning og tilstedeværelsesundervisning.

Medarbejdernes oplevelser ift. at blive testet viste sig i spørgeskemaundersøgelserne fra sommeren 2008 at være positive idet 90 % – 100 % af medarbejderne svarede "ja" til, at det er spændende/inspirerende at kunne teste sin viden ved hjælp af tests i programmerne.

I interviewene med hjælperne svarer interviewperson 2 på spørgsmålet, om hvorvidt der er vigtigt for hende at blive testet at:

" Jeg ved ikke, om det er vigtigt, men jeg følger mere med, jeg er mere på.....(griner)."(kl. 02:52)

Interviewperson 4 udtaler:

" Og så kan de jo se...eller så kan man selv se, om man har forstået det til sidst i testen, ellers må man jo starte forfra." (05:15)

Denne vurderingsform virker altså overvejende positivt på medarbejdernes motivation, idet de oplever det som inspirerende at kunne teste sig selv, og de oplever at de skærper deres opmærksomhed, når de er klar over, at de bliver testet. Disse tests har et overvejende kognitivt præg, idet det der måles er, hvorvidt den enkelte medarbejder kan huske det, der er gennemgået i læringsressourcen. Som vist i bilag 5 vises en glad smiley, når testen er bestået og en trist smiley, når den ikke er bestået. Dette kunne opleves som behavioristisk tilgang til viden. Jeg mener dog ikke, at det er sådan, dette signal skal tolkes, men blot som endnu en måde at læne sig opad den dagligdag som medarbejderne befinder sig i – hvor disse symboler anvendes til at graduerer varer i butikker, restauranter osv.

De årlige såranalyser (se eksempler bilag 1 og 2) har til hensigt at effektmåle, hvad den opdaterede viden på sårområdet har betydet for forekomsten af sår og antal forbrugte timer på sårpleje. Resultaterne præsenteres i en samlet tabel for hvert år sårkonceptet er anvendt.

	Sorø 2006	Sorø 2007	Sorø 2008
Antal sår	84	59	54

Figur 9 - såranalyse fra Sorø 2008

Effektmåling på den måde som den udføres, mener jeg er en vurdering af, hvorvidt medarbejderne har været i stand til at omsætte den viden, der forsøges formidlet via e-læringsressourcerne til konkrete handlinger. Forekomsten af sår hos borgerne er overvejende et udtryk for, hvor dygtige hjælpergruppen er til at forebygge og opspore tidlige tegn på sår. Denne måling vil derfor i overvejende grad være et udtryk for, hvorvidt hjælpergruppen har kunnet anvende den viden, de har fået.

Delkonklusion for kategorien - vurdering:

I sårkonceptet er der tænkt vurdering ind, som et element der har betydning for, hvordan den fremtidige læring tilrettelægges. Således suppleres med tilstedeværelsesundervisning såfremt det viser sig, at der er behov for at fokusere yderligere på nogle områder f.eks. siddestillinger. Dermed tydeliggøres, at de øvrige kategorier gentænkes, når disse vurderinger er foretaget, således at de specifikke behov imødekommes.

KONKLUSION

I konklusionen samles delkonklusionerne fra analysen, således at det bliver muligt at svare på problemformuleringen der lyder således: *Hvordan understøttes hjælpergruppens læreprocesser, når de anvender KvaliCare Sårkoncept?*

Relationsmodellens kategorier mener jeg skærper opmærksomheden omkring de væsentlige elementer i tilrettelæggelsen af læringen med KvaliCare Sårkoncept. Dette med den hensigt at blive bevidst om, hvordan hjælpergruppens læreprocesser understøttes. Det er hensigtsmæssigt at gøre sig klart, hvilke aktiviteter der virker understøttende på hjælpergruppens læring, således at der kan tages højde for det i fremtidig tilrettelæggelse af læring. Relationsmodellen mener jeg derfor er anvendelig, når læringskonceptet skal gennemtænkes didaktisk.

Analysen viste, at KvaliCare Sårkoncept på langt de fleste områder har taget højde for de didaktiske elementer, som relationsmodellen anviser. De didaktiske principper, som KvaliCare Sårkoncept baseres på beskrives herunder, og der peges endvidere på områder, som med fordel kunne udvikles.

Det viste sig ved interviews og observationsbesøg, at medarbejderne foretrak at arbejde med e-læringsressourcen hjemmefra. I den sammenhæng er det vigtigt at undersøge medarbejdernes IKT-færdigheder struktureret, så de ikke oplever IKT-problemer som en barriere for læring.

Hjælpergruppen har brug for ikke at være under tidspres og de har brug for, at der er ro omkring dem, mens de arbejder med læringsressourcen. Dette er de overvejende årsager til, at læringsressourcen anvendes hjemmefra. Det er i den indsamlede empiri uafklaret, hvorvidt læringsmiljøet på arbejdspladsen er den afgørende faktor, for at e-læringsressourcen anvendes hjemmefra. Uanset hvad, efterlader det et arbejdspolitisk dilemma, der handler om, hvorvidt det vurderes hensigtsmæssigt, at kompetenceudvikling foregår hjemmefra. Dette er en rammefaktor i det didaktiske design, der må afklares på den enkelte arbejdsplads. Jeg vurderer, at det lægger udenfor denne opgaves ramme, at gå ind i diskussioner af arbejdspolitisk karakter.

Jeg mener, at dialogen, som et element i KvaliCare Sårkoncept, skal tydeliggøres, for at arbejdspladserne derved kan opnå erkendelse af det væsentlige i at acceptere dialogen som led i læreprocessen. I den sammenhæng anses det for væsentligt, at kontaktpersonerne i højere grad retter opmærksomheden mod dialogens betydning for læring, og at hun/han aktivt bidrager til, at dialogen bliver en del af arbejdspladsens kultur. I de gennemførte interviews med hjælperne, fik jeg indtryk af, at dialogen sker situeret dvs. når der viser sig at være behov for det. Det er derfor min opfattelse, at dialogen faktisk sker, og at der udelukkende er tale om at bevidstgøre ledere og medarbejdere om betydningen af dialogen.

KvaliCares e-læringsressourcer rummer ikke kommunikative muligheder mellem mennesker, idet anvendelsen udelukkende er mellem menneske og e-læringsressourcen. Idet der er en del, der arbejder med læringsressourcen hjemmefra, anses det for hensigtsmæssigt at tilføje konceptet en mulighed for IKT-understøttet kommunikation mellem medarbejderne. Dette kan etableres via indbygning i applikationen. Ved indbygning i applikationen tænkes f.eks. på mail-, blog- eller chatfunktioner og gerne suppleret med en "hvem-er-på"-funktion. Dette så den enkelte medarbejder straks kan se om der er en kollega on-line, som det lærte kan drøftes med. Dette vil kunne understøtte dialogen på tværs af geografi og tid.

Det viste sig, at læreprocessen for medarbejderne blev understøttet bedst, når der blev anvendt billeder, fotos og grafik, der gav adgang til at overføre direkte til de situationer, som medarbejderne ofte står i. Interviews med hjælperne viste, at de oplever, at omsætningen fra ord til handlinger er vanskeligere for dem, end omsætningen fra billeder, fotos og grafik til konkrete handlinger.

Indholdet er udelukkende forskningsbaseret specialistviden. Netop det, at dette indhold skal distribueres ud i store personalegrupper, gør IKT-understøttelsen aktuell. IKT-redskabet anvendes i KvaliCare Sårkoncept, som en måde at få formidlet forskningsbaseret viden ud i store personalegrupper.

Et velkendt mål med den læring, der sker, er væsentligt og er tydeliggjort i KvaliCare Sårkoncept. For at hjælpe kontaktpersonerne til større overblik over processen, vil definerede delmål kunne bidrage til dannelse af overblik hos kontaktpersonerne. I interviews og under observationsbesøg blev der ikke givet udtryk for manglende overblik, så ideen omkring delmål er udelukkende tænkt som en understøttelse, såfremt der skulle være et problem.

Den årlige gennemgang af den opdaterede læringsressource bidrager tydeligvis til at fastholde et vidensniveau, men også til at medarbejderne reflekterer over egen praksis, som i deres travle hverdag ellers får karakter af rutine. Erkendelsen af, at "viden ruste", og at der er behov for at få "banket rusten af" med jævne mellemrum, mener jeg imødekommes med den løsning KvaliCare Sårkoncept anviser.

De indbyggede tests virker tydeligvis motiverende for de hjælpere, jeg interviewede og for de hjælpere, der svarede på spørgeskemaundersøgelsen. Muligheden for at undersøge om man har forstået stoffet er et element, der skal medtænkes som et motivationsskabende element.

Effektmålingen, som baseres på de såranalyser, der gennemføres årligt virker ligeledes motivationsskabende og bidrager med en fælles følelse af, at det nytter at blive klogere på dette område. Ledelsesmæssigt motiverer effektmålingerne, idet disse bidrager med argumentation for

at fastholde konceptet. Den ledelsesmæssige opbakning er afgørende for, hvorvidt medarbejderne anser denne læring for væsentlig. Derfor skal selve konceptet fortsat bidrage med argumenter for, at det nytter at blive klogere.

Opsummering af konklusion

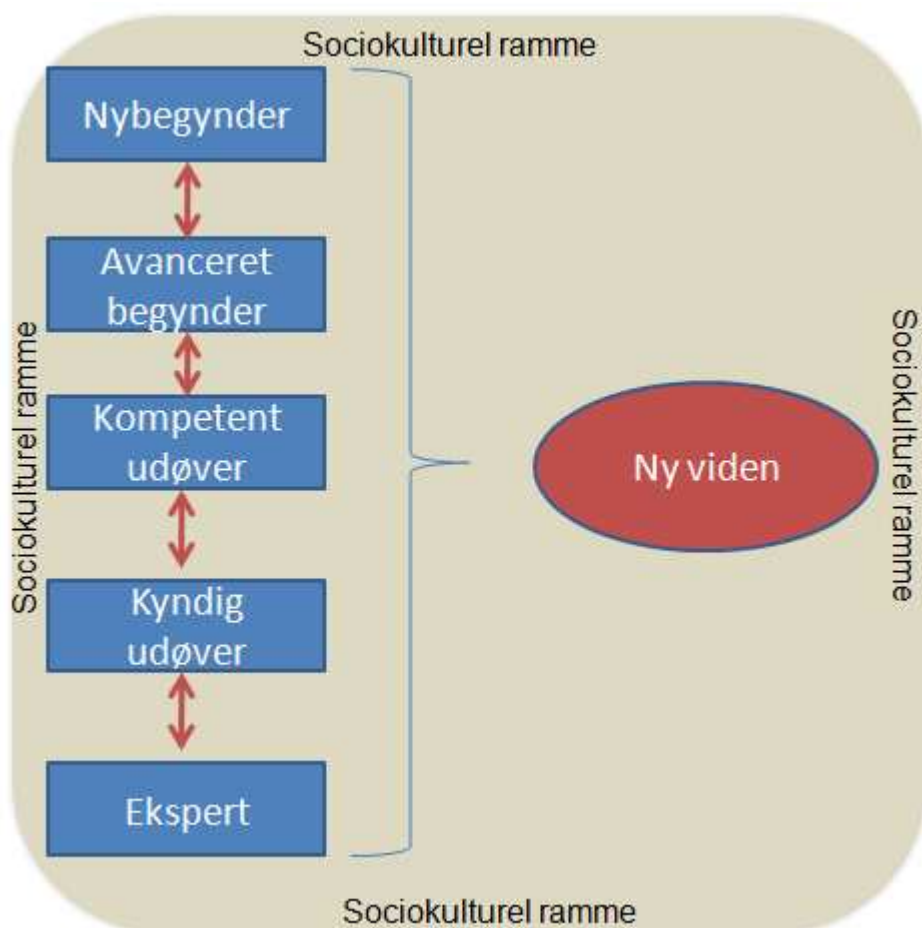
Jeg opsummerer i det følgende de væsentligste aktiviteter, der understøtter de læreprocesser som hjælpergruppen skal gennemgå, når de anvender KvaliCare Sårkoncept. Herunder ligeledes hvordan deres bestræbelser på at omsætte læringen til praktiske handlinger understøttes:

- IKT-kompetencer i hjælpergruppen. Understøt i det omfang det viser sig hensigtsmæssigt.
- Hjælpergruppens motivering. I denne opgave er der en tendens til at tests virker motiverende, mens der arbejdes med e-læringen. Endvidere at effektmålingerne bidrager til at motivere på længere sigt, specielt når det viser sig, at der opstår færre sår.
- Forhold, hvorunder der arbejdes med e-læringsressourcen. Her tænkes på støjforhold, tidspres og andre forhold der kan virke koncentrationsforstyrrende.
- Mulighed for dialog blandt medarbejderne, for at understøtte de læreprocesser, der igangsættes ved arbejdet med e-læringsressourcen. Dette kan være IKT-understøttet eller via fysisk møde mellem mennesker. Kontaktpersonernes rolle som dialog-skabende på arbejdspladserne vurderes at være vældig væsentlig.
- Fotos, videoer og grafik virker bedre for hjælpergruppen, når det de skal lære, skal omsættes til handlinger hos borgerne. Den skrevne tekst forekommer tilsyneladende at være vanskeligere at omsætte til konkrete handlinger, end disse illustrationer.
- Organiseringen af arbejdet. Borger-kontaktpersonsystemet virker tilsyneladende understøttende, for læringsmiljøet. Dette overvejende pga. øget autonomi.
- Årlige opdateringer af e-læringsressourcerne. Opdateringen sikrer nyeste forskningsbaserede viden, samt understøttelse af lokale beslutninger. Såranalyserne fungerer endvidere retningsgivende for, hvilke områder der prioriteres.

PERSPEKTIVERING

KvaliCare Sårkoncept set i et læringsteoretisk perspektiv.

Dreyfus-brødrenes fase-model har givet mig anledning til refleksion i forbindelse med KvaliCare Sårkoncept. Undervejs i arbejdet med denne opgave er jeg kommet frem til, at denne model ikke kan betragtes som en ensrettet model gående fra nybegynder til ekspert, men nødvendigvis må kunne gå begge veje. Konsekvensen ved at betragte deres model som en ensrettet og lineær proces vil for mig at se være, at eksperten ikke ville kunne blive klogere på det område hun/han er ekspert på. Jeg erkender dermed, at alle mennesker livet igennem kan lære, og at måden at få læreprocesser initieret på, er præsentationen af ny viden. Ny viden skal i denne sammenhæng anses for at være alle impulser, der giver anledning til at øge menneskers handleberedskab dvs. det kan formidles IKT-understøttet, via dialog, samvær mellem mennesker, via magasiner osv. Derfor vil fase-modellen i denne optik skulle fremstilles som vist nedenfor.



Figur 10 - model over livslang læring/ egen tilvirkning

KvaliCare Sårkoncept må dermed betragtes i et dynamisk læringsteoretisk perspektiv, der kontinuerligt muliggør bevægelser i spændet mellem nybegynderen og eksperten.

Begrebet livslang læring rummer signalet om, at læring skal ske hele livet. Hvis læring betragtes som vist illustrativt her, giver det for mig god mening at anvende et didaktisk design som tænkt i KvaliCare, netop fordi der er fokus på, at læring er en varig og dynamisk proces, der skal faciliteres løbende således, at medarbejdernes livslange læring understøttes.

Det karakteristiske ved KvaliCare Sårkoncept er fokus på at fastholde vidensniveauet, ikke blot at skabe ny viden. Med andre ord bidrager de fund der er gjort med arbejdet omkring KvaliCare Sårkoncept, til en måde at anskue livslang læring på. Samlet set er jeg enig med udvikleren af KvaliCare Sårkoncept i, at dette didaktiske design udgør *Brikken i puslespillet*, når der skal ske læring i store personalegrupper og man ønsker at fastholde vidensniveauet.

LITTERATURLISTE

Agertoft A., Bjørnshave I. (2003) *Deltager i netbaseret læring – en guide til samarbejde*. (1. udgave, 1. oplag) Billesø & Baltzer.

Andersen I. (2008), *Den skinbarlige virkelighed – vidensproduktion indenfor samfundsvidenskaberne*. Forlaget Samfundslitteratur.

Bottrup P. og Jørgensen C. H. (2004) *Læring i et spændingsfelt – mellem uddannelse og arbejde* p. 53-74. Roskilde Universitetsforlag – Learning Lab Denmark.

Dolin, J. (2001). *Konstruktivismen - enhed og mangfoldighed*. Hentet 29.3.2009 fra undervisningsministeriets online publikationer: <http://pub.uvm.dk/2001/fysik/10.htm>

Hermansen M. (2005). *Læringens univers*. (5. Udgave) Forlaget Klim.

Hiim H., Hippe E., (2007), *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling – en studiebog i didaktik*. Gyldendals lærerbibliotek.

Jank W., Meyer H. (2006), *Didaktiske modeller – Grundbog i didaktik*. Gyldendals Lærerbibliotek.

Kvale S. (2008). *Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag.

KvaliCare (2009) – *mere end et plaster på såret*, hentet den 14.2.2009 på <http://www.kvalicare.dk/Index.aspx?SectionId=827>

Ministeriet for videnskab, teknologi og udvikling (2007). *National strategi for IKT-støttet læring*. Hentet 14.2.2009 fra <http://www.itst.dk/e-laering-og-it-faerdigheder/publikationer/national-strategi-for-ikt-stottet-lering/national-strategi-for-ikt-stottet-lering>

Rønholt T., (2001). *Uddannelse og læring på arbejdspladsen*. Undervisningsministeriets hjemmeside <http://pub.uvm.dk/2002/uddannelse/22.html> hentet den 1.3.2009.

Sharp, Rogers, Prece (2007) *Interactiondesign – beyond human-computer interaction*, 2nd Edition. John Wiley & Sons, Ltd.

Säljö R., (2000). *Læring i praksis – er sociokulturelt perspektiv*. Hans Reitzels Forlag.

Teknologiske Institut (2005). *Analyse af danskernes IKT færdigheder*. Hentet den 3.5.2009 på <http://www.itst.dk/statistik/IT%20og%20Telestatistik/andre-publikationer/analyse-af-danskernes-ikt-ferdigheder-1/Analyse%20af%20Danskernes%20IKT%20ferdigheder.pdf>

Teknologisk Institut. (2007). *Ændringer i kompetencekravene til målgruppen FBK 2692 - Omsorg, sygepleje og pædagogisk arbejde*. Hentet 15.3.2009 på: [http://www.epos-amu.dk/media\(675,1030\)/%C3%86ndringer_i_kompetencekravene_til_m%C3%A5lgrupperne_i_FBK_2692.pdf](http://www.epos-amu.dk/media(675,1030)/%C3%86ndringer_i_kompetencekravene_til_m%C3%A5lgrupperne_i_FBK_2692.pdf)

Wahlgren B., Høyrup S., Pedersen K., Ratleff P. (2002) *Refleksion og læring – Kompetenceudvikling i arbejdslivet*. Forlaget Samfundslitteratur.

Aarkrog V.(2008) *Det hjælper ikke at være i værkstedet når man skal lære areal og rumfang*. *Cursiv* nr. 3 s- 129 – 142. Hentet den 5.4.09 på <http://www.dpu.dk/Everest/Publications/om%20dpu%5Cinstitutter%5Cinstitut%20for%20didaktik%5Ckursiv/20090401175912/CurrentVersion/Cursiv%203W.pdf?RequestRepaired=true>

Bilag 1 og 2

Såranalyser fra 2 kommuner – lægges ikke i projektdatabasen, men er afleveret i papirformat til eksaminator og censor.

Bilag 3:

KvaliCare Sårkoncept

Evaluering – X-købing kommune/opgørelse 3.7.2008

Spørgsmål til [plejegruppens medlemmer](#) (rundspørge på gruppemøde).

Hvor mange gruppemedlemmer er med til at besvare spørgsmålene :	5 SSA
(skriv antal)	34 SSH
	0 Sygeplejersker
Plejepersonale i alt	39

Hvor mange synes, at undervisningsprogrammerne har været gode og lærerige:

Ja : 32

Nej : 4

Ved ikke : 3

Hvor mange synes, at det er en spændende måde at sikre vigtig fælles viden på ?

Ja: 28

Nej: 5

Ved ikke: 6

1 gruppe på 8 SSH ville dog hellere have undervisning via tavle/overhead alle sammen på en gang

Hvor mange synes, at indholdet generelt har været på et passende fagligt niveau ?

Ja: 34 SSH

Nej: 5 SSA

Ved ikke:

Ubesvaret : 1

Hvor mange synes, at det har været nemt at finde rundt i systemet, når man lige havde lært det ?

Ja 23

Nej 16 (i 2 grupper syntes det var svært at se, hvor man var nået til)

Ved ikke

Hvor mange synes, at det var let at få hjælp, hvis man havde problemer ?

Ja 23

Nej 15 (i samme gruppe)

Ved ikke

Hvor mange synes, at den hjælp man får ved KvaliCare er en god hjælp ? **De 15 i samme gruppe, som syntes, at det var svært at få hjælp v. problemer havde ikke kontaktet KvaliCare.**

Hvor mange synes, at det er spændende/inspirerende at kunne teste sin viden ved hjælp af test i programmerne ?

Ja 39

Nej

Ved ikke

Hvor mange synes, at tidsforbruget til at gennemse programmerne har været tilpas ?

Ja 39

Nej

Ved ikke

Bilag 4

KvaliCare Sårkoncept

Evaluering – Y-købing kommune/opgørelse 16.6.08

Spørgsmål til [plejegruppens medlemmer](#) (rundspørge på gruppemøde).

Hvor mange gruppe-medlemmer er med til at besvare spørgsmålene :	21 SSA
(skriv antal)	103 SSH
	1 Sygeplejersker
Plejepersonale i alt	125

Hvor mange synes, at undervisningsprogrammerne har været gode og lærerige:

Ja : 115

Nej : 0

Ved ikke : 10

Hvor mange synes, at det er en spændende måde at sikre vigtig fælles viden på ?

Ja: 114

Nej: 2

Ved ikke: 9

Hvor mange synes, at indholdet generelt har været på et passende fagligt niveau ?

Ja: 114

Nej: 2

Ved ikke: 9

Hvor mange synes, at det har været nemt at finde rundt i systemet, når man lige havde lært det ?

Ja 102

Side 73

Nej 14

Ved ikke 7

Hvor mange synes, at det var let at få hjælp, hvis man havde problemer ?

Ja 97

Nej 4

Ved ikke

Hvor mange synes, at den hjælp man får ved KvaliCare er en god hjælp ? **Uklare besvarelser formodentlig på grund af formulering af spørgsmålet. Opgørelsen udgår.**

Hvor mange synes, at det er spændende/inspirerende at kunne teste sin viden ved hjælp af test i programmerne ?

Ja 116

Nej 1

Ved ikke 8

Hvor mange synes, at tidsforbruget til at gennemse programmerne har været tilpas ?

Ja 105

Nej 13

Ved ikke 7

Andre kommentarer:

1. "Ville gerne mere præcist kunne se hvad fejl man har i testen"
2. "Oplevet tekniske problemer – man blev smidt af systemet "
3. "Bøvl med computer. Ikke computere nok"

Bilag 5

Beskrivelse af KvaliCare Sårkoncept:

I dette afsnit beskrives KvaliCare Sårkoncept. Afsnittet har til hensigt illustrere for læseren, hvad konceptet rummer, således at det er muligt at danne sig et overblik. Data til dette afsnit er hentet delvist fra hjemmesiden <http://www.kvalicare.dk/Information/Info.aspx?SectionId=864> , delvist fra en mail jeg har modtaget fra ophavskvinden til KvaliCare Sårkoncept.

KvaliCare Sårkoncept har til hensigt at forebygge sår og sikre bedre sårbehandling hos borgere i kommunerne.

KvaliCare Sårkonceptets tilblivelse:

Ideen til KvaliCare Sårkoncept blev til i 1999, efter at en sygeplejerske, der var ansat i en kommune havde været på efteruddannelse i sårbehandling.

Efter endt uddannelse gik hun i gang med at formidle sin viden om sårbehandling på traditionel vis i kommunen, men fandt hurtigt ud af at hun ikke kunne nå alt personale med den metode.

Hun "begyndte at deltage i kurser og kongresser i ind og udland, hvor specialisterne rev sig i håret og ikke forstod, hvorfor deres forskningsbaserede viden ikke forbedrede virkeligheden for borgerne". Hun indså undervejs, at det der manglede var at få implementeret og fastholdt viden.

Derfor begyndte hun at lave PowerPoint-præsentation og planlægge at disse skulle gennemses i plejegrupperne. Hun fandt ud af at det var helt nødvendigt at hun præciserede hvem der skulle vide hvad i grupperne og der blev derfor udviklet PowerPoint-præsentation på 2 niveauer, en for sygeplejersker/SSA'ere og en for SSH'erne. Sårsygeplejersken lagde vægt på at tage meget hensyn til hverdagen for personalet, der befandt sig i en travl hverdag, med mange afbrydelser. Derfor valgte hun at lave en "slags "pixibog" som var let at gå til og som skar ind til benet og viste "nødvendig basisviden".

Hun indledte et samarbejde med relevante ressourcepersoner bl.a. en læge fra Videnscenter for sårheling. De diasshows, som der blev udviklet, blev stadigt mere professionelle. Således var alt indhold udelukkende evidensbaseret viden det blev verificeret af sårspecialister og indholdet blev tilpasset den enkelte kommune eller sygehus.

Efterhånden indså sygeplejersken at e-læringsprogrammer, hvor der blev suppleret med lyd måtte være vejen frem. Disse e-læringsressourcer blev internetbaserede og dermed enklere at opdatere, end diasshows på kommunernes egne netværk.

KvaliCare Sårkoncept har rent organisatorisk skiftet rammer et par gange, idet det først hørte til i en kommune, så i regi af Sårprojekt Vestsjælland ApS, dernæst i Zealand Care og aktuelt har de to sårsygeplejersker, der arbejder med KvaliCare Sårkoncept, købt rettigheden til konceptet.

KvaliCare Sårkoncept er som dette afsnit antyder udviklet over tid via erfaringer og fokus har især koncentreret sig om at sikre det faglige og evidensbaserede indhold og på hvordan implementering og fastholdelse af viden sker.

Hvad er KvaliCare Sårkoncept i dag:

Konceptet består af :

4. Analyse af sår der er under behandling i kommunen

Såranalysen gennemføres på baggrund af data fra sygeplejersker i grupperne der udfylder et registreringskema pr. borger med sår, hvor såvel forekomsten af sår og tidsforbrug registreres i en udvalgt kalenderuge. Vejledning gives og registreringskemaer udleveres til nøglepersonerne for sårområdet i grupperne inden måleperioden, som sikrer at sygeplejerskerne får udfyldt skemaerne. Analysen af sårene i kommunen eller på sygehuset danner grundlag for sammenligning af forekomsten af sår fra år til år, således at kommunen kan effektmåle. Effektmålingen sker på såvel forekomsten af sår hos borgerne (herunder type af sår), samt personalemæssige ressourcer (der vedlægges såranalysen fra 2 forskellige kommuner). Analysesresultaterne muliggør strategisk tilgang til dokumenterede problemområder.

5. Organisering og projektledelse

Denne del sikrer en hensigtsmæssig implementering af konceptet. Der fokuseres på at en person fra kommunen trænes i hvordan nye indholdsområder implementeres, således at kommunen gradvist kan overtage organiseringen og projektledelsen. Endvidere organiseres implementeringen via kontaktpersoner der er udpeget i grupperne. Erfaringen viser at kontaktpersonerne med fordel kan være de medarbejdere der har ansvar for at planlægge arbejdsopgaverne i grupperne. I organiseringen og projektledelsen ligger der endvidere faste møderækker mellem KvaliCares personale og kommunens kontaktpersoner. Møderækkerne er fastsat i god tid og dagsordenen er altid kendt på forhånd, når nyt indholdsområde skal implementeres, herunder opstartsmøder, midtvejsmøder og evalueringsmøder.

6. E-læring

E-læringsprogrammerne tilgås via internettet og publiceres via et Learning Management System (LMS). KvaliCare rummer e-læringsprogrammer på to niveauer, et til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og et andet til social- og sundhedshjælpere. Denne opgave fokuserer på hjælpergruppen, og vil derfor fokusere på indholdsområdet tidlig opsporing og forebyggelse af sår. For sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fokuseres der endvidere på behandling:

Aktuelt rummer KvaliCare 3 indholdsområder:

- Tryksår
- Diabetiske fodsår
- Bensår

Den enkelte bruger præsenteres udelukkende for det niveau som er relevant, således præsenteres SSH'ere udelukkende for de dele af programmerne som er relevante for dem. KvaliCare Sårkoncept fordrer at alle medarbejderne en gang årligt tager den endelige test, og de mindes om deadline for testen på forsiden, når de logger sig på.

Inden brugeren logger sig på e-læringsprogrammet gives der instrukser om hvordan brugeren skal forholde sig, idet der skrives:

” Det årlige gennemsyn af program om BENSÅR er nu i gang. Hvis du føler, at din viden om BENSår er helt i top, kan du starte med at tage testen og nøjes med at se de afsnit, som du henvises til, hvis du svarer forkert. Hvis du ikke har set programmet før, skal du se det fra start til slut.”

og

”Gennemsyn skal foregå i perioden indtil 1.04.09, men programmet er altid til rådighed ligesom programmerne om DIABETISKE FODSÅR og TRYKSÅR. Du kan f.eks. bruge det som et hjælpemiddel, når du skal vejlede elever eller studerende. Alle nyansatte skal se det som et led i introduktionen.”

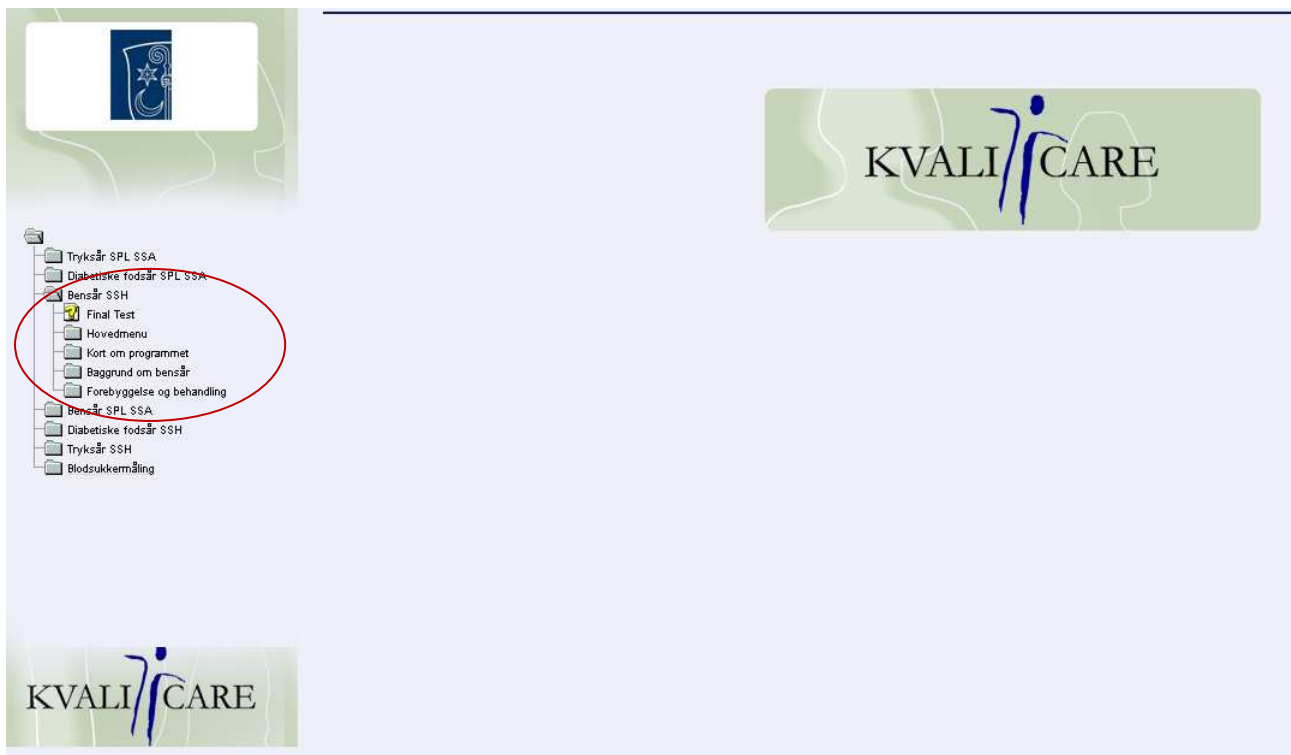
Forsiden indeholder endvidere instruktion om hvem der kan kontaktes, såfremt der opstår tekniske problemer undervejs.

Budskabet er at den enkelte bruger kan tilgå e-læringsprogrammet selektivt alt afhængig af behov og der gives konkrete anvisninger om at anvende en fremgangsmåde der sætter fokus på de

”svage” punkter i brugerens viden eller som hjælpemiddel i elevvejledningen. Der er angives deadline for gennemsyn af programmet om bensår.

Gennemgang af indholdselementerne

Når brugeren er logget på ses siden herunder. I skærbilledet herunder er indholdsområdet ”bensår SSH” valgt og undermenuerne under denne vises (markeret med rød cirkel).

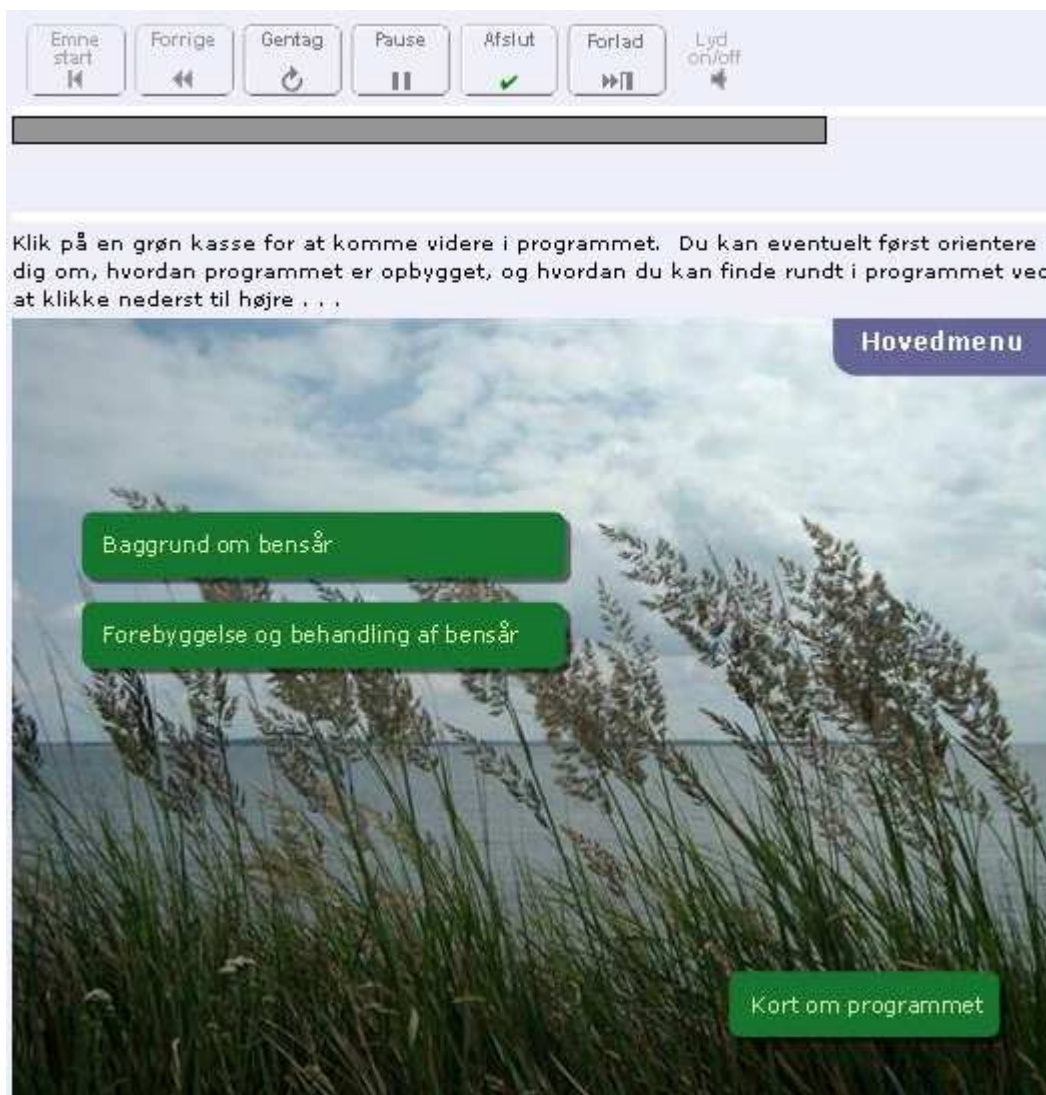


Figur 11 - startside på KvaliCare e-læring.

Der er som undermenuer til ”bensår SSH”

- ”final test”
- ”hovedmenu”
- ”kort om programmet”
- ”baggrund for bensår”
- forebyggelse og behandling”

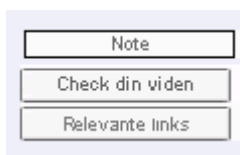
På hovedmenuens første side bydes brugeren velkommen og herunder vises 2. side i hovedmenuen, hvor sidemenuens muligheder gentages. Dette vises på skærbilledet herunder.



Figur 12 - hovedmenuens 2. side

Her bliver brugeren hjulpet til rette ift. hvilke mulige indholdsområder der er.

På alle sider giver programmet mulighed for skrive "note", "chek din viden" og brugeren kan søge mere viden via "relevante links".



Noten giver brugeren mulighed for at tage notater undervejs i programmet, som et huskeredskab for brugeren. "Chek din viden" giver brugeren mulighed for at gennemføre delelementer af den endelige test, mens et enkelt emne gennemgås. De relevante link der henvises til er f.eks.

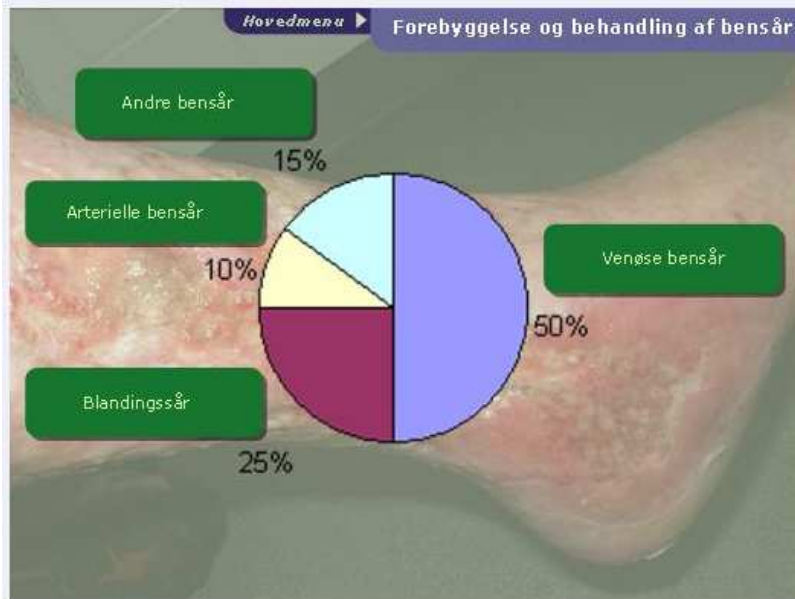
www.sundhedsguiden.dk

Herunder ses 2 eksempler på indhold. For alle indholdssider gælder det at der både præsenteres indhold via tekst og speak, således bliver al tekst læst op.



Figur 13 - eksempel på skærmbillede fra "baggrund om bensår"

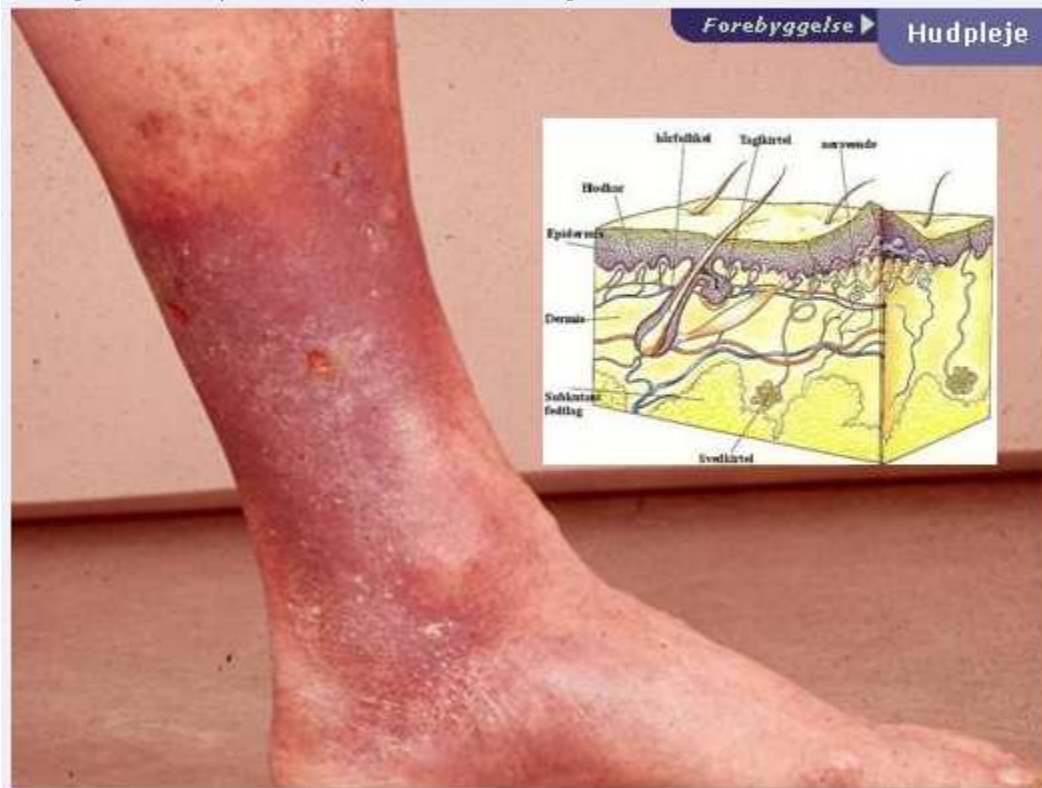
Programmet vægter venøse bensår og blandingsår højest, da det er de hyppigste bensår, men du får også viden om andre typer af bensår . . .



Figur 14 - eksempel på skærbillede fra "forebyggelse og behandling af bensår"

Der anvendes grafiske fremstillinger som supplement til fotos. Det anvendes hvor det f.eks. synes relevant at illustrere anatomen omkring huden. Eksempel som vist herunder.

De fleste mennesker, som du skal hjælpe med hudpleje, er ældre mennesker, som har tør hud. Når huden er tør, kan den let blive irriteret og klø. Målet er at holde huden fugtig og smidig. Der kan opstå eksem på hud, der er meget tør, overfølsom, eller ved hævelse . . .



Figur 15 - eksempel på grafisk illustration

Disse viste typer af design gentages på de øvrige slides. Når al læringsmaterialet er gennemgået er det meningen at brugeren skal gennemføre den endelige test

Gennemgang af testen.

Konceptet fordrer at alle gennemfører en test en gang årligt. Herunder ses præsentationsbilledet på den endelige test. Skærbilledet introducerer brugeren til hvad der nu skal ske og giver brugeren en mulighed for at navigere udenom testen og vende tilbage senere.

Velkommen til Final Test

Du vil blive introduceret til en række spørgsmål som tilhører dette kursus.

Programmet udregner på basis af dine svar en score - og sammenligner din score med de krav, der findes for korrekt gennemførelse af Final Test for det pgl. kursus.

Hvis du ikke føler, at du er parat til at gennemgå testen, skal du i stedet arbejde mere med indholdet i kurset.

Du kan ikke forlade eller begynde testen igen, når du først er begyndt. Hvis du vælger at forlade testen før besvarelsen af sidste spørgsmål, vil din score kun blive beregnet på basis af de spørgsmål, som du har svaret på.

Jeg vil forlade Final Test og vende tilbage senere ...

Jeg er klar til Final Test og vil gerne have det første spørgsmål

Figur 16 - startbillede på sluttesten

Første spørgsmål i den endelige test vises herunder. Hele testen er bygget op som en multiple choice, hvor der er 3 svarmuligheder, hvoraf en af dem er den korrekte og 2 er forkerte. Det svar brugeren mener, er korrekt markeres og det næste spørgsmål stilles.



Emne	Baggrund om bensår
Spørgsmål	Du opdager dette sår på benet hos en borger. Hvad gør du ?
<input type="radio"/>	Sætter en forbindelse på og lægger en støtteforbinding
<input type="radio"/>	Taler med borgeren og sygeplejersken om at få en tid hos lægen, så årsagen til såret kan klarlægges
<input type="radio"/>	Renser såret med vand og sæbe, sætter en forbindelse på og ser til det dagligt
<input type="button" value="OK"/>	

Figur 17 - eksempel på spørgsmål

Når brugeren er helt færdig med testen, præsenteres resultatet og programmet åbner mulighed for at vende tilbage til læringsindholdet omkring de spørgsmål der er svaret forkert på. Dette er vist i skærbilledet herunder.

Resultat af afsluttende test til kurset: "Bensår SSH"



Tillykke, du har bestået testen!

Herunder kan du se din score i testen og sammenligne med minimumskrav for at bestå og den maksimalt mulige score. Vil du have mere at vide om resultatet af din test, kan du klikke på 'Information'.

Fortsæt med et nyt kursus eller afvent udspil fra din undervisningsansvarlige.

	Max. score	Min. krav (%)	Din score	
Afsluttende test	15	90	14	Mere Information

Figur 18 - resultat af testen

Denne test er bestået og det vises via en glade smiley.

Hvis brugeren ikke er bestået vises resultatet således

Resultat af afsluttende test til kurset: "Bensår SSH"

Desværre, du har IKKE bestået testen!

Herunder kan du se din score i testen og sammenligne med minimumskrav for at bestå og den maksimalt mulige score.

Læs mere detaljeret om resultatet af din test, ved at klikke på 'Information'.

Du bør herefter gennemgå kursets indhold nøjere dér hvor dine svar var forkerte, og afvente udspil fra din uddannelsesansvarlige, som skal give dig mulighed for at gennemgå en ny afsluttende test.

	Max. score	Min. krav (%)	Din score	
Afsluttende test	15	90	0	Mere Information

Herunder har jeg klikket på "mere information" og nedenstående billede vises med overskriften "her gik det galt!". I dette tilfælde er der svaret forkert på et spørgsmål omkring vask af kompressionsbandager. Ved klik på "vask af kompressionsbandager" føres brugeren til det sted i e-læringsprogrammet, hvor dette emne gennemgås. Hvis der er svaret forkert på flere spørgsmål vises disse indholdsområder ligeledes.

Mere information om resultat af test til kurset: "Bensår SSH"

Her gik det galt!

De forkerte svar du havde i din afsluttende test relaterer sig til modulet i listen herunder.

Modulnavn	Kommentar
-----------	-----------

[Vask af kompressionsbandager](#)

Figur 19 - mere information efter testen.

Bilag 6:

Transcribering af interviews med social- og sundhedshjælpere den 26.3.09:

(transcriberingen er gjort ud fra hvilke passager der skønnes at være oplysende ift. opgaven. Der er enkelte passager hvor interview-lyden er svær at høre, men transcriberingen er foretaget hurtigt efter interviewet blev gennemført og derfor er transcriberingen understøttet af min hukommelse af hvad der blev sagt.)

Interviewperson 1 (udekørende):

00:00-00.40

Når du bruger kc, hvordan gør du så?

Jeg har haft gjort det hjemmefra, fordi der er mere fred og ro til at sidde med det om aftenen når ungerne er kommet i seng, så man har tiden til det...fordi når man sidder herinde, så farer folk ud og ind af dørene og man har også selv nogen man skal besøge...så kan man ikke samle sig ordentligt om det.

01:38

Hvordan synes du KC hjælper dig når du skal lære noget?

Jeg synes det er ret godt fordi der både er billeder og tekst på...så det er nemmer...altså vi ser det jo også nogen gange ude i hjemmene. Det er nemmere og sætte sig ind i det og forstå det, når du har et billede af hvordan det ser ud.

03:27

Det er godt at få det genopfrisket det ind imellem, for det bliver sådan lidt vane eller hverdag, man kører bare derudad....altså, selvfølgelig ser man hvis der er noget, men lige når man har været igennem det er man ekstremt opmærksom, fordi det sidder så frisk i hukommelsen.

05:30

Når jeg lige har været inde og kigge det igennem, altså KvaliCare, så kan jeg godt tage mig selv i at være endnu mere opmærksom måske kigge rigtigt godt efter når jeg f.eks. giver støttestrømper på, altså mellem tæerne for at se om der er noget, altså tryk eller sådan noget. Når der så er gået noget tid så er jeg knap så ihærdig. Ikke fordi hvis der er noget på storetåen så ser man det, men man er måske ikke lige så flittig til at få kigget imellem alle tæerne....så det er det jeg mener, man gør som man plejer at gøre.

Opsummering af Tina:

Så der bliver sådan lidt af en vane af det ting du har fået viden om, men man bliver knap så ihærdig undervejs.

08:00

Kunne du forestille dig at få viden om andre områder på computeren, altså ernæring, forflytninger?

Altså forflytninger, det kommer vi jo på kursus i ind imellem. Der står vi med det i hænderne, hvor vi flytter rundt på hinanden, også i liften. Det er nemmere også at huske det, når man selv står med det og der står en ved siden af og siger "det der er ikke helt rigtigt, du skal gøre sådan"...men med ernæringen, det tror jeg vil være en god ide.

09.00

Man kommer jo ud hos mange forskellige, og du får prøvet tingene af fysisk så du står med det i hænderne og er nød til at handle på det. På skolen står der er lærer og fortæller og man arbejder måske med en case...jeg er nok mere til det praktiske.

Side 88

09:37:

Gør det noget ved den måde du lærer på at du er nød til at handle på det?

Ja, det sidder bedre fast, når man får lov at stå med det og opleve det.

Interviewperson 2 (udekørende):

Smalltalk.....

00:00

Hvordan bruger du KC?

Jeg har kun brugt det en gang hvor vi skulle ind og se det der med sår. Jeg gjorde det faktisk derhjemme, for der er ro og fred til det.

01:25

Når nu du har brugt KC denne ene gang oplever du så at du ændrer dine handlinger ude hos borgerne?

Nej, faktisk ikke, jeg vidste de i forvejen, jeg har jo været her i 19 år og så meget nyt sker der altså heller ikke, men man kan hele tiden lære noget nyt, og det er OK at få det opsummeret og det er en god måde. Der bliver fortalt til billederne og samtidig med at man også kan læse. Du er nød til at være på for du ved at der kom de der spørgsmål bagefter, så man skulle være 100% koncentreret.

Side 89

02:52

Så det er vigtigt for dig at blive testes bagefter?

Jeg ved ikke om det er vigtigt, men jeg følger mere med, jeg er mere på.....(griner).

Nogen gange er der nogen der siger at de lærer bedst når de sidder to og to, hvordan er det for dig?

Ja, så kunne man jo sidde og snakke om det undervejs...især hvis vi har den samme borger, så vi kan blive enige om hvordan vi skal gøre hos borgeren.

04:33

Jeg har hørt at I får lagt tid på kørelisten til at gennemse KvaliCare?

Nej, jeg har ikke tid til at se KvaliCare, altså vi læser om borgere i journalerne, men der er ikke tid til KvaliCare...så – altså der er en computer til 25 mennesker, så fik vi koden så vi kan sidde hjemmefra. Også fordi når man sidder her så er der en radio der kalder og du skal køre midt i det hele, når vi så får koden, så vi kan gå ind derhjemmefra, så kan man tage hele seancen på en gang i fred og ro og så fik man afspadsering for det.

06:13

Er det vigtigt at I skal gennemse KC en gang om året?

Jeg synes det skal være efter behov, nogen har brug for at se det en gang om måneden og andre sjældnere....det er jo lidt i perioder alt efter hvilke borgere man har....altså hvor tunge borgerne er.

09:40

Kunne du forestille dig at bruge computeren til at lære om andet end sår?

Det kommer an på hvad det er. Vi har f.eks. lige været på kursus i demens og det kan vi ikke lære på computer.

Hvad adskiller sårpleje og demens?

Demens er så stort, altså de gængse ting kunne man måske godt sidde og læse, men igen har man mange spørgsmål og dem kan man jo ikke komme af med til computeren. På kurset har man mulighed for at snakke med underviseren om det. Jeg har lige været på et kursus med alkohol og stofmisbrugere, og der er det da også meget rart at kunne høre de andre om hvordan de gør. Der sad bl.a. socialpædagoger og de ser jo tingene på en helt anden måde end hvordan vi gør...der lærer man jo meget mere når man er på sådan et kursus med forskellige faggrupper om man hører hvordan de tackler de problemer.

Så det der med at snakke sammen er vigtigt?

Ja, og det mangler jo i KvaliCare.

Hvis du så har noget du skal spørge om, hvad gør du så?

Ja, så kan man tage kontakt til den daglige sygeplejerske eller sårsygeplejersken.

Interviewperson 3 (udekørende, etnisk dansker):

Hvordan foregik det da du skulle se KvaliCare?

Jeg gør det derhjemme, fordi det er nemmere for mig at høre og læse det...fordi jeg kan ikke svare så hurtigt. Så kan jeg gentage det ...for de snakker hurtigt for mig, derfor kan jeg gentage det. Derhjemme kan jeg tage det i mit eget tempo..selvfølgelig for danskerne der kender alle ordene i deres eget sprog, de kan godt gøre det hurtigt, men heroppe skal vi arbejde, så jeg gør det hjemme.

04:15

Min mening er at jeg lærer det bedst i praktik...sådan tror jeg mange har det. Vi kan godt læse det og huske det, men vi skal i praktisk så vi kan se og mærke det, hvordan det er.

Interviewperson 4 (udekørende):

Hvordan bruger du Kvalicare, sidder du alene, sammen med andre, som opslag?

Jeg har mest ud af at gøre de derhjemme, for så kan jeg koncentrere mig, det kan jeg ikke hvis jeg sidder her. Så kan jeg uddybe det bedre end hvis jeg skal sidde og skynde mig...fordi jeg har det sådan at jeg har lidt ordblindhed, så jeg nogen gange skal læse tingene mere end en gang for at forstå hvad der står, så vil jeg hellere sidde hjemme, så det tager lidt længere tid end hvis jeg har en ½ time til at gøre det...det kan jeg ikke, og så bestemmer jeg selv hvor lang tid jeg er om det derhjemme. Så kan man også gå tilbage og genopfriske det...og det gør jeg også ind imellem.

Hvor tit tror du at de ser KC?

Sådan hver 2 måned.

03.07

Hvordan synes du skoleundervisning som da du gik på sosu-skolen og sådan noget som QualiCare adskiller sig fra hinanden?

På skolen sidder du jo selv og laver notaterne + du har bogen at læse i. Men jeg kan bedre når jeg kan se det og læse det og gøre det flere gange. Jeg var glad for sosu-uddannelsen for da jeg var gammeldags hjemmehjælper... da man så gik på skolen fik man noget viden om hvad man gik og gjorde og fik sat ord på.

Kan du sige hvad der gør forskellen?

I kvalicare er billeder med....så husker man det bedre når man også har set det end hvis man bare får det at vide. Og så kan de jo se...eller så kan man selv se om man har forstået det til sidst i testen ellers må man jo starte forfra.

06:05

Kunne du forestille dig at bruge computeren til andre emner også?

Altså for mit vedkommen har jeg det godt når der også er billeder på og ikke kun ord....jeg ahr det bedst hvis jeg kan arbejde med det. Jeg får det jo både i lyd og tekst og så får jeg det læst bedre. Jeg tror ikke der er ret mange der er klar over at jeg har lidt ordblindhed, så derfor er jeg virkelig glad for det her.

08:30

Jeg synes vi er gode til at hjælpe hinanden med "har du lagt mærke til det og det"...og så snakker man om det og måske også med sygeplejersken. Vi er gode til at hjælpe hinanden.

09:04

Jeg vil bare sige at de der ikke kender til det der KvaliCare.... de skulle prøve det, jeg er virkelig glad for det...også fordi du kan gå tilbage og genopfriske det hvis du er i tvivl om noget.

Interviewperson 5 (indegående)

Hvordan bruger du KC?

Jeg har gjort det derhjemme, for at få fred til det. Når jeg skal arbejde med sådan noget, så kan det ikke hjælpe noget der er kollegaer eller en klokke der ringer.

Hvor tit bruger du det?

En gang, da vi fik at vide at vi skulle gøre det.

Er i blevet introduceret til hvordan I skulle gøre?

Nej, vi fik jo en kode og så fortæller den mig jo hvad jeg skal gøre. Der var en gang hvor, da jeg tog testen, at jeg opdagede at der var noget jeg ikke havde fået set (var i tvivl om navigationen).

Men testen viste mig hvor jeg skulle tilbage til for at finde svar på det der ikke var svaret rigtigt på. Der skulle være bare en at trykke på.

03.17

Kunne det du lærer på KC lige så godt være en bog?

Nej, jeg synes det er spændende at få det på den måde. Jeg tænkte at nu ville jeg sætte mig og slappe af og lytte til hvad han siger, for det har jeg aldrig prøvet før, jeg plejer altid at læse...og man kan jo lige trykke en gang og så få det igen hvis man ikke lige fik det hele med.

04.00

Har KC ændret din måde at handle på?

Side 94

Nej, det synes jeg ikke. Her i huset går vi altid til en assistent og så har vi snakket. Der var nogen ting i KC, ikke lige med sårpleje, det var med kompressionsbind og støttestrømper, der lærte jeg noget af KC.

Hvad lærte du der?

Det var måde vi tog dem på....hvor vigtigt det var med at bruge handsker....men der var nogen ting..og det skulle jeg lige snakke med en assistent om...hvorfor gør vi egentligt sådan. Altså jeg har snakket med assistenterne om det, da jeg tog KvaliCare-programmet.

Nu når du har snakket med assistenten efterfølgende, var det så fordi der var noget du havde brug for at spørge hende om?

Ja, jeg havde lige nogen spørgsmål...om jeg gjorde nogen ting forkert. Hvorfor fortalte programmet at man skulle bruge gummihandsker, vi har altid brugt alm. handsker.

06:00

Ville det have været anderledes for dig, hvis I havde siddet to og to og set KvaliCare programmet?

Nej, der skal bare være ro. Hvis der så er noget jeg skal snakke med nogen om, så skriver jeg det ned og snakker med assistenten bagefter.

07:19

Kunne du forestille dig at der ville være andre områder, hvor du ville kunne lære noget fra vha. computerne?

Ja, jeg kunne godt tænke mig at det måske var ved f.eks. løfteteknik. Jeg kunne godt tænke mig at de måske var som en film, hvor vi får vist hvordan man skal gøre med nogen borgere f.eks.

Side 95

længere op i sengen. Det vil være rart at kunne se det med øjnene i stedet for at man bare får det at vide. Jeg lærer det ved at se hvordan man skal gøre.

09:00

Der er nogen der mener det er vigtigt at man får genopfrisket viden ind imellem....

Det tror jeg også...nu har jeg fået lov til at blive vejleder og det gør at jeg lige skal hjem og læse op...det kan jo ikke nytte at jeg ikke kan huske teoribogen, når jeg skal have elever. Det er vigtigt at alle de dårlige vaner vi får, at vi lige kommer ind i KC igen og får det genopfrisket.

Opsummering:

Er det vigtigt at der er ro når det gennemses og at man bagefter kan snakke med en assistent om det, så man lige kan få vendt det man tvivler om med borgerne.

Jeg har det bedre ved at se det, for så husker jeg det....så kan jeg bedre sætte ord på hvad jeg har set.

13:27

Enten skal du gå med mig over, så jeg kan se hvordan du gør eller også skal jeg have, så jeg kan...så når jeg går over til en borger kan se inde i mit hoved, nåhhh... men det var sådan. Det har jeg meget nemmere ved, end hvis jeg får en masse oplysninger, som jeg først skal hen og rode med og så selv føle mig frem.

Bilag 7:

Interview med Rie Nygaard (udvikler af KvaliCare Sårkoncept) den 12.3.2009.

Interviewlyd optages med programmet Camtasia.

Fortæl hvordan det er I tænker implementering ift. hjælpergruppen?

Vi organiserer det, så en kontaktperson (herefter kaldet KP) inviteres fra hver plejegruppe til kick-off. møde. KP er udpeget af leder og grupperne – behøver ikke at være en med sårviden, men en med planlægningsopgaven. Det sikrer, at de lægger tid i kørelisterne ift. at der skal ske gennemsyn af e-læring. Vigtigt at planlæggerne har blik for, at det her skal planlægges på lige fod med, når medarbejderne skal på kursus.

Der kommer mødeindkaldelse, hvor ledelsen også er medunderskriver, det er vigtigt med lokal pondus.

Vi sender en forhåndsorientering ud, så de kan se hvad de kan forvente sig. Min kæphest, intet må fylde mere end en A4-side ellers bliver det ikke læst.

4:30

KP kommer til første møde. KvaliCare sårkoncept (herefter kaldet KC) præsenteres, hvad er det for noget, hvad er tanker bag og så noget. **Viden skal ud i hænderne på folk og forskningsbaseret viden har det med at hobe sig op de steder hvor der sidder lærte folk. Hvis det skal gøre nogen nytte skal det ud i hænderne på folk, når hjælperne har fru. Hansen i bad skal de vide hvordan faresignalerne er ift. udvikling af diabetiske fodsår, hvis vi skal gøre os håb om at forebygge alle de her amputationer hos diabetikere. Vi skal simpelthen ha' fat der hvor der ikke er kommet hul på huden endnu og der hvor hjælperen er og hvor sygeplejersken jo slet ikke kommer.**

KP får en ret god fornemmelse for at de faktisk er omdrejningspunktet i det her projekt, deres indsats er guld værd og livsvigtig for projektet.

Så gennemgår vi årsplanen. Det kan godt være at vi springer et kick-off møde over, når vi kommer hen over det første år, alt afhængig af hvad der rør sig i kommunen. Det skal ikke komme til at hænge dem ud af halsen, så det tilpasses så det passer med kommunen.

6.00

Grupperne må ikke blive for store, for så har vi ikke fat i dem. Det er en god ide hvis vi har PC'er tilstede i rummet hvor kick-off mødet holdes, nogen steder kan det lade sig gøre at de sidder et par stykker om en computer, så de får hænderne på det.

Hvor små er grupperne?

Max 20 mennesker

Opfordrer I til at de sidder et par stykker om en PC'er?

Ja, egentligt, fordi når de kommer hjem i grupperne, så er det meget forskelligt hvilke IT-kompetencer de har. Det har vi i øvrigt på forhånd orienteret os lidt om. Hvor mange PC'er er der, hvad er viden om PC'er – ja, det forhører vi os sådan lidt om pr. mail. Det er ofte sådan, at der findes nogen ældre hjemmehjælpere i grupperne, som er IT-forskrækkede. Der har vi tit opfordret til at hvis der er nogen lidt yngre i gruppen, så kan hun være med til at hjælpe de lidt ældre. Det plejer egentligt også at sætte de yngre SSH'ere lidt på landkortet, hvor de måske kan have lidt svært ved at slå igennem overfor de ældre og erfarne – giver egentligt et meget godt spil i grupperne, har jeg indtryk af.

8.12.

Du nævnte at I tilpasser e-læringen til kommunens behov?

Det er planlægningen af kick-off møderne der vi tilpasser. F.eks. på Langeland sendte vi tavleopslag, afkrydsningslister mm. og så ville de faktisk gerne stå for det selv. Vi gjorde det også ifm. konflikten sidste år, hvor de jo fint kunne sætte gennemsynet i gang selv, men sygeplejerskerne strejkede.

10.00:

Du sagde også at det skal være relevant, kan du sætte flere ord på det!

Når de her ledere og KP af grupperne skal gå til møder, skal vi være os meget bevidste om, hvad de skal bruge deres tid til. Så år 1 siger vi at mødet er nød til at tage 1½ time i hvert fald. Men år 2 tager det altså ikke mere end en time. De er praktiske folk og de bliver lidt tunge i øjenlågene over middag og møderne foregår altid over middag, for formiddagen er travl med borgeropgaver og der kan vi ikke planlægge møder, så dette er typisk fra kl. 13-14. Så hvis mødet bliver ret langt kan stemningen blive lidt tung.

De kender jo hele proceduren med tavleopslag, afkrydsningslister og patientvejldninger, som de får udleveret i en stak og får med hjem til deres gruppe. Så det kan vi egentligt rimeligt hurtigt få overstået. Så er der jo gennemgang af såranalysen, hvor de kort får gennemgået hvad vi har opnået her. Ja, der har vi lige været i Aabenraa, hvor de har frigjort ressourcer svarende til 1,8 mill, og det er jo ikke mindst takket være SSH'erne. Det kan sårsygeplejerskerne også nikke genkende til, SSH'erne er virkelig dygtige til at melde ind nu, med tidlige tegn på sår, inden der kommer hul på huden.

Så dette er meget vigtigt at få den der succes basuneret ud, så de er klar over at de er simpelthen bare gode og at det nytter, det arbejde de gør. Den stemning der, den skal de have med hjem i deres grupper og den ros skal de have med ud i yderste geled. Såranalysen bliver som sagt præsenteret på mødet, men efterfølgende så sender jeg en mail ud til alle kontaktpersonerne med den PowerPoint. hvor der står "godt gået", "flot klaret", så de ser tallene med egne øjne og at de så også føler de har en aktie i succesen. Det er deres succes. (Tina samler op og fortolker – så det i forsøger at få formidlet ud er ejerskab til succesen).

13.13

Bliver det en del af deres kultur?

Ja, det tror jeg det gør hen ad vejen. Der varer lige lidt inden de vænner sig til det. Men jeg tror, når vi når over år 1, så var selv jeg overrasket over deres entusiasme og en fornemmelse af at det

er en del af deres hverdag. Det betyder meget med den ledelsesmæssige opbakning og en vilje fra ledelsen. Strukturen hvor de har en projektleder der koordinere internt, gør processen stærk.

Så hemmeligheden bag succesen er stærke KP og en ledelse der støtter op.?

Ja, når jeg taler med producenter af e-læring værktøjer, så ved de jo godt at svagheden ved deres koncepter er at de ikke har hænderne på derude. De synes jo det her er helt ideelt, men altså, der kræver jo en masse mandetimer og ressourcer fra KvaliCares side at være så meget på, helt ude i den spidse ende. Hvor de producenter kan melde om, at de laver noget superflot e-learning til nogen rigtigt gode kunder og hvis de er heldige så ser deres personale det i år 1 og i år 2 så gider de ikke se det mere, det er jo så heller ikke blevet opdateret, så bliver det udvandet og så forsvinder det. **De mangler den der fastholdelse og opdatering – det syens jeg vi har løst. Vi passer som brikken i et puslespil ift. hvordan man skal bruge e-learning til at få viden ud i store personalegrupper.** Der er forskel på at bruge e-learning inde på universitetet som et hjælpemiddel til at lære et eller andet ift. at bruge det som formidler af viden ud i store personalegr. som ikke nødvendigvis har det som højeste ønske at lære noget om sår. Så man skal tilpasse det til der hvor de er og det behov de har for viden og der skal det følges op med tæt konsulentydelse-ellers kan jeg slet ikke se at de kan fungere.

16.30

Vi kender jo f.eks. håndhygiejneprogrammet fra Statens Serum Institut, som er det mest fantastiske e-learning. Og det har været gratis tilgængeligt og der er bare ikke et ikke et øje der har set det for dette er ikke implementeret.

16.58.

Så det du siger, er det at man skal blive ved med at være en sporhund efter læreprocesser, det vedligeholder ikke sig selv?

Ja, dette er rigtigt. Jeg vil vove at påstå at hvis vi trækker os ud uden at have sikret os lokale ressourcer til at fastholde, så er det som med andre projekter, så udvandes det i løbet af et års tid.

Hvorfor er KvaliCare ikke bare en bog?

Side 100

Vi vil jo gerne gøre det interaktivt vha. lyd, synsindtryk, fil, billeder og så skal de også gerne gøre noget selv. Vi ved at mange har svært ved at læse og derfor er det vigtigt med lyd.

Ries telefon ringer og del 1 stoppes her...

Del 2 starter.....

Baggrunden bag test i KC – hvilke overvejelser er der bag de tests der lægger i KC?

Vi vil gerne stille spørgsmål til de essentielle problemområder som vi kender fra praktikken – det er egentligt det, der lægger bag. Vi har ikke tidligere haft statistik der kunne pege på hvor der svares forkert. Det får vi med den nye version af LMS'en. **Så kan vi sætte ind med rigtig undervisning med en underviser på omkring den specielle problematik.** Det kan f.eks. være siddestillinger og udvikling af tryksår. Det sker ofte hvis folk har en hjerneblødning, så sidder de ofte skævt og så har de et meget højt tryk på den ene siden. Der sidder de så i deres kørestol en hel dag på plejehjemmet og har et meget højt tryk på den ene side, uden at der er nogen der reagerer på den skæve siddestilling, så opstår tryksår. Det er et af de områder hvor vi gerne vil have indopereret en scanner i hjælpernes hoveder, så "der er en der sidder skævt der, og det skal vi have gjort noget ved". Så hvis vi får nogen forkerte svar på det omkring siddestillinger, vil det typisk være sådan at så vil vi gerne bede kommunens egen terapeut om at undervise dem i siddestillinger.

...og det skal så være med tilstedeværelsesundervisning...hvad er baggrunden med det?

Det er netop, at vi ved jo godt, at den allerbedste form for undervisning det er tilstedeværelsesundervisning, eller en basisviden kombineret med e-learning, altså blended learning. Det er jo meget sjovere at være underviser, når dem der kommer til undervisningen har en vis viden, så de kan byde ind med nogle gode spørgsmål. Ved det at de har svaret forkert på det, så har vi et godt udgangspunkt for undervisningen, en vis form for motivation eller nysgerrighed ift. det her emne som nu handler om siddestillinger. **Jeg vil også vove den påstand at dem der kommer til undervisningen får mere ud af det, når de har viden på forhånd.** Alternativet, som det foregår lige nu, er at det er tilfældigt hvad man får undervisning i, man ved ikke lige præcist hvad man griber i, men altså tit er det sådan at når der står en underviser, så vil hun starte med ABC, altså hvor sidder tryksår osv. og så er tiden faktisk gået inden hun når til det der er problemet, nemlig siddestillinger. **Så her kan vi starte lige der hvor problemerne er og springe alle de indledende faser over.**

04,30.

Det som jeg jo er voldsomt interesseret i, det er hvordan får vi den viden helt ud i hænderne på de her hjælpere. Når du så siger, at den bedste læring er tilstedeværelsesundervisning, hvordan betragter du så egentligt e-læring?

Som en tidsøkonomisk måde at sikre nødvendig basisviden på. Det er helt urealistisk i dag, at der kan levere så meget undervisning med en specialist stående for næsen af sig, for det skal være en specialist, som der kræves for at få rettet op på skævhederne.

...så dette er ren økonomi?

Øhhh, det er også realitetssans. Det er utopi at finde en specialist der kan stå foran samtlige 950 personaler i f.eks. Holstebro kommune og undervise dem jævnlige i det her.

Nå, nu du siger 950 mennesker, der skal stå foran den her sår-guru, er det så fordi du tænker at man lærer af den her guru?

Nej, jeg mener egentligt ikke engang at det er det bedste for så skal undervisningen jo også være tilrettelagt pædagogisk korrekt, for at det er bedre. Det er jo sjældent du får en undervisning der formår at flytte noget. Der skal du jo også integrere de tilhøre der er og aktivere dem for at flytte ret meget. Aktivitet er vigtigt, i hvert fald ift. hjemmehjælpere.

De her hjemmehjælpere, lærer de noget af hinanden?

Ja, i høj grad!

7.07

Hvordan gør de det?

Det er bed-site undervisning derude.

Har I tænkt om KC og bed-site undervisning går hånd i hånd eller er det 2 separate ting?

Nej, i høj grad går det hånd i hånd. Vi vil sikre årligt gennemsyn som et minimum og elever/studerende og nye ansatte ser det som en del af introduktionen. Så opfordrer vi til at de bruger programmerne til elever og studerende som f.eks. vi har lige været ud hos fru Hansen hun sidder skævt i stolen og så opfordre eleven til at bruge KC som opslag. Så kombineres teori og praktik.

Er det en del af kick-off-møder og når i snakker med KP om hvordan e-læringen lever videre?

Det er ikke noget der sker det første år, inden de begynder at se mulighederne her. Når de nu har vænnet sig kan de det der, for når der elever og studerende med, så opfordrer de til gennemsyn af noget af KC inden de skal ud til en ny borger.

9.52:

Hvorfor starter i ud med et billede af en mark, hvad er overvejsen?

Vi skal appellere til alle, det skal være hverdagsagtigt, det behøver ikke at være så stringent. Det er en del af livet. Tror også at det virker overraskende og derfor vækker opmærksomheds

Hvad er baggrunden bag anvendelsen af fotos af sår, hvad er baggrunden?

Ja, nu handler det jo om sår, så er vi nød til at vise hvordan det ser ud. Ift. hjælperne er funktionen motivation, for de kan se hvad det kan udarte sig til hvis det ikke arbejder korrekt med området.

Årsagen til at det er valgt at tage det med er at vække motivation.

Hvorfor foto af dig og af en læge?

Vi vil gerne fortælle alverden at det ikke kun er Rie der har lavet det her, men at det også er baseret på specialistviden, evidensbaseret. Vi vil gerne have det op på et plan hvor det ikke kun er 2 sårsygeplejerske der fifler med, men at det er professionelt og bedste kliniske viden på området.

Vi laver jo ikke egen viden, vi formidler den forskningsbaserede viden andre har udviklet, det er vores ærinde.

Her slutter interview med udvikleren af KvaliCare sårkoncept Rie Nygaard.

Efter bearbejdningen af data fra interviewet blev det klart at der manglede noget omrign KvaliCare Sårkoncept's tilblivelse og dette blev der derfor spurgt om via en mail, hvor følgende fremgik:

Tak for et godt interview, hvor du virkelig fik sagt mange kloge ting der har gjort mig opmærksom på didaktiske områder, som jeg skal give mere opmærksomhed i opgaven.

Noget af det som vi ikke brugte tid på sammen var KC's historie, nemlig hvordan blev KC til. Har du mulighed for ganske kort at give mig en beskrivelse fra de spæde tanker til hvordan det er idag? Du behøver ikke beskrive hvordan det er idag, for det er jeg på toppen af, men mere, hvad gjorde det relevant?...og hvorfor hvordan kom du til at tænke på e-læring ifm. sår?

Og svar på denne mail ser ud som følger:

Det startede for ca. 10 år siden med at jeg blev sårsygeplejerske i Sorø - efter længerevarende efteruddannelse, hvor jeg som afsluttende opgave lavede en funktionsbeskrivelse for sårsygeplejerske i Sorø.

Jeg fik 8 timer til funktionen.

Gik i gang med at udbrede viden på traditionel vis - og fandt hurtigt ud af, at jeg ikke kunne nå alt personale i kommunen på den måde.

Jeg begyndte at deltage i kurser og kongresser i ind og udland, hvor specialisterne rev sig i håret og ikke forstod, hvorfor deres forskningsbaserede viden ikke forbedrede virkeligheden for borgerne.

Jeg indså, at det var fordi der nok blev brugt en masse krudt på studier og forskning, men intet på at implementere og fastholde viden - ingen strategi på området.

Højst nogle projekter, hvor man konstaterede, at man kunne forbedre ved at undervise og afsætte ressourcer til projektleder på fuld tid i f.eks. 1 år. Men når projektet var forbi forsvandt resultaterne næsten lige så hurtigt - og indsatsen var spildt.

Jeg begyndte at lave Power Points og planlægge gennemsyn i plejegrupperne af diasshows.

Til at begynde med kun på 1 niveau - og fandt ud af, at det var nødvendigt at præcisere, hvem der skulle vide hvad.

Tanken var at tage meget hensyn til hverdagen for plejepersonalet - de har travlt og bliver ofte forstyrret i deres arbejde og er ret flyvske og kan være svære at fastholde.

Grundtanken var at lave en slags "pixibog" som var let at gå til og som skar ind til benet og viste "nødvendig basisviden".

På det tidspunkt havde jeg allieret mig med Bo Jørgensen fra Videncenter for Sårheling, en praktiserende læge fra Slagelse, Sygehus Vestsjællands øverste ledelse og andre gode mennesker. Vi fandt ud af, at vi havde brug for penge for at komme videre - og var hele vejen rundt i kommunerne for at finde finansiering. Det lykkedes ikke og vi dannede Sårprojekt Vestsjælland ApS, hvor vi var 6 anpartshavere og jeg var direktør og eneste ansatte.

Det udviklede sig til, at vi havde 10 kommuner og Sygehus Vestsjælland som kunder til Power Point diasshows, som efterhånden var blevet ret professionelle. Min grundtanke var, at programmerne skulle være evidensbaserede og skulle være tilpasset den enkelte kommune eller sygehus. At der skulle godkendes af sårspecialister og andre fagfolk og ikke blot være noget jeg sad og fandt på.

Nu blev jeg opmærksom på, at der var noget, der hed e-learning - og her begynder vi at finde finansiering til det - og kommer i snak med Sahva fonden og derigennem Zealand Care.

I Sygehus Vestsjælland nåede jeg langt.

Jeg fik ansat 2 koordinerende sårsygeplejerske - som deres nøglepersoner - til at begynde med var de ansat hos mig indtil deres stillinger blev oprettet af DSR osv.

Vi kom i gang med analyserne - prævalensmålinger - og fik lavet "sårorganisation" - et råd med 16 medlemmer med stærk ledelsesrepræsentation - og alt det virkede indtil strukturreformen - men har ligget stille siden.

I slutningen af tiden i Sårprojekt Vestsjælland kom Susan ind i billedet. Til at begynde med et par dage om ugen.

På mange måder var den pædagogiske opbygning af Power point versionerne mere let tilgængelig end den, som vi har kunnet præstere med Context som samarbejdspartner. Context fasen har været lærerig - men meget tung. Vi har fået det bedste ud af noget, som blev trukket ned over hovedet på os.

Der kom lyd på - det var vigtigt.

Det blev på internettet og var meget lettere at opdatere end Power point diasshows på kommunernes egne net.

Er det noget af det, som du ville vide - jeg kunne blive ved.

Bilag 8:

Mail om QualiCare Sårkoncept tilblivelse

Det startede for ca. 10 år siden med at jeg blev sårsygeplejerske i Sorø - efter længerevarende efteruddannelse, hvor jeg som afsluttende opgave lavede en funktionsbeskrivelse for sårsygeplejerske i Sorø.

Jeg fik 8 timer til funktionen.

Gik i gang med at udbrede viden på traditionel vis - og fandt hurtigt ud af, at jeg ikke kunne nå alt personale i kommunen på den måde.

Jeg begyndte at deltage i kurser og kongresser i ind og udland, hvor specialisterne rev sig i håret og ikke forstod, hvorfor deres forskningsbaserede viden ikke forbedrede virkeligheden for borgerne.

Jeg indså, at det var fordi der nok blev brugt en masse krudt på studier og forskning, men intet på at implementere og fastholde viden - ingen strategi på området.

Højst nogle projekter, hvor man konstaterede, at man kunne forbedre ved at undervise og afsætte ressourcer til projektleder på fuld tid i f.eks. 1 år. Men når projektet var forbi forsvandt resultaterne næsten lige så hurtigt - og indsatsen var spildt.

Jeg begyndt at lave Power Points og planlægge gennemsyn i plejegrupperne af diasshows.

Til at begynde med kun på 1 niveau - og fandt ud af, at det var nødvendigt at præcisere, hvem der skulle vide hvad.

Tanken var at tage meget hensyn til hverdagen for plejepersonalet - de har travlt og bliver ofte forstyrret i deres arbejde og er ret flyvske og kan være svære at fastholde.

Grundtanken var at lave en slags "pixibog" som var let at gå til og som skar ind til benet og viste "nødvendig basisviden".

På det tidspunkt havde jeg allieret mig med Bo Jørgensen fra Videncenter for Sårheling, en praktiserende læge fra Slagelse, Sygehus Vestsjællands øverste ledelse og andre gode mennesker. Vi fandt ud af, at vi havde brug for penge for at komme videre - og var hele vejen rundt i kommunerne for at finde finansiering. Det lykkedes ikke og vi dannede Sårprojekt Vestsjælland ApS, hvor vi var 6 anpartshavere og jeg var direktør og eneste ansatte.

Det udviklede sig til, at vi havde 10 kommuner og Sygehus Vestsjælland som kunder til Power Point diasshows, som efterhånden var blevet ret professionelle. Min grundtanke var, at programmerne skulle være evidensbaserede og skulle være tilpasset den enkelte kommune eller sygehus. At der skulle godkendes af sårspecialister og andre fagfolk og ikke blot være noget jeg sad og fandt på.

Nu blev jeg opmærksom på, at der var noget, der hed e-learning - og her begynder vi at finde finansiering til det - og kommer i snak med Sahva fonden og derigennem Zealand Care.

I Sygehus Vestsjælland nåede jeg langt.

Jeg fik ansat 2 koordinerende sårsygeplejerske - som deres nøglepersoner - til at begynde med var de ansat hos mig indtil deres stillinger blev oprettet af DSR osv.

Vi kom i gang med analyserne - prævalensmålinger - og fik lavet "sårorganisation" - et råd med 16 medlemmer med stærk ledelsesrepræsentation - og alt det virkede indtil strukturreformen - men har ligget stille siden.

I slutningen af tiden i Sårprojekt Vestsjælland kom Susan ind i billedet. Til at begynde med et par dage om ugen.

På mange måder var den pædagogiske opbygning af Power point versionen mere let tilgængelig end den, som vi har kunnet præstere med Context som samarbejdspartner. Context fasen har været lærerig - men meget tung. Vi har fået det bedste ud af noget, som blev trukket ned over hovedet på os.

Der kom lyd på - det var vigtigt.

Det blev på internettet og var meget lettere at opdatere end Power point diasshows på kommunernes egne net.

Er det noget af det, som du ville vide - jeg kunne blive ved -

Venlig hilsen
KvaliCare ApS
Rie Nygaard
Mobil: 22 47 29 11

Fra: Familien Kjærgaard [mailto:kjaergaard@ishoejby.dk]
Sendt: 15. marts 2009 13:36
Til: Rie Nygaard
Emne: KC's tilblivelse.

Hej Rie.

Tak for et godt interview, hvor du virkelig fik sagt mange kloge ting der har gjort mig opmærksom på didaktiske områder, som jeg skal give mere opmærksomhed i opgaven.

Noget af det som vi ikke brugte tid på sammen var KC's historie, nemlig hvordan blev KC til. Har du mulighed for ganske kort at give mig en beskrivelse fra de spæde tanker til hvordan det er idag? Du behøver ikke beskrive hvordan det er idag, for det er jeg på toppen af, men mere, hvad gjorde det relevant?...og hvorfor hvordan kom du til at tænke på e-læring ifm. sår?

Hilsen Tina.

Jeg beskyttes af den gratis SPAMfighter til privatbrugere.
Den har indtil videre sparet mig for at få 240 spam-mails
Betalende brugere får ikke denne besked i deres e-mails.
Hent en gratis SPAMfighter [her](#).

Bilag 9:

Mail – forespørgsel om interview med hjælpergruppen.

Hej Pia.

Først og fremmest vil jeg sige dig tak for jeres velvillighed ift. at stille op til interview vedr. den e-læring i anvender i Z-købing kommune kommune.

Idet jeg er i tvivl hvor meget Rie har fortalt om mig og projektet, skriver jeg en lille opsummering her.

Baggrund:

Jeg hedder Tina Kjærgaard, er uddannet sygeplejerske og har de seneste 5 år været ansat i Zealand Care som uddannelses- og udviklingskonsulent. Før det, var jeg uddannelseskonsulent i Vallensbæk kommune og stod for elever, studerende og den generelle kompetenceudvikling i hjemmeplejen. Tidligere endnu hjemmesygeplejerske og på sygehus.

Hvad handler det om?

For 2 år siden startede jeg på Aalborg Universitet på masteruddannelsen i informations- og kommunikationsteknologi og læring, der kort fortalt handler om hvordan man understøtter læreprocesser ved brug af teknologi. Det masterspeciale, som disse interviews skal anvendes i forhold til, fokuserer på tilrettelæggelsen af læreprocesserne, når det sker med en e-læringsressource som KvaliCare. Jeg vil derfor stille spørgsmål til SSH'erne der handler hvordan de bruger KvaliCare i deres hverdag, hvordan de oplever de lærer bedst osv. Specialet fokuserer udelukkende på SSH'ere og den øvrige hjælpergruppe (korttidsuddannede) og derfor er SSA'ere og sygeplejersker ikke relevante i denne sammenhæng.

Hvilke betingelser gennemføres interviewene under?

Interviewpersonerne vil blive anonymiseret i specialet, ligesom Z-købing kommune, hvis det ønskes, anonymiseres.

Jeg vil optage lyd under interview, naturligvis under accept fra interviewpersonerne.

Hvert interview forventes at vare ca. 20 min.

Hvad er der brug for, fra Sorø kommunes side?

Det vil være flot, hvis jeg kan mødes med en 5-6 hjælpere, der er introduceret til KvaliCare og som accepterer at blive interviewet.

Dato for hvornår jeg kommer på besøg skal aftales, og jeg vil forslår følgende datoer, 12.3., 13.3., og 19.3. I kan bestemme tidspunktet på dagen, udfra hvad der passer bedst for jer. Håber en af datoerne duer, ellers må jeg høre fra dig.

Stedet vi skal mødes skal ligeledes aftales. Af hensyn til interviewpersonernes arbejdsopgaver møder jeg op, hvor de hører til.

Vedlagt denne mail er der lagt et skema, som I kan anvende til at skrive hvornår, hvor og hvem og sende retur til mig, tænker at det er den enkleste måde at gøre det på.

Jeg ser frem til at mødes med interviewpersonerne og forhåbentlig blive meget klogere på hvordan de oplever det at anvende e-læring.

Venlig hilsen

Tina Kjærgaard.

Her skrives på hvornår, hvor og hvem der kan

Dato/tidspunkt	Navn på interviewperson	Sted/adresse

interviewes.

På forhånd, tak for hjælpen!

Med venlig hilsen

Tina Kjærgaard, Stud. MIL.

Bilag 10:

Interviewguide - Spørgsmål til hjælpergruppen:

Formålet med interviewene er at få indblik i brugernes oplevelser ift. egne læreprocesser, når de anvender KC og endvidere få indblik i hvordan de rent faktisk anvender e-læringen i det daglige arbejde.

Præsentation, optagelse på bånd og efterfølgende brug i et masterspeciale, sikres anonymitet for såvel person som kommune.

- **Hvordan bruger du KvaliCare Sårkoncept?**

Hvornår anvender du KvaliCares e-læringsprogrammer? (f.eks. anvender du det kun op til testen, som opslag ved behov eller som del af de faglige diskussioner der er i gruppen?) – start

Sidder du typisk alene eller sammen med en eller flere kollegaer?

Hvilken betydning har det for dig at gennemsyn af KC lægger i din køreliste? (hvad tænker du, når der står KC på kørelisten?)

- **Hvordan oplever du din læring når du bruger KvaliCare Sårkoncept?**

Hvordan lærer du bedst – alene eller sammen med dine kollegaer?

Når du tænker tilbage på da du gennemså KvaliCare e-læringsprogrammerne, hvornår følte du så at du lærte noget?

Hvor mange gange gennemser du programmet før du tager testen?

Hvordan påvirker det dig, når du ser fotos af sår i KvaliCare e-læringsprogrammer?

- **Har du ellers noget du gerne vil fortælle om dine oplevelser med KvaliCare Sårkoncept?**

Er e-læring en tiltalende måde for dig at lære på? – slut

Hvor let er KvaliCare e-læringsprogrammer at finde rundt i? – slut

Bilag 11:

Interviewguide - Spørgsmål til afsender (Rie og Susan):

Formål med interview:

- Er at få sat ord på hvad det er budskabet i KvaliCare er, hvorfor e-læring og ikke klasseundervisning. Endvidere at få sat ord på den tavse viden om hvad der helt konkret sker i implementeringen, hvordan sikres at læringen omsættes til praksis og "lever" videre i praksis.

Hovedspørgsmålet: Fortæl om hvordan implementeringen af KvaliCare sker i en hjælpergruppe!

Støttespørgsmål:

Hvad er hovedbudskabet med KvaliCare e-læringsprogrammer for SSH'erne?

Er det vigtigt at brugeren husker alle indholdselementerne når e-læringsprogrammet gennemses?

Hvordan forventer du at læringen for den enkelte bruger foregår – sker det f.eks. alene eller sammen med andre i gruppen (hvis det sker i et fællesskab, hvorledes understøttes denne kommunikation så?)

Hvilken betydning har handlingerne/aktiviteterne ift. den læring brugerne skal gennemgå?

Hvilke overvejelser lægger bag, at tilfredsstillende resultat på testen illustreres via en smiley og uden, når resultatet ikke er tilfredsstillende?

Hvilke overvejelser lægger bag anvendelsen af fotos af sår?

Hvilke overvejelser lægger bag træstrukturen i indholdsfortegnelsen?

Hvilke overvejelser lægger bag placeringen af fotos af sårsygeplejerskerne?

Interview optages på lyd i Camtasia og relevante passager transcriberes.