



Kvalitet i praksis

Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere

Joakim Caspersen
Asbjørn Kårstein

Rapport 14/2013

NIFU

Kvalitet i praksis

Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere

Joakim Caspersen
Asbjørn Kårstein

Rapport 14/2013

Rapport 14/2013

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

Oppdragsgiver Helsedirektoratet
Adresse Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-7218-906-7
ISSN 1892-2597 (online)

www.nifu.no

Forord

På oppdrag fra Helsedirektoratet undersøker denne rapporten hva aktørene i praksisfeltet (praksisveiledere og koordinatorene) anser som viktig for å få til god kvalitet og riktig omfang i praksisstudiene i utvalgte helseutdanninger. Dette har blitt undersøkt gjennom syv gruppeintervjuer og ett supplerende personlig intervju, gjennomført i perioden november 2012 til januar 2013. Sammenlignet med tidligere undersøkelser peker rapporten mot en rekke faktorer som er med på å påvirke innhold og organisering, som samarbeidet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted, kvalitetssikring av veiledning og utvikling av veiledningskompetanse. Dette er viktige momenter å ta med seg inn i videre utvikling av kvaliteten i praksisstudiene i helsefag.

Rapporten er skrevet av forskerne Joakim Caspersen og Asbjørn Kårstein ved NIFU. Asbjørn Kårstein har vært prosjektleder. Ved NIFU har Agnete Vabø lest og kommentert rapporten. Vi vil takke alle informanter som velvillig har stilt opp og delt sine erfaringer og synspunkter med oss.

Oslo, 21. mars 2013

Sveinung Skule
Direktør

Jannecke Wiers-Jenssen
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning og bakgrunn	11
1.1 Organisering av praksis.....	12
1.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og UH-sektoren.....	13
1.3 Styring og regulering.....	14
1.4 Kompleksitet.....	15
1.5 Problemstillinger.....	16
2 Teoretisk bakgrunn og metodisk fremgangsmåte	17
2.1 Kunnskap i et situert perspektiv.....	19
2.2 Metodisk fremgangsmåte.....	20
3 Rammevilkår for veiledning	22
3.1 Hvordan er praksis organisert i de fire utdanningene?.....	23
3.2 Styrende dokumenter og organisering av praksis.....	25
3.3 Økonomi og lovverk for praksisplasser.....	26
4 Nøkkelfaktorer – tid, kompetanse og ledelsesforankring	31
4.1 Tid.....	31
4.2 Kompetanse.....	33
4.3 Ledelsesforankring.....	37
5 Samarbeid og sammenheng	39
5.1 Samarbeid og samspill med utdanningsinstitusjonene – faktisk og forventet.....	40
5.2 Koblingen til undervisningen på høyskolen og kunnskapsformålet med praksis.....	42
5.3 Praksis som sosialisering og rekruttering.....	44
5.4 Tverrprofesjonell samarbeidslæring som del av praksisstudiene – hvordan er det og hva skal til?.....	46
6 Oppsummering og diskusjon	48
6.1 Rammevilkårene for veiledning.....	48
6.2 Økonomi.....	49
6.3 Tid.....	50
6.4 Ledelsesforankring.....	50
6.5 Samarbeid praksisarena og utdanningsinstitusjon.....	51
6.6 Opplevd innhold og relevans.....	51
6.7 Hvordan sikre kvalitet i praksis?.....	52
Litteraturliste	55
Vedlegg 1 Semistrukturert intervjuguide – «Kvalitet i praksis»	59

Sammendrag

Helsedirektoratet utlyste høsten 2012 et prosjekt der de ønsket å få gjennomført en kartlegging om kvalitet og omfang på praksisstudiene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i helseutdanningene. Undersøkelsen er avgrenset til sykepleie, vernepleie, ergoterapi og fysioterapi. Problemstillingen for prosjektet er: hva anser aktørene i praksisfeltet som viktig for å få til god kvalitet og riktig omfang i praksisstudiene? Dette har blitt undersøkt gjennom åtte gruppeintervjuer med praksisveiledere og personer med koordinatoransvar i forskjellige virksomheter som har studenter i praksis. Dette er viktige aktører som sjelden har fått sin stemme hørt i spørsmål om kvaliteten i studentenes praksis. Ledelsens synspunkter har kommet til uttrykk gjennom personer med koordinatoransvar, som i noen tilfeller også inngår i ledelsen, men ledelsen har stort sett ikke vært direkte representert.

Kartleggingen peker på en rekke utfordringer som vansker med å fremskaffe gode og relevante praksisplasser, at samarbeidet mellom utdanning og yrkesfeltet er uforutsigbart og lite stabilt over tid, at det er for liten stabilitet i tilgang på veiledere og veiledningskompetanse, usikkerhet omkring ansvar, rolle og funksjoner, ulikt syn på veiledning og veiledningsmodeller, svakt ressursgrunnlag, manglende finansiering og mangel på forpliktende avtaler og kvalitetssikring.

De regionale helseforetakene har et selvstendig, lovpålagt ansvar for å sørge for at studenter og elever får gjennomført praksisopplæringen, mens kommunesektorens ansvar er definert som et medvirkningsansvar. Både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten ble dette tolket som et krav om at de skulle ta imot studenter i praksis. Det ble oppfattet som en del av stillingen og det sto i de fleste stillingsbeskrivelser at de skulle bidra til opplæring på arbeidsplassen. Dette ble av de fleste forstått som også å inkludere praksisopplæring.

De fleste praksisveiledere oppga at rammeplanene ble lite benyttet. Veilederne forholdt seg først og fremst til fagplanene utarbeidet ved utdanningsinstitusjonene, og særlig emnebeskrivelser og formuleringer i disse. I noen tilfeller får veilederne egne arbeidshefter fra utdanningen som fastsetter forventet læringsutbytte i praksis. Formuleringene oppleves som uklare og lite oppdaterte av mange praksisveiledere, og mye innsats brukes på å fortolke dem. I mange tilfeller utarbeidet også praksisveilederne egne planer og mål med studentene, som ble utgangspunkt for praksisopplæringen uten konkret tilknytning til høyskolens formuleringer. De yrkesetiske retningslinjene ble også i noen tilfeller brukt som arbeidsdokumenter i praksis.

Økonomi er et viktig tema for å forstå vilkårene for god veiledning. Det er mulig å søke om midler til samarbeidsprosjekter som er med på å fremme god praksisundervisning. Ordningen ble oppfattet som svært tidkrevende å involvere seg i, og krevde at praksisstedene allerede hadde etablert samarbeid med høyskolene.

Praksisveilederne opplevde tidspress i hverdagen, og dette ga også utfordringer for praksisundervisningen. Praksisstudienes plassering i studieåret er i hovedsak styrt av utdanningsinstitusjonenes fagplaner, og dette resulterer i en ujevn bruk av praksisfeltet gjennom året. Dette gjør det vanskelig for praksisstedene å finne gode løsninger. Spesielt krevende er det for dem som mottar studenter fra flere utdanningsinstitusjoner. Mange opplevde at planleggingshorisonten ble svært kort. Pasientenes tid ga også utfordringer for praksisopplæringen, særlig for spesialisthelsetjenesten: Raskere overføring til kommunen fører til kortere pasientforløp, noe som gjør pasienttilgangen mer uforutsigbar og skiftende.

Mange ga også uttrykk for at trykket og arbeidspresset er så stort at det kan være en utfordring å finne rom til kompetanseutviklingskurs for veiledning. Det rådet en viss usikkerhet angående hva en slik formell veilederskolering burde inneholde. Den samme usikkerheten kom også til uttrykk når det gjelder spørsmålet om hva som kreves av en god veileder og hva denne rollen bør omfatte. En del av informantene påpekte at kompetansekravet til veileder, slik det er formulert i rammeplanene, framstår som temmelig vagt.

Veiledningsaktiviteten, og kompetanseutviklingen tilknyttet denne, synes å være lite systematisert og kvalitetssikret. Hva som til enhver tid representerer god og hensiktsmessig veiledning var i stor grad overlatt til den enkelte veileders spesielle forutsetninger og skjønn. Til tross for oppmuntring omkring praksis fra ledelsen ble det i liten grad fulgt opp av systemer for å sikre god veiledning. Manglende støtte fra ledelsen og manglende samarbeid om praksisveiledningen gjør at veiledning for mange er et individuelt oppdrag, som i noen tilfeller oppleves å gi belastninger for kollegaer på avdelingene. Dessuten vil kvaliteten på studentenes praksis lett stå og falle med hvem som er utnevnt som deres praksisveileder.

Samarbeidet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted fremsto som ganske personavhengig. Noen kontaktlærere ved høyskolen følger opp praksisfeltet tettere enn andre og oppleves å ta et ekstra ansvar. Informantene etterlyste effektive systemer som kan bidra til å gi praksisfeltet mer nyanserte og oppdaterte oppfatninger og forventninger, samt muligheter til å forberede studentene på hva som møter dem.

Praksisveilederne opplever at studiene har blitt mer teoretisk fundert, og at dette har gått på bekostning av hvor forberedt studentene er til undervisningen i yrkesfeltet. Praksisveilederne i flere fag mener at øvelsene studentene gjør på høyskolen i for stor grad framstår som «kunstige» eller «oppkonstruerte», og dermed ikke er praksisnære nok. Dette er en tilbakemelding de får fra studentene også.

For praksisveilederne var det også viktig å understreke at formålet med praksis ikke bare var å knytte kunnskap til handling. Vel så viktig var praksisstudiene for rekruttering og sosialisering inn i en yrkesidentitet. De ønsket å vise seg fram fra sin beste side for å sikre fremtidig arbeidskraft, og ville gi en introduksjon til de normer og verdier, formelle og uformelle, som legger føringer for arbeidet som en profesjonsutøver. Praksisperiodene ble dermed ansett som relevante nesten uansett innhold og organisering.

På de store sykehusene med høyt tempo og spesialiserte avdelinger opplevdes mulighetene til tverrfaglig samarbeid om undervisning som dårligere enn på mindre steder der man i større grad arbeidet tverrfaglig som en naturlig del av det daglige arbeidet med pasientene. Det var også til tider en uttalt motvilje mot ideen om tverrprofesjonell samarbeidslæring, f.eks. relatert til at studentene hadde et stort behov for å lære seg det fagspesifikke, og at de ikke kunne bruke opp tiden på å sette seg inn i hva andre gjør.

Ifølge vår kartlegging kan vi konkludere at god praksis kjennetegnes ved:

- Det er klare planer for praksisstudiet, med tydelige mål
- Praksis bygger videre på tema/arbeidsmåter man har gått gjennom på høyskolen

- Forventninger til studentene fra praksisfeltet blir kommunisert studentene i forkant av praksisoppholdet – faglig i form av hva de bør ha lest og kunne i forkant, men også om hvordan arbeidet er organisert og hvordan studentene skal passe inn i dette
- Studentene setter seg inn i praksisfeltets forventninger
- Veilederne har veilederutdanning som oppleves som relevant
- Veilederne opplever at det er klare mål for studiet, som er relevante å evaluere studenter etter. Veilederne forstår målene som er gitt fra høyskolene
- Det er en person på praksisstedet som har et koordinatoransvar, og som skal følge opp praksisveilederne der
- Det utarbeides en detaljert plan for praksisveiledningsperioden, med planer og mål
- Dokumentere system for veiledning (og kvalitetssikring av denne)
- Det finnes en plan for kompetanseutvikling for veiledere
- Det finnes et etablert system for kontakt mellom høyskole og praksissted

Disse indikatorene er i forskjellig grad målbare. Dersom man skal utvikle gode kvalitetsindikatorer må det tas hensyn til en rekke kriterier som relevans, målbarhet, pålitelighet, tolkbarhet, mulighet for forbedring, sammenlignbarhet og gjennomførbarhet. De foreslåtte indikatorene bør derfor testes, justeres og konkretiseres gjennom en fase med praktisk utprøving.

1 Innledning og bakgrunn

Praksisdelen av utdanningene kan spille en svært viktig rolle i utviklingen av profesjonell kompetanse hos profesjonsutøvere. Det er her man har mulighet til å koble fagene man lærer på utdanningsinstitusjonen sammen med det faktiske arbeidet man skal utføre, og det er også en arena for å lære kunnskap og ferdigheter som neppe er mulig å lære kun gjennom undervisningen på høyskolen. Derfor spiller praksis en nøkkelrolle i utdanningen av profesjonsutøvere for fremtidens helsesektor. Dette stiller store krav til kvaliteten på praksisdelen av utdanningene. Fra mange tidligere undersøkelser vet vi at studentene vurderer praksisdelen av utdanningen svært positivt (Frøseth og Caspersen, 2008; Hatlevik, 2009 Thune m.fl., 2013), selv om studentene også opplever utfordringer med å knytte sammen stoffet de lærer på høyskolen med undervisningen og arbeidet i praksisperioden (Hatlevik, 2012).

Helsedirektoratet utlyste høsten 2012 et prosjekt der de ønsket å få gjennomført en kvalitativ kartlegging blant aktører i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten om kvalitet og omfang på praksisstudiene i helseutdanningene (avgrenset til sykepleie, vernepleie, ergoterapi og fysioterapi). Forskjellige datainnsamlingsmetoder ble foreslått av Helsedirektoratet i utlysningen (dokumentstudier, gruppeintervjuer og observasjon). På grunn av en begrenset ressursramme har NIFU, i samråd med Helsedirektoratet, avgrenset oppdraget til å kartlegge forskningsspørsmålet *hva anser aktørene i praksisfeltet som viktig for å få til god kvalitet og riktig omfang i praksisstudiene?* Dette har blitt undersøkt gjennom åtte gruppeintervjuer med praksisveiledere og personer med koordinatoransvar i forskjellige virksomheter som har studenter i praksis. Dette er viktige aktører som sjelden har fått sin stemme hørt i undersøkelser omkring praksis. En utfordring med utvalget er at ledelsen ved institusjonene ikke har vært representert i alle intervjuene, og i ingen av intervjuene har avdelingsleder eller virksomhetsleder vært involvert. Dette viste seg vanskelig å få til innenfor prosjektets rammer, særlig fordi noen av de viktige temaene for intervjuene var praksisveiledernes oppfatning av ledelsens rolle. I og med det begrensede antallet intervjuer som var mulig ville man da intervjuet ledelse og ansatte sammen, noe som kunne gjort at informantene ikke opplevde å kunne tale fritt. I intervjuene opplevde vi likevel at personene med koordinatoransvar i stor grad så ansvaret for praksis fra ledelsens perspektiv, og i noen få tilfeller var også koordinatorene en del av ledelsen.

Med denne begrensede datainnsamlingen må rapporten sies å ha en eksplorerende karakter. Det er likevel tilstrekkelig til å la praksisveiledernes stemme komme frem i presentasjonen av materialet. I tillegg til å supplere og utbygge oppfatningene omkring studieorganisering og gjennomføring som har vært kartlagt i tidligere undersøkelser har denne studien gjort det mulig å diskutere faktorer som ligger utenfor studieorganiseringen, men som likevel framstår som betydningsfulle for praksis.

I de neste avsnittene av dette første kapitlet presenteres en del fakta omkring organisering og styring av praksis, og samarbeidet mellom høyskole og yrkesfelt omkring utdanningsspørsmål. I kapittel to diskuteres et teoretisk rammeverk for å forstå utfordringer knyttet til praksis, i tillegg til en

nærmere presentasjon av vår metodiske fremgangsmåte og mer spesifikke problemstillinger. Informantenes syn på styring av utdanningen i yrkesfeltet (rammevilkår, organisering, styrende dokumenter og økonomi) er diskutert i kapittel tre. I kapittel fire diskuteres informantenes syn på det som fremstår som tre nøkkelfaktorer for å få til en god praksisopplevelse: tid, kompetanse og ledelsesforankring. Samarbeidet mellom høyskolen og yrkesfeltet og hva dette har å si for den opplevde sammenhengen mellom utdanningen ved høyskolen og utdanningen i yrkesfeltet er tema i kapittel fem, sammen med en diskusjon omkring andre formål med praksisopplæring enn det som kan kalles kunnskapsformålet. Dette knyttes også an til planene om tverrprofesjonell samarbeidslæring, som er et viktig tema i stortingsmeldingen «Utdanning for velferd», som berører disse utdanningene (Kunnskapsdepartementet, 2012). I kapittel seks diskuteres de foregående kapitlene samlet.

1.1 Organisering av praksis

Hva man tenker på som praksis eller praktisk trening i utdanning, kan være så mangt (Caspersen *m. fl.*, 2011). I denne sammenhengen referer praksis til ekstern praksis for studenter i virksomhet som en del av studieløpet. En definisjon er «planmessig opplæring som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis» (Brandt, 2005). Dette er kun en av mange mulige former for samarbeid mellom høyere utdanning og arbeidsliv (Rambøll, 2007), men representerer en type samarbeid som er svært viktig for partene.

I tabellen nedenfor framkommer opplysninger angående antall studiesteder, antall studenter i 2011, omfang av praksisstudier og andel av denne som skal være ekstern, veiledet, for de fire aktuelle helseutdanningene.

Tabell 1. Lengde/omfang, antall studietilbud, antall studenter, studiepoeng i praksis og rammeplan/autorisasjon i fire helseutdanninger.

Utdanning	Lengde/omfang (år/stp.)	Antall stud.-tilbud	Antall studenter (2011)	Praksisstudier (stp.)	Ekstern, veiledet praksis. (stp.)	Rammeplan og/eller autorisasjon
Ergoterapeut	3 / 180	5	734	75	45 - 60	Begge
Fysioterapeut	3 / 180	4	1 022	75	45	Begge
Sykepleier	3 / 180	28	13 796	90	75	Begge
Vernepleier	3 / 180	12	2 950	60	48	Begge

Som det framkommer av tabell 1.1 hadde sykepleierutdanningen i 2011 nesten tre ganger så mange studenter som de andre tre helseutdanningene til sammen. Det er også sykepleierutdanningen, som gjennom gjeldende rammeplan, stiller størst krav til omfang av eksternt, veiledet praksisstudier. Omfanget i seg selv setter store krav til kvalitet, relevans, og ikke minst samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og UH-institusjonene om utdanningens innhold og gjennomføring.

Thune (2011) kartla hvilke faktorer som har betydning for å lykkes i samarbeid mellom høyere utdanning og arbeidsliv, og skiller mellom kontekstuelle, prosessuelle og organisatoriske faktorer. Vabø og Sweetman (2011) finner også en fjerde kategori av faktorer, de fagspesifikke, som har betydning for å lykkes med bruk av praksis i høyere utdanning. Fagenes kunnskapstype og profil har betydning for hvorvidt samarbeid er naturlig, det vil si at faget forvalter en type kunnskap; problemstillinger, teorier og metoder av relevans for bestemte deler av arbeidsliv, slik at samarbeidet kan fungere innenfor en felles målforståelse. At fagpersonalet har opparbeidet seg relevante kontakter og nettverk til arbeidsliv over tid, og på en slik måte at det eksisterer tillit mellom lærested og yrkesfelt,

er også viktig for å utvikle gode samarbeidsrelasjoner. Dette er alle relevante perspektiver for å forstå samspillet mellom UH-sektoren, spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og utdypes nedenfor.

Praksisarenaene og utdanningene kan ha svært ulikt syn på hvilket formål praksis skal ha og hva kvalitet i praksis innebærer. Utdanningene som har praksis som en del av undervisning er i stor grad det man ofte refererer til som profesjoner. Det vil si at de kjennetegnes av en kobling mellom det yrkesrettete og nytteorienterte på den ene siden, og det å ivareta og utvikle akademisk kunnskap og tradisjoner på den andre. Dette er også tilfelle for utdanningene innen sykepleie, vernepleie, fysioterapi og ergoterapi. Generelt sett er mange praksisarenaer også arbeidsplasser som ser faglig utvikling og arbeid som en viktig oppgave, og dermed også ser sin rolle som en viktig utdanningsoppgave.

Sett fra utdanningenes side dreier spørsmålet om utdanningskvalitet seg først og fremst om praksisplassene klarer å tilrettelegge og tilby praksis på en god måte for studentene, slik at de kan utfylle og kombineres med undervisningen som foregår inne på utdanningen. For praksisplassene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det vel så viktig å sikre at utdanningen er relevant og rettet inn mot oppgavene som skal løses. Det oppleves generelt som en utfordring at utdanningene er oppdelt i disipliner, profesjoner og fagområder, mens arbeidsmåter og samhandling i praksis er tverrfaglige og sektorovergrepene (Stortingsmelding 13, 2011-2012). Det er påpekt at utdanningene opplever at samarbeidet med praksisstedene er preget av en del usikkerhet og ulikt syn på hvordan praksis skal gjennomføres og med hvilket formål (Grønn, 2010). Fra arbeidsgivers side er man videre kritisk til valget av læringsformer, krav om en-til-en veiledning eller kun profesjonsspesifikk veiledning, som oppleves som utdaterte og urealistiske sett opp mot kravene arbeidslivet setter (Folkenborg og Jordfald, 2003; Kunnskapsdepartementet, 2012).

Undersøkelser blant praksisveiledere i forskjellige utdanninger viser at opplevelsen av utilstrekkelige tidsressurser er sterk i sykepleiepraksis, uten at det er klart hvorvidt dette henger sammen med et generelt tidspress, eller om det også kan ha sammenheng med at tidsressurser til veiledning ikke er spesifikt timetallsfestet i helseutdanningene (Hatlevik, 2012). Den samme undersøkelsen viser også at praksisveilederne i helse- og sosialfagene oppgir i markant lavere grad enn i de pedagogiske utdanningene at ledelsen involverer seg i praksisopplæringen gjennom for eksempel å følge opp praksisveilederne. Innen fysioterapeututdanningen og førskolelærerutdanningen oppgir faglærerne at det samarbeides i langt større grad med praksisstedene om studentenes vurdering, enn hva praksisveilederne rapporterer.

På bakgrunn av disse erfaringene er det gjennomført visse endringer i organiseringen av praksisdelen av utdanningene. Dette er noe av bakgrunnen for forslaget om innføring av såkalt tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksis i den siste stortingsmeldingen om helse- og velferdsutdanningene (Stortingsmelding 13, 2011-2012). Innføring av læringsutbyttebeskrivelser i utdanningen gjennom implementering av EUs kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring i utdanningene, kan også sees som et forsøk på å gjøre utdanningene mer relevant sett opp mot arbeidslivets behov.

1.2 Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og UH-sektoren

Når det gjelder spesialisthelsetjenesten er tilrettelegging for samarbeid med UH-sektoren en lovfestet oppgave for de regionale helseforetakene. Overføringen av utdanningsansvaret for helsepersonell til Utdanningsdepartementet og utviklingen til dagens høgskoler, har brutt den opprinnelig tette forbindelsen mellom disse utdanningene og helsetjenestens institusjoner. Som følge av Helsereformen i 2001 ble det etablert fem regionale helseforetak (RHF) i Norge fra 2002, og disse fikk

da en egen instruks om hvordan forholdet til universiteter og høyskoler skulle ivaretas.¹ 2002-versjonen av denne instruksen sa bare at «*Regionalt helseforetak ... skal opprette samarbeidsorgan med universiteter og høyskoler for drøfting av saker av felles interesse*» (Universitets- og høyskolerådet 2010). I og med at dette har vært en lovfestet oppgave for de regionale helseforetakene, er det samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som generelt blir opplevd som best organisert av UH-sektoren (Ibid.).

Selv om det også for kommuner og utdanninger er gitt visse føringer i lovverket med hensyn til ansvar for å tilby praksisplasser og veiledning til studenter, er samarbeidet mellom disse arenaene ofte oppfattet som mer krevende. For disse sektorene finnes det ingen fellesinstans med et opplagt koordineringsansvar, slik som de per i dag fire RHF-ene er pålagt å ha. Derfor må den enkelte utdanningsinstitusjon og/eller hvert enkelt studieprogram arbeide fram avtaler med en og en aktør i praksisfeltet. For å få gjennomført praksisstudier i kommunesektoren for det store volumet helsefagstudenter det her er snakk om, må institusjonene eller det enkelte studieprogram år for år sikre seg kontakt og avtale med et stort antall relevante praksissteder. Dette arbeidet er meget ressurskrevende, også fordi ansvarslinjer og organisering av disse delene av praksisfeltet er svært varierende, enten det gjelder tjenester i offentlig sektor eller i privat sektor med eller uten avtale med det offentlige (Grønn, 2010). I stortingsmeldinga «Utdanning for velferd» (Stortingsmelding 13, 2011-2012) om utdanning for velferdstjenestene, påpekes det at for mye av utdanningen i helse- og sosialfagene foregår i spesialisthelsetjenesten, og at kommunene skal brukes mer som utdanningsarena. Dette forsterkes også gjennom vektleggingen av kommunesektoren i samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47, 2008-2009).

Grønn (2010) viser at problemer i samspillet mellom utdanning og praksisfelt generelt gir en rekke utfordringer: de helsefaglige utdanningene får for få og for lite relevante praksisplasser, samarbeidet med yrkesfeltet er uforutsigbart og lite stabilt over tid, det er liten stabilitet i tilgang på veiledere og veiledningskompetanse og det er store utskiftninger og endringer i praksisarenaene.

1.3 Styring og regulering

At det finnes få fellesinstanser som koordinerer samarbeidet mellom utdanninger og kommuner medfører at institusjonene/studieprogrammene må lage egne avtaler, ofte med en og en aktør i praksisfeltet. Dette arbeidet beskrives som meget ressurskrevende, fordi man forholder seg til forskjellige ansvarslinjer og organisering.

For helsefagene er praksis i kommuner styrt av kommunehelsetjenesteloven, § 6-1, denne anses som «svak» og åpen for fortolkning hos kommunene. Ordlyden er at «enhver kommune plikter til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning og praktisk opplæring.» Spesialisthelsetjenesteloven er tydeligere formulert, og der heter det, § 3-5, at organisasjonene «skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen».

Styringsmessig hører kommunenes praksisplasser inn under forskjellige departement og sektorer (2010: 16). Både Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Barnevern-, likestillings- og integreringsdepartementet er med på å påvirke rammebetingelsene for praksisarenaene i kommunene. Sektoransvarsprinsippet representerer i så måte en utfordring, i og med at departementene i liten grad kommuniserer og samordner seg i spørsmål om praksis (ibid: 17).

Endringer i insentivsystem og organisering har derfor vært foreslått. Det såkalte formidlingsutvalget foreslo at økonomisk uttelling skulle gis for samarbeid mellom høyere utdanning og arbeidsliv, men

¹ Etter sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør til Helse Sør-Øst fra 1.juni 2007, er det fire regionale helseforetak i Norge.

dette ble ikke fulgt opp av departementet, blant annet fordi de foreslåtte indikatorene ikke ble sett på som gode nok². I Stortingsmelding 44, 2008-2009, «Utdanningslinja», ble det foreslått at alle norske høyere utdanningsinstitusjoner skulle ha et råd for samarbeid med arbeidslivet, og utvikle strategier for dette. Dette ble tatt inn i tildelingsbrevet i 2011, og er således et ferskt eksempel på hvordan sentrale myndigheter stadig forsøker å fremme kvaliteten i samarbeidet mellom utdanningene og arbeidslivet.

1.4 Komplexitet

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er ikke bare *viktige* utdanningsarenaer, de representerer også *komplekse* utdanningsarenaer for helseutdanningene. Universitets- og høgskolerådet - UHRs - kartlegging av praksis i helse- og velferdsutdanningene identifiserte åtte hovedarenaer for praksis i disse utdanningene, med 36 underarenaer. De viktigste praksisarenaene for helseutdanningene er tatt med i tabell 2.

Tabell 2 Hovedarenaer, og de viktigste underarenaer, for praksisstudier i helseutdanningene

		1	2	3	4
		Offentlig spesialisthelsetjeneste	Kommunehelsetjeneste	Privat sektor: spesialisthelsetjenesten	Privat sektor: andre praksisarenaer
Underarenaer for praksis under hver hovedarena	1	Somatiske avdelinger	Sykehjem og aldershjem	Somatiske avdelinger	Privat syke- og aldershjem
	2	Psykisk helsevern-avdelinger	Hjemmebaserte tjenester	Psykisk helsevern-avdelinger	Private hjemmebaserte tjenester
	3	Ambulante team	Helsestasjon	Rusomsorg	Fysikalsk institutt
	4	Rusomsorg	Fysioterapitjenesten	Rehabiliteringsinstitusjoner	
	5	Rehabiliteringsinstitusjoner		Privat sykehus u/ driftsavtale	
	6	Andre spesialavdelinger i sykehus			

Hovedarenaene for ekstern praksis for helsefagstudentene er den offentlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Grønn, 2010). For hver av disse hovedarenaene ble det rapportert om over 12.000 studenter i praksisfeltet i løpet av studieåret 2007-2008. For øvrig representerer privat spesialisthelsetjeneste en praksisarena med en viss betydning når det gjelder volum studenter fra helseutdanningene, med 532 studenter i 2007-2008. Når det gjelder fordelingen av studenter mellom de to største praksisarenaene, den offentlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tyder tallene fra UHR på at spesialisthelsetjenesten skal håndtere et nesten 3 ganger så stort ukevolum veiledet praksis som kommunehelsetjenesten. Slik

² http://www.uhr.no/documents/Informasjon_formidlingsutvalget_II_0805_1.pdf

forholdet mellom studentvolum og ukevolum tolkes, må dette bety at når studenttallene er omtrent jevnstore, må kommunehelsetjenestepraksisen for mange av studentene være relativt kortvarig, mens praksisperiodene per student i sykehus må være både lengre og kanskje også flere gjennom et studieforløp. Ettersom sykepleierstudenter representerer den desidert største studentgruppen, og omfanget av praksis i denne utdanningen er klart størst blant helseutdanningene, er det også disse studentene som til enhver tid har det største behovet for praksisplasser i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

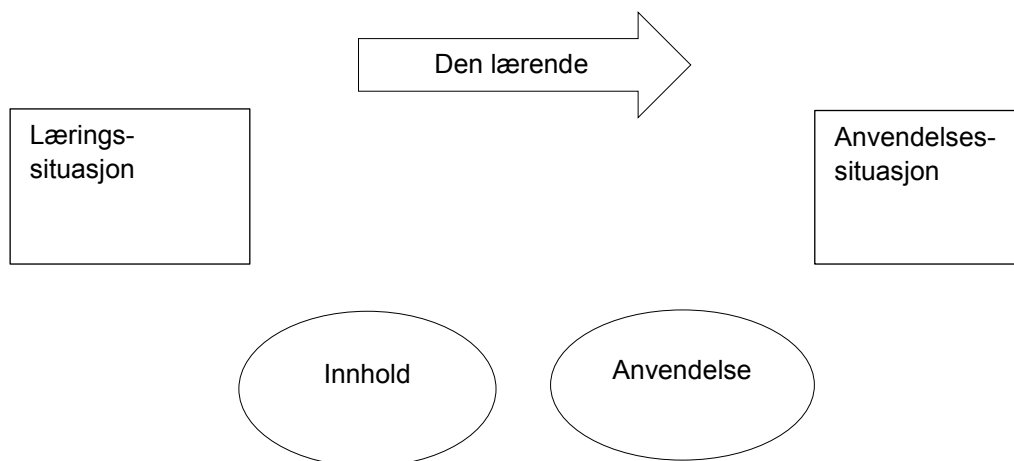
1.5 Problemstillinger

Helsedirektoratet ønsker at det gjøres en undersøkelse blant aktører i spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgs- og helsetjenesten om kvaliteten og omfanget på praksisstudiene i tjenesten. Herunder å identifisere hva aktørene anser som utfordringer for å få til god kvalitet og riktig omfang i praksisundervisningen. I undersøkelsen begrenses «studenter i praksis», i tråd med utlysningen fra Helsedirektoratet, til følgende fire grupper: sykepleierstudenter, vernepleierstudenter, fysioterapistudenter og ergoterapistudenter. Basert på Helsedirektoratets utlysning, og den foregående diskusjonen kan problemstillingene for prosjektet formuleres som følger:

1. Hva er rammevilkårene for veiledning når det gjelder praksisstudier, for de aktuelle gruppene av helsefagstudenter, i sentrale praksisarenaer innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgs- og helsetjenesten? Rammevilkårene for veiledning vil særlig bli undersøkt med hensyn til struktur, kompetanse, økonomi, tid og ledelsesforankring.
2. Hvordan oppleves innhold og relevans, i de aktuelle studentgruppenes praksisstudier, av sentrale praksisarenaer innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgs- og helsetjenesten?
3. Hvordan påvirkes omfang og kvalitet når det gjelder de aktuelle studentgruppenes praksisstudier, av måten samarbeidet mellom aktuelle utdanningsinstitusjoner og praksisarenaer er organisert, finansiert og administrert?
4. Er praksisen som avdekkes i punkt 3 i tråd med de aktuelle yrkesarenaenes forventninger til hvordan samarbeid og samspill med utdanningsinstitusjonene bør foregå?
5. Hvordan opplever sentrale praksisarenaer innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgs- og helsetjenesten de aktuelle studentgruppenes egenskaper og kompetanse når de kommer i praksis?
6. Hvordan tolker aktuelle praksisarenaer intensjonen om tverrprofesjonell samarbeidslæring som del av praksisstudiene, hvordan praktiseres dette i dag og hva skal til for å lykkes med slik samarbeidslæring?
7. Hva tenker sentrale praksisarenaer innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgs- og helsetjenesten om forholdet mellom tjenestekvalitet og kvaliteten på praksisstudiene – og hvordan kvaliteten på begge kan optimaliseres?
8. Hvilke anbefalinger angående kvalitet, omfang og relevans når det gjelder praksisstudiene kan man trekke av de ovenstående problemstillingene?

2 Teoretisk bakgrunn og metodisk fremgangsmåte

Når læring skal finne sted i et samspill mellom to forskjellige læringsssammenhenger, blir det selvsagt et sentralt spørsmål hvordan denne sammenhengen skal etableres – både kognitivt og i praksis. Dette er gjerne omtalt som *transfer* eller overføringsproblemet, og representerer et av de mest klassiske læringsteoretiske problemfelter (se for eksempel Guile og Young, 2003; Tuomi-Gröhn og Engeström, 2003). Utgangspunktet for at man beskjeftiger seg med problemstillinger relatert til transfer er ofte at den tilsiktede overføring i et utdannelsesforløp ikke skjer på en tilfredsstillende måte. Overføring representerer en kompleks og sammensatt problemstilling som omfatter følgende fem elementer og samspillet mellom dem: lærings-situasjonen (skolesituasjon), den lærende, innholdet, anvendelsen og anvendelsessituasjonen (praksissted):



Overføring forekommer typisk mellom to forskjellige situasjoner i utdanningsinstitusjonen, mellom en situasjon i utdanningsinstitusjonen og en situasjon i praksis eller mellom to forskjellige situasjoner i praksis. I figuren går pilen kun en vei, fra lærings- til anvendelsessituasjonen. Imidlertid kan man også tenke seg at pilen kan gå motsatt vei, altså fra praksissted til skolesituasjon. For å oppnå overføring viser forskning angående *læringssituasjonen*, at det er viktig at deltakerne ikke bare får presentert eksempler på teorien, men at de også selv arbeider med å eksemplifisere den teoretiske viten (Stark, 2000). Hos profesjonsstudenter er det videre funnet at effekten av eksempler i undervisningen er beskjeden dersom studentene ikke forstår hvilke betingelser som skal være til stede for at en bestemt kunnskap kan anvendes (Aarskog, 1998; Chi *m. fl.*, 1989).

Når det gjelder *den lærende* er det blitt fokusert mye på betydningen av studentenes interesse for å anvende det lærte i praksis. Muligheten for å skape overføring er således avhengig av hvordan man på studiested, så vel som praksissted, understøtter denne interessen (Eraut, 1994). I forlengelse av dette er det blitt argumentert for at overføring ikke kun er et spørsmål om å skape forståelse hos studenten, men også om å utvikle dennes personlighet på en måte som «disponerer» for å tenke på bestemte måter (Bereiter, 1995).

Angående *innholdet* som skal overføres, skilles det ofte mellom spesifikk og generell overføring. Spesifikk overføring gjelder innhold av en konkret karakter, i forbindelse med en yrkesoppgave typisk noe som knytter seg tett til selve utførelsen av arbeidet (Persson, 1995), f.eks. når en sykepleier overfører teknikker vedkommende har lært i forbindelse med å legge opp et drypp, forbinde sår eller lignende. Når man snakker om generell overføring dreier det seg på den annen side om et innhold av mer allmenn karakter. Det har f.eks. blitt gjennomført en rekke studier angående overføring av problemløsningsevne (Ellis, 1965), noe som har vist seg å være svært krevende. Generelt forutsetter overføring av generell kunnskap en evne til å «oversette» kunnskapen til den konkrete situasjonen og konteksten man står i – det vi si at man får øye på relevante likheter og forskjeller – som igjen forutsetter at man er i besittelse av en relevant abstraksjonsevne (Stevenson, 2002).

Når det gjelder *anvendelsen* er en av hovedutfordringene vedrørende overføring at mange utdanninger, også profesjonsutdanninger, er preget av en forholdsvis tradisjonell oppfatning når det gjelder trinnene i denne prosessen (se for eksempel Hiim og Hippe, 2001). Først tilegner man seg ferdigheter eller kunnskap i en skolesituasjon, for så senere å anvende kunnskapen eller ferdighetene slik at man i praksis kan løse et problem. Denne oppfatningen, som Schön (1983) omtaler som teknisk rasjonalitet, er gjentagende ganger blitt problematisert. For å bidra til en mer nyansert oppfatning av hva overføring kan innebære relatert til anvendelse, er det for eksempel blitt gjort et skille mellom gjentakelse, applikasjon, fortolkning og assosiasjon (Eraut, 1994). Hvilke av de forskjellige anvendelsesmodusene som er aktuelle, avhenger av det angjeldende problemets karakter – og fordrer ulike former for kunnskap, forståelse og mestring.

Det siste elementet som er knyttet til overføring, nemlig selve *anvendelsessituasjonen*, er særlig interessant i vår sammenheng. Tidligere forskning tyder på at det er en rekke forhold i anvendelsessituasjonen som har innvirkning på i hvilken grad man oppnår overføring. I litteraturen anvendes gjerne begrepet «transferklima» for å beskrive i hvilken grad og hvordan en praksisarena understøtter overføring av kunnskap og ferdigheter (se for eksempel Aarskog, 2003; Bates *m. fl.*, 1996; Miettinen og Peisa, 2002). Følgende faktorer er i litteraturen fremhevet som særlig sentrale for å oppnå et gunstig transferklima:

- *Veileders støtte* gjennom at overføringsmulighetene fremmes av en person med god kjennskap til og forståelse for hvordan arbeidserfaringer kan henge sammen med det som foregår i den skolebaserte utdannelsen.
- *Personlig utbytte* ved at det legges til rette for anvendelse av det praksisstudenten har med seg av kunnskaper og ferdigheter, og at vedkommende får hyppige og konstruktive tilbakemeldinger på de ulike aspektene ved utførelsen.
- *Variasjon i arbeidsoppgaver* med hensyn til bl.a. innhold, vanskelighetsgrad, samarbeid, interaksjonsmuligheter, rutinepreg og frihet til å prøve seg fram.

Mye av forskningen om overføring konkluderer at samarbeidet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted er av avgjørende betydning for overføringsmulighetene, og at det er viktig at dette samarbeidet går tett på det man gjerne ser at studentene er i stand til å overføre fra skolesituasjonen til arbeidet (Aarskog, 2003; Hansen, 2004; Miettinen og Peisa, 2002). Et springende punkt når det gjelder dette samspillet, er hvorvidt det hos relevante aktører råder en generell positiv interesse for og støtte til, at praksisstudenten skal få mulighet til å prøve ut, fremlegge og diskutere det lærte.

2.1 Kunnskap i et situert perspektiv

I den situerte tradisjonen forstås læring som et produkt av deltagelse i forskjellige sosiale praksiser. Sentralt i denne tradisjonen står begrepet «legitim perifer deltagelse» og i forlengelsen av dette et begrep om «baner» (trajectories). (Lave og Wenger, 1991; Wenger, 1998).

Med legitim perifer deltagelse forsøker Lave & Wenger og Wenger å gjøre rede for hvordan individer kan være en del av et praksisfellesskap (community of practice) der læring og kunnskap eksisterer og produseres, til tross for at man ikke er 100 % fullverdig medlem av fellesskapet. Hvordan kan man inneha en legitim posisjon i fellesskapet, en posisjon som gjør at man gradvis blir tatt opp, og etter hvert blir et fullverdig medlem? *Legitim* refererer til at en er akseptert og tar del i ressurser og at nykommerne må bli tilkjennegitt en posisjon som potensielt medlem. *Perifer* dreier seg om å være plassert i det sosiale rommet og refererer videre til muligheten for å være en del av fellesskapet men for eksempel med lavere intensitet, lavere risiko, assistanse og andre virkemidler som kan fremme erfaringslæring i nye kontekster. *Deltakelse* innebærer at læring nettopp ses som deltakelse i praksisfellesskap. Å skifte plass og perspektiv er en del av aktørens læringsbane, utvikling av identitet og former for medlemskap. Perifer deltakelse kan føre til full deltakelse. Først i en slik situasjon, altså når posisjonen er legitim og perifer, kan læring foregå. Etter hvert vil selvsagt den perifere posisjonen bli mindre perifer, og man kan bli fullt og helt deltager i fellesskapet. Dette er selvsagt en prosess der tid spiller en vesentlig rolle. Vi kan altså til en viss grad snakke om en bane inn i et fellesskap der individet gradvis tar del i kunnskapen som eksisterer (og blir en del av den kunnskapen selv). Dette kunne også vært beskrevet som en læringsbane.

Wenger (1998) bruker også begrepet «trajectory» eksplisitt om individuell læring. Men et vesentlig poeng her er at Wenger ikke oppfatter læring som en tilegnelse av kunnskap, men som en identitetsforandring eller identitetsutvikling. Identitet forhandles gjennom deltagelse i forskjellige sosiale praksiser og deltagelse i forskjellige praksiser skjer gjennom ulike typer baner. Det kan finnes forskjellige typer baner avhengig av om man er på vei ut av eller inn i et fellesskap og hva slags posisjon man har i fellesskapet, men de har det til felles at de former identiteten til individet, og at banene beskriver en utvikling over tid (temporalitet).

Bestemte praksisfellesskap har bestemte modeller for baner i fellesskapet. Slike paradigmatisk baner er ikke bare et sett med overgangsriter, men bærer i seg hele historier og forståelser om hva det vil si å være deltager i fellesskapet. Å delta i slike paradigmatisk baner utøver en sterk påvirkning på individet: «Exposure to this field of paradigmatic trajectories is likely to be the most influential factor shaping the learning of newcomers (...) No matter what is said, taught, prescribed, recommended, or tested, newcomers are no fools: once they have actual access to the practice, they soon find out what counts» (s. 156). Sett i et utdanningsøyemed innebærer dette at deltagelsen i fellesskap er det som er å lære. Og selve profesjonspraksisen og profesjonsutdanningen vil være to forskjellige fellesskap med forskjellige paradigmatisk baner som studentene skal delta i. Studentene vil nærme seg en type forståelse i utdanningssystemet, og en annen i praksisfeltet. Allerede Dewey (1904) påpekte at det ofte er en motsetning mellom forståelsen av kunnskap mellom utdanning og praksisfeltet.

I perspektivet til Wenger (1998) og Lave & Wenger (1991), vil altså individet formes gjennom forskjellige type deltagelse i forskjellige type praksiser, og identitetsforandringen som dette innebærer er det som er læring. Det pekes altså både på en utvikling over tid, og en påvirkning fra de fellesskap man inngår i. En læringsbane – learning trajectory – vil da innbefatte individets utvikling over tid i samspill med de fellesskap det inngår i.

Også i sosiologiske studier av profesjonsutdanninger har man vektlagt formingen av identitet og holdninger og verdier. De tidligste studiene var av medisinstudiet i USA på femti- og sekstitallet (Becker *m. fl.* , 1961; Merton *m. fl.* , 1957), og denne tilnærmingen har blitt videreført og utviklet i nyere studier der man også kobler de profesjonssosiologiske perspektivene opp mot kunnskapstilegnelse og overføring (transfer) (se for eksempel Vågan, 2009). Utdanning forstås i denne tradisjonen ikke bare som tilegnelse av kunnskap som skal anvendes, men også som en introduksjon til de normer og

verdier, formelle og uformelle, som legger føringer for arbeidet som en profesjonsutøver. Innenfor denne sosiologiske tradisjonen hadde man en tidligere vektlegging av kontekstene og det situasjonsbestemte i læring og utvikling enn i de mer pedagogiske og kunnskapsorienterte tilnærmingene nevnt over.

2.2 Metodisk fremgangsmåte

I samråd med oppdragsgiver ble det besluttet at den primære datainnsamlingen bør skje gjennom fokusgruppeintervjuer blant personer med ansvar for planlegging og gjennomføring av praksisstudier for de aktuelle studentgruppene, samlet på ett felles praksissted. Siden dette kan være vanskelig å få organisert innenfor en kort prosjektperiode gjorde vi også noen supplerende intervjuer per telefon med enkeltpersoner. En kvalitativ forskningsdesign ble ansett som mest hensiktsmessig fordi formålet med studiet er å fremskaffe et så rikt materiale som mulig, angående opplevelse av kvalitet, omfang og organisering, fra nøkkelpersoner tilknyttet praksisstudiene innen de aktuelle tjenesteområdene. Gruppeintervjuer var da godt egnet til å få frem bredden i synspunkter på en effektiv måte, fordi vi kunne ta utgangspunkt i de forskjellige gruppenes erfaringer. Det ble organisert åtte gruppeintervjuer på strategisk valgte praksissteder, der flere utdanninger og aktører var representert i gruppene. I intervjuene ble det lagt noe vekt på å finne forskjeller mellom fag og grupper, men mer på de generelle erfaringene.

En semi-strukturert intervjuguide ble utarbeidet i samråd med oppdragsgiver basert på hva man i tidligere forskning og i det teoretiske rammeverket har pekt på som sentrale faktorer for å få til god praksis (vedlegg 1). Totalt gjennomførte vi åtte intervjuer med 32 personer, spredt utover kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Praksisstedene ble valgt strategisk ut fra de kriteriene oppdragsgiver la frem i utlysningen: De skulle være sentralt plassert i særlig viktige praksisarenaer, samt representere både spesialisthelsetjenesten og den kommunale omsorgs- og helsetjenesten for de aktuelle studentgruppene. Videre ble det også tatt et visst hensyn til at utvalget av praksisarenaer skulle dekke en variasjon med hensyn til størrelser på kommuner og virksomheter, type virksomhet, geografi, avstand til studiested, pasientgrunnlag og pasientpopulasjon. Her måtte vi også ta hensyn til gjennomførbarhet av prosjektet innenfor de oppgitte rammene. Alle praksisstedene ligger derfor på østlandsområdet, men i varierende avstand fra praksissteder, er i store og små kommuner, og representerer offentlige og private aktører.

I utvelgelsen av praksissteder ble informasjon fra evalueringen av ordningen med samarbeidsmidler (Caspersen, 2011) og en undersøkelse blant praksisveiledere i en del høyskoleutdanninger (Hatlevik, 2012) undersøkt som mulig utgangspunkt for å finne frem til utdanninger som enten har spesielle utfordringer knyttet til praksis, eller som ser ut til å være spesielt gode på praksis og samarbeid med praksisfeltet. En ulempe med denne fremgangsmåten er at utvalget ville basert seg på studieledernes vurderinger, ikke praksisfeltet. For å finne fram til praksissteder var det nødvendig å gå via utdanningsinstitusjonene og studielederne, og det viste seg da at variasjonen i studieledernes erfaringer var så stor at det å velge ut noen få, representative praksisplasser var svært vanskelig. Det endelige utvalget ble derfor gjort med sikte på å få en viss bredde i materialet, men med erfaringene fra de tidligere undersøkelsene i bakhodet.

Rekrutteringen av intervjudeltakere startet med å kontakte studieledere ved de aktuelle høyskolene. Studielederne formidlet kontakt til administrativt eller faglig ansatte med oppdaterte lister over praksisveiledere og koordinatorene. Dette måtte gjøres for fire utdanninger på forskjellige studiesteder og høyskoler. Deretter tok vi kontakt med koordinator eller avdelingsleder ved et utvalg virksomheter som hadde studenter i praksis, og fikk koordinator/avdelingslederne til å sette opp et gruppeintervju. Dette medførte altså at koordinator/avdelingsleder hadde mulighet til å håndplukke intervjudeltakere, og altså hadde gode muligheter til å sikre seg at personer med bestemte meninger og erfaringer deltok. På spørsmål om hvordan informantene hadde blitt kontaktet av sine koordinatorene/avdelingsledere oppga likevel de fleste at det hadde gått ut en generell forespørsel de

hadde respondert på, og altså ikke blitt selektert direkte. Likevel gir dette en sterk grad av selvseleksjon som kan ha vært med på å styre resultatene våre. Hvilken retning det i så fall har styrt resultatene er vanskelig, om ikke umulig, å si.

3 Rammevilkår for veiledning

I dette kapitlet presenterer vi først en del fakta om hvordan veiledning i praksis er organisert og styrt, før vi presenterer og diskuterer hva våre informanter, praksisveilederne og koordinatorene, opplever som vesentlig ved styring og organisering av praksisen.

Praksisfeltets ansvar for å ta imot og veilede studenter og elever i praksisperiodene kan være hjemlet i lov, forskrift, vedtekter, instruks, ulike styringsdokumenter som tildelingsbrev og oppdragsdokumenter eller i samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet. I hvilken grad det er fastsatt et slikt ansvar varierer fra utdanning til utdanning og fra sektor til sektor. På enkelte områder er det lovfestet klare forpliktelser for praksisstedene til å sørge for at studenter og elever får den nødvendige opplæringen. Mens de regionale helseforetakene har et selvstendig, lovpålagt ansvar for å sørge for at studenter og elever får gjennomført praksisopplæringen, er kommunesektorens ansvar definert som et medvirkningsansvar og ikke som et selvstendig ansvar slik det er i spesialisthelsetjenesteloven. En annen forskjell er at de regionale helseforetakene styres gjennom oppdragsdokument og foretaksmøter. Oppdragsdokumentet har et eget kapittel om utdanning av helsepersonell der ansvaret for praksisundervisningen er nærmere omtalt.

Kvalifikasjonsrammeverk beskriver kvalifikasjonene i utdanningssystemet i form av læringsutbytte. Slike rammeverk er under innføring i hele Europa og finnes også i andre deler av verden. Formålet er blant annet å gjøre det lettere å sammenligne kvalifikasjoner over landegrensene. I Norge ble læringsutbyttebeskrivelser for gradsnivåene i høyere utdanning fastsatt i 2009. Kvalifikasjonsrammeverket går imidlertid ikke inn på enkeltutdanninger eller fagområder, men stiller felles krav til all utdanning på samme nivå i utdanningssystemet. Det forventes likevel at innføringen av kvalifikasjonsrammeverket i 2012 vil være et viktig bidrag til kvalitetsheving også av de helse- og velferdsutdanningene.

Et annet, mer indirekte styringsmiddel er autorisasjon. 29 yrker i helse- og velferdstjenestene er underlagt krav om autorisasjon etter lov om helsepersonell. I dag gis det automatisk autorisasjon ved fullført utdanning, unntatt for yrker der det kreves turnustjeneste. Dermed er det utdanningsmyndighetene og ikke sektormyndighetene som gjennom rammeplanen fastsetter hva sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeut skal kunne.

Per i dag er således rammeplaner den viktigste styringsmekanismen når det gjelder innhold og organisering av de fire aktuelle utdanningene. Rammeplanene regulerer oppbygningen av og innholdet i utdanningene, og fastlegger dermed også strukturen av utdanningene. De er forpliktende og skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige uavhengig av institusjon.

3.1 Hvordan er praksis organisert i de fire utdanningene?

Rammeplanene for de fire aktuelle helseutdanningene angir mål og formål for utdanningene, viser utdanningenes omfang og innhold og gir retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsordninger. Rammeplanene er forpliktende for institusjonene, de tilsatte, studentene og representantene for praksisopplæringen og skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige, uavhengig av institusjon. Med utgangspunkt i rammeplanene utarbeider institusjonene fagplaner som viser hvordan de organiserer og tilrettelegger studieprogrammene innenfor de grenser rammeplanen fastsetter. I fagplanen konkretiserer utdanningsinstitusjonene innhold og integrering av de ulike hoved- og delemnene. Utdanningene skal også oppfylle krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelse, spesielle direktiver fra EU, og internasjonale konvensjoner. Rammeplanen for sykepleie er mye mer omfattende og detaljert angående praksis enn de andre utdanningene og vies derfor mest plass her.

For sykepleierutdanningen utgjør altså praksisstudier og ferdighetstrening til sammen 90 studiepoeng. Ferdighetstrening, forberedelser og refleksjon over praksis, skal ifølge rammeplanen for sykepleierutdanningen utgjøre 15 studiepoeng. Dette innebærer at studentene øver på og reflekterer over sentrale ferdigheter for yrkesutøvelsen. Ferdighetstrening og øvelser kan ifølge rammeplanen gjennomføres i utdanningsinstitusjonens øvingsposter, demonstrasjonsrom eller i forbindelse med praksisstudier utenfor utdanningsinstitusjonen.

De øvrige 75 studiepoengene av praksisstudiene i sykepleierutdanningen skal ifølge rammeplanen foregå i samarbeid med pasienter og pårørende. Studentenes praksis på praksisstedene skal utgjøre gjennomsnittlig 30 timer per uke og alle deler av praksisstudiene skal være veiledet. Praksisstudiene skal ifølge rammeplanen knyttes til alle hovedemnene som inngår i sykepleierutdanningen. Det kliniske feltets egenart vil være avgjørende for hvordan de ulike hovedemnene vektlegges. Den enkelte utdanningsinstitusjons utarbeidede fagplaner skal gi nærmere beskrivelser av innhold, fordeling, sekvenser, retningslinjer og spesifikke mål for praksisstudiene. For å oppnå optimal yrkeskompetanse forutsettes det at:

- praksisstudiene er planlagt og målrettet
- yrkesutøvelsen ved praksisstedet er relevant for sykepleierfunksjonen
- studentene får jevnlig veiledning, oppfølging og vurdering
- lærestedets undervisningspersonell veileder og medvirker til å tilrettelegge gode læresituasjoner, noe som innebærer jevnlig tilstedeværelse i praksis
- praksisstedets sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring

For hver praksisperiode skal utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet ifølge rammeplanen, sammen utarbeide konkrete planer for praksisstudiene som beskriver hva studentene kan lære på det enkelte praksissted. Det er lærestedet som har hovedansvar for å påse at planene er i samsvar med rammeplanens formål, mål og krav til kompetanse en nyutdannet sykepleier skal inneha. I rammeplanen forutsettes det at veileder må være kompetent og fortrinnsvis være sykepleier. Annet personell kan gi tilleggsveiledning eller inneha veilederansvaret på arenaer hvor annet personell har likeverdig kompetanse eller spesialkompetanse.

For hver praksisperiode skal det utarbeides operasjonaliserte mål som er utledet fra rammeplanens mål beskrevet under handlingskompetanse. Vurdering skal skje fortløpende gjennom praksisstudiene ut fra gjeldende målsettinger for den enkelte praksisperiode i tillegg til fortløpende skikkethetsvurdering. For at studentene skal kunne vurderes etter endt praksisperiode stiller rammeplanen krav om at denne må ha en varighet på minst 6 uker.

Praksisstudiene for sykepleierutdanningen skal ifølge rammeplanen omfatte følgende områder:

1. Specialisthelsetjenesten innen medisin
2. Specialisthelsetjenesten innen kirurgi
3. Psykisk helsearbeid og psykiatri

4. Eldreomsorg og geriatri
5. Hjemmesykepleie
6. Ferdighetstrening, forberedelser til og refleksjon over praksisstudier

Minst tre av praksisperiodene under områdene 1-5 må ha en varighet på minst åtte uker, herav minst en periode i spesialisthelsetjenesten. De øvrige periodene må ha en varighet på minst seks uker. Alle praksisperiodene skal være gjenstand for vurdering. Praksisstudiene kan organiseres slik at studenten gjennomfører praksis som inkluderer flere områder samtidig. Minst en praksisperiode skal ifølge rammeplanen gjennomføres i første studieår.

Når det gjelder vernepleierutdanningen skal praksisstudier og ferdighetstrening utgjøre minimum 60 studiepoeng hvorav 48 studiepoeng skal være i direkte brukerkontakt. Praksisstudiene skal ifølge rammeplanen knyttes til alle hovedemnene som inngår i vernepleierutdanningen. Det skal utarbeides gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler mellom institusjonene og praksisfeltet. Avtalene skal sikre tilgang til egnede praksisplasser og beskrive oppgaver, roller og ansvarsfordeling. Det bør ifølge rammeplanen legges til rette for kontakt med forskjellige arbeidsplasser, slik at studentene kan skaffe seg kunnskap om yrkesrollen i ulike virksomheter. Institusjonene har ansvar for at studentenes mestring i praksis vurderes, og praksisstudiene og ferdighetstreningen skal organiseres slik at faglig progresjon fremmes. Veiledete praksisstudier innebærer jevnlig veiledning med vurdering av studentens fungeringsnivå og kompetanse. Vurdering skal være en kontinuerlig og obligatorisk del av praksisundervisningen.

For fysioterapiutdanningen skal praksisstudier og ferdighetstrening utgjøre 75 studiepoeng. Det er ifølge rammeplanen et krav at utdanningen tilrettelegger for praktisk/klinisk læring på utdanningsinstitusjonen og i praksisfeltet. Ferdighetstrening på utdanningsinstitusjonen skal omfatte 30 studiepoeng, og praksisstudier skal utgjøre 45 studiepoeng. Praksisstudiene skal hovedsakelig omfatte aktivt pasient-/klientrettet arbeid og være veiledet av kompetent og autorisert fysioterapeut. Veiledet praksis innebærer veiledning og vurdering samt utveksling av refleksjon mellom studenter og veileder. Det skal utarbeides gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt. Vurdering skal være en kontinuerlig og obligatorisk del av praksisundervisningen.

For ergoterapiutdanningen skal praksisstudier normalt utgjøre 60 studiepoeng og ferdighetstrening minimum 15 studiepoeng. Institusjonene kan redusere praksistiden med maksimum 15 studiepoeng, men disse må da erstattes med 15 studiepoeng brukerrrettet ferdighetstrening ved institusjonen, slik at praksisstudier og ferdighetstrening til sammen utgjør 75 studiepoeng. Praksisstudier skal knyttes til alle hovedemnene som inngår i utdanningen. Praksisstudier skal inkludere ukentlig veiledning av kompetent veileder, primært av ergoterapeut. Det skal utarbeides gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler mellom institusjon og praksisfelt. Avtalene skal sikre tilgang til egnede praksisplasser og skal beskrive roller, arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling.

Generelt har rammeplanen for de fire utdanningene, og spesielt for sykepleierutdanningen, vært kritisert for å begrense institusjonenes faglige autonomi, hemme nytenkning og hindre lokale tilpasninger i gjennomføringen av utdanningene. I noen tilfeller hevdes de også å være i utakt med utviklingen i tjenestene.³ I tillegg til disse innvendingene pekte Stjernø-utvalget på at rammeplanene ikke gir noen garanti for kvalitet, og at undersøkelser har vist at det er svært forskjellig hvordan de ulike utdanningsinstitusjonene følger dem opp i sine fagplaner. Relatert til denne problemstillingen er at rammeplanene legger stor vekt på innsatsfaktorer, mens de siste årenes utvikling i styring av høyere utdanning legger vekt på resultater og kandidatens sluttkompetanse. En innvending mot *enkeltvise* rammeplaner for de ulike utdanningene er at de, i en situasjon der tjenestene etterlyser tverrfaglighet og samhandling, tvert imot kan bidra til å befeste skiller mellom utdanningene. I stortingsmeldingen *Utdanning for velferd* (Stortingsmelding 13, 2011-2012) diskuteres det om man i stedet for rammeplaner bør innføre en felles forskrift for de rammeplanstyrte utdanningene, men dette

³ Rammeplanen for sykepleierutdanning stiller for eksempel detaljerte krav til praksis ved sengepost, mens dette gradvis både har blitt mindre relevant og samtidig en belastning for praksisstedene på grunn av færre liggedøgn ved sykehusene, noe informantene i denne undersøkelsen også er inne på.

gjør at spørsmålet om hvilken kompetanse som praksis skal bygge opp under og dyrke frem blir stående uavklart.

3.2 Styrende dokumenter og organisering av praksis

Som tidligere nevnt kartla Thune (2011) hvilke faktorer som har betydning for å lykkes i samarbeid mellom høyere utdanning og arbeidsliv, og skiller mellom kontekstuelle, prosessuelle og organisatoriske faktorer. Vabø og Sweetman (2011) finner også en fjerde kategori av faktorer, de fagspesifikke, som har betydning for å lykkes med bruk av praksis i høyere utdanning. Fagenes kunnskapstype og profil har betydning for hvorvidt samarbeid er naturlig, det vil si at faget forvalter en type kunnskap; problemstillinger, teorier og metoder av relevans for bestemte deler av arbeidsliv, slik at samarbeidet kan fungere innenfor en felles målforståelse. I våre data ser det ut til at de fagspesifikke faktorene er svært viktige, selv om det med utvalget av utdanninger er vanskelig å fastslå at det skyldes faget i seg selv, eller måten faget er organisert på den enkelte høyskole. For eksempel veileder alle praksisveilederne i fysio- og ergoterapi studenter fra Høgskolen i Oslo og Akershus, og vi kan ikke si noe om hvordan opplevelsene er for praksisveiledere som har studenter fra andre høyskoler. Det er store forskjeller mellom fag i organiseringen av praksis, og som det vil beskrives er det store forskjeller mellom praksisstedene.

I tillegg til nasjonal rammeplan må sykepleierutdanningen forholde seg til EU-direktiv som legger føringer for studiemodell/studieinnhold. Rammeplanen for de fire utdanningene var gjennom en større revisjon i 2004. Sykepleie ble revidert når det gjaldt praksisstudiene i 2007. Rammeplanene er gitt i form av forskrift med veiledning. Som diskutert tidligere gir rammeplanene en rekke føringer for praksisstudier. Særlig detaljert er dette for sykepleierutdanningene.

På spørsmål om de ved praksisstedene gjorde aktivt bruk av utdanningenes rammeplan i forbindelse med planlegging og gjennomføring av studentenes praksis var svaret fra en koordinator i spesialisthelsetjenesten, representativt:

Nei, vi forholder oss primært til fagplanene som høyskolene har spikka det ned til og retningslinjene for praksis. Det er fagplanen vi får tilsendt fra høyskolen i starten av hver periode før studentene starter. Det er den som studentene har med seg i praksis.

Rammeplanen var for de fleste praksisveiledere ukjent, og i alle fall lite benyttet. Noen av informantene hadde tatt en kikk på rammeplanen i forkant av intervjuet, og uttalte at de opplevde den som overraskende relevant og som et dokument som det kunne vært nyttig å forholde seg til.

Praksisveilederne vi intervjuet forholdt seg til fagplaner fra instituttet, og mest emnebeskrivelser og formuleringer der. Dette var det, som denne koordinatoren fra den kommunale helsetjenesten uttrykte det, veiledende dokumentet for praksis i de fleste tilfeller:

Vi får fra skolen hva som er målsettingen og hva studentene skal tilegne seg i praksis, og hva slags tilleggs kunnskap de er forventet å få med seg.

Formuleringene i disse målsettingsplanene er i tråd med innføringen av nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, i mange tilfeller definert som forventet læringsutbytte, men ikke alltid. Eksempelvis innen sykepleie, ved noen av de større sykehusene, fikk praksiskoordinator tildelt dokumenter som skal være styrende for praksisveiledningen. I fysioterapi og ergoterapi ved de samme sykehusene hadde koordinator fått et arbeidshefte der det står hva studentene skal igjennom. Der formidlet læringsutbyttebeskrivelser hva studenten skal kunne for å bestå, mens andre dokumenter var retningsgivende for hvordan studentene skulle vurderes i praksis. I flere intervjuer ble slike formuleringer opplevd som uklare, særlig for sykepleie, men også for andre grupper:

Dokumentene er ikke tydelige nok for sykepleie. De er modne for en modernisering og en oppgradering. Retningslinjene blir ikke aktivt brukt. Studieplanene kan også bli bedre.

Inntrykket ble bekreftet av en koordinator ved dette sykehuset, som hadde fått samme tilbakemelding fra mange veiledere. De oppga at de brukte lang tid på å tolke hva retningslinjene for praksis egentlig skulle bety. Dette innebærer at det for studentene er uklart hva slags forventninger som stilles til dem.

I andre intervjuer kom det frem at det gjøres mye lokalt arbeid for å klargjøre hva som forventes av studentene, og dette ble også fremhevet som det viktigste for å få til en god praksisperiode. Noen praksissteder utarbeidet en lærekontrakt med studentene, som de også har brukt tid på å gå gjennom på høyskolen i forkant. Denne gikk de gjennom på en forventningssamtale i starten av praksisoppholdet. Ut fra denne kontrakten utarbeidet studentene så handlingsplaner for hver uke, som de gikk gjennom sammen med veileder. I de tilfellene der denne fremgangsmåten ble benyttet kom det fram at dette var en lokal og individuell arbeidsmåte, ikke noe de hadde fått som system fra høyskolen eller hadde utarbeidet systematisk på arbeidsplassen. Fra andre veiledere på samme praksissted (kommunalt sykehjem) ble det oppgitt at høyskolene nok hadde endret praksis litt fra tidligere, og ga klarere beskrivelser for målene med praksis. Dette kan tyde på at det er lokale og individuelle arbeidsmåter som fortsetter blant veilederne, uansett system høyskolene utarbeider.

I tillegg til planene og dokumentene som ble nevnt ovenfor, ble også de profesjonsetiske retningslinjene oppgitt som viktige: En veileder uttalte eksempelvis følgende:

Jeg ber studentene skrive ut de yrkesetiske retningslinjene og lese dem flere ganger gjennom praksisperioden, også for å forstå hva som forventes av dem. Gjerne hver dag. Det å være en student er jo et privilegium, sammenlignet med det å være ferdig og måtte stå på egne ben. Det prøver jeg å få studentene til å forstå gjennom veiledning.

Denne måten å arbeide med yrkesetiske retningslinjer understreker for det første det individuelle i hvordan praksisperioden i mange tilfeller organiseres fra praksisveileders side, men viser også viktigheten av det profesjonssosialiserende og identitetsutviklende som også er et formål med praksis, slik det diskuteres i avsnitt 5.3.

Organiseringen av praksis varierte mellom fag og steder, og mest overraskende var kanskje den store variasjonen mellom de forskjellige faggruppene på de stedene som hadde egne ansatte til å koordinere utdanningene.

Vi har prøvd ut forskjellige modeller, 1:1, 1:2, og «studenttett tun» med åtte studenter og 6 sykepleiere. Det er først nå vi har fått til god veiledning, med et ordentlig tillitsforhold. Gir mulighet til å sette seg godt inn i pasient og prosedyrer før man går ut til pasienten og får god evaluering etterpå på det man har gjort. Gir de mulighet til å bruke hverandre. (Fra ett sykehus, sykepleie).

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst er pålagt å ha utdanningskoordinator, men det var tydelig at dette dreide seg om en koordinerende funksjon for å fordele studenter, og ikke innebar særlig ansvar for innhold. Samtidig gjorde koordinatorene en jobb for å utvikle utdanningstilbudet til praksisveilederne, for å heve veilederkompetansen. Dette innebar også å ha kontakt med institusjonene omkring samarbeidsmidlene, noe som for øvrig ble ansett som en viktig og vanskelig konstruksjon, som det diskuteres i neste avsnitt.

3.3 Økonomi og lovverk for praksisplasser

Modellene for beregning av kostnader i forbindelse med praksis har endret seg opp gjennom årene. I 1992 ble det etablert en ordning med praksisveiledningsmidler, i den hensikt å bedre kvaliteten på

praksisundervisningen i sykepleierutdanningen. Ordningen gikk ut på at midlene for praksisveiledning ble lagt til høyskolene, og basert på forpliktende samarbeidsavtaler med praksisstedene ble det utbetalt veiledningshonorar. I perioden fra oppstarten i 1992 og fram til 2005 utviklet de andre helse- og velferdsutdanningene med obligatorisk praksis svært ulike ordninger for honorering av veiledning i praksisfeltet, men uten tilskudd fra departementet (Caspersen, 2011). I Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004) ble det fremmet forslag om en mer likeartet finansiering for studenter fra universiteter og høyskoler med praksisundervisning i helseforetakene. Forslaget førte i statsbudsjettet 2003-2004 til omlegging av finansieringen for praksisundervisning i spesialisthelsetjenesten. I denne sammenhengen ble også bruken av praksisveiledningsmidlene vurdert. I statsbudsjettet for 2006 frontet Kunnskapsdepartementet og Helse- og Omsorgsdepartementet en omlegging fra praksisveiledningsmidler til det som da skulle hete samarbeidsmidler. Samarbeidsmidlene skulle brukes på samarbeidsprosjekter mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet, og skulle føre til

- bedre samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt
- bedre praksisopplegg og praksisveiledning,
- bedre integrering av teori og praksis i utdanningene
- mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid

Midlene skulle bli «videreført på samme nivå som tidligere», det vil si at summen av overføring av praksisveiledningsmidler knyttet til sykepleierutdanningen siden 1992, pluss de midlene øvrige utdanninger over eget budsjett hadde utviklet ordninger for honorering av praksisveiledning/praksissted, skulle være grunnlaget for samarbeidsmidlene. Samlet for høyskolesektoren anslo Kunnskapsdepartementet dette til å utgjøre ca. 54 millioner kroner i 2004. De regionale samarbeidsorganene mellom høyskoler og spesialisthelsetjenesten ble gitt i oppdrag å vurdere og prioritere mellom de ulike prosjektene, og rapportere fra dette arbeidet til departementene. Det er de regionale helseforetakene som administrerer de regionale samarbeidsorganene. Her er kommunene ikke formelt representert. Evalueringen av ordningen med samarbeidsmidler (Caspersen, 2011), viste at det var kun for fire av 27 utdanninger at samarbeidsmidlene faktisk ble diskutert og prioritert i samarbeidsorganene. Seks institusjoner oppga at regionale samarbeidsorgan ikke var involvert i tildelingsprosessen i det hele tatt, elleve at samarbeidsorganet ble informert gjennom årlige rapporter. Rent faktisk var det altså høyskolene som fortsatte å forvalte samarbeidsmidlene, og bestemte hvilke prosjekter som skulle få støtte.

I våre intervjuer var den generelle oppfatning at det ikke fantes noen penger knyttet til praksisveiledning. Dette ble, helt korrekt, avvirket i 2006. I spesialisthelsetjenesten ble penger til å finansiere praksis oppfattet som bevilget over det generelle budsjettet til institusjonene. I kommunene var det en delt oppfattelse av at det ikke fantes penger i å ha studenter i praksis, bortsett fra i én kommune hvor kommunen selv ga en symbolsk sum (oppgitt til ca. 1500 kroner) til fysioterapeutene som hadde veiledningsansvar i praksis.

Ordningen med samarbeidsmidler var til dels kjent, men ble oppfattet som svært tidkrevende å involvere seg i. I og med at midlene ble forvaltet av utdanningene ble det oppfattet som svært vanskelig å få til samarbeidsprosjekter. For å få til prosjekter er det viktig for praksisfeltet å ha de rette kontaktene blant fagpersonalet på høyskolen, slik at prosjektene faktisk blir initiert. I kommunen som hadde organisert seg med en felles koordinator for alle praksisplasser var det også denne personens oppgave å holde kontakt med høyskolen for å finne frem til og utvikle nye samarbeidsprosjekter, og de hadde en klar ambisjon om å være aktive i å skaffe seg nye midler.

Jeg skal på informasjonsmøte om dette i januar. Min erfaring er at det ikke møter opp høyskoleansatte, lærere og lektorer, så fremt de ikke har noen etablerte avtaler med praksispersonalet på forhånd. Men det er her vi får beskjed om at vi kan knytte kontakter og etablere prosjektideer. Så det å få etablert kontakt er veldig vanskelig. Har oppfordret virksomhetene i kommunen til å tenke på tema i god tid på forhånd, slik at vi kan ta kontakt med høyskoleansatte som kan ha interesse for å samarbeide med oss. Vi opplever at det er veldig vanskelig å få lektorene til å komme på banen på

prosjekter. Det blir veldig personavhengig fra høyskolesiden. For et par år siden hadde vi gode prosjekt på vernepleie, men det skyldtes at de høyskoleansatte tok direkte kontakt med oss.

Med denne bakgrunnen ble det opplevd som «litt feil» at det skal være helt opp til de høyskoleansatte om det skal bli noe av, mens når initiativene kommer fra kommunen ble det opplevd at det var kjempevanskelig å få til noe. Det ble av kommunekoordinatoren beskrevet som et vanskelig balanseforhold mellom høyskolen og praksisfeltet, i og med at man både skal forbedre kvaliteten på praksis for studentene, og samtidig forbedre kvaliteten på tjenestene.

I praksisplassene i kommunene var det ingen av dem vi intervjuet som hadde vært med på prosjekter finansiert av samarbeidsmidlene, og heller ikke forsøkt å søke om prosjektmidler. I den grad de kjente til ordningen ble det oppfattet som helt urealistisk å finne tid, eller bruke fritid, på å utarbeide prosjekter som praksiskoordinator ikke engang hadde et særlig håp om at de skulle nå frem i konkurransen. På ett sykehjem uttalte en koordinator det følgende:

Overgangen til samarbeidsmidler, prosjekter vi skal samarbeide om, det har vi ikke gjort mye av. Vinninga går litt opp i spinninga, det er mye jobb med å få de prosjektene.

I spesialisthelsetjenesten var heller ikke særlig mye oppmerksomhet gitt til samarbeidsmidlene. Noen steder omtalte praksiskoordinator midlene på måter som tilsynelatende var i svært lite overensstemmelse med hvordan ordningen er ment å fungere:

Det er jo en del kostnader i forbindelse med praksisstudier, og det er vel først og fremst samarbeidsmidlene som skal dekke dette. Disse pengene beregnes til 150 kroner per student per dag. Før var dette penger som gikk til avdelingene, men nå må vi inn og forhandle med høyskolen om hvordan vi skal få del i midlene, gjennom prosjekter som skal fremme praksis. Praksisfeltet melder at det er lite godtgjøring, særlig når de sammenligner seg med lærere som får en viss kompensasjon føler de at de ikke tar særlig del i samarbeidsprosjektene. Det er mange faktiske kostnader med å ta imot studenter, f.eks. ID-kort for alle studenter, og datatilgang. Dette er jo tjenester vi kjøper eksternt og betaler for.

Her omtaler praksiskoordinator samarbeidsmidlene som penger som følger studentene som en fast sum, og som praksisstedene kan gå inn og forhandle med utdanningsinstitusjonene om.

Det er viktig å understreke at selv om det ikke lenger følger penger med å veilede studenter ble ikke dette oppfattet som et stort problem for praksisveilederne. Selv på sykehjemmet der man sa at «vinninga med å skaffe samarbeidsmidler går opp i spinninga», understreket informantene at man heller tok den belønningen det er å ha studenter i praksis. Studentene opplevdes som en ressurs på mange måter. Det var kanskje særlig de med et lederansvar og da også koordineringsansvar som understreket dette, og noe av grunnen var at de så på det å ha studenter i praksis som en viktig rekrutteringskanal, både til ekstravakter underveis i studiet og til jobber som ferdig utdannet senere.

Som det ble nevnt innledningsvis er praksis for helsefagene i kommuner styrt av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., § 8-1 (tidligere i kommunehelsetjenesteloven, § 6-1). I «Utdanning for velferd» (stortingsmelding 13, 2011-2012, s. 75) diskuteres det at formuleringen i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester anses som svakere enn i spesialisthelsetjenesten. Ordlyden er at «enhver kommune plikter til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning og praktisk opplæring.» Spesialisthelsetjenesteloven er tydeligere formulert, og der heter det, § 3-5, at organisasjonene «skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen». Kommunesektoren, i motsetning til spesialisthelsetjenesten, oppfattes altså å ikke ha

et selvstendig ansvar for praksisundervisningen, kun et medvirkningsansvar (stortingsmelding 13, 2011-2012).

I «Utdanning for velferd» (stortingsmelding 13, 2011-2013), sies det at «regjeringen vil vurdere om en lovfestet plikt [til å være arena for praksisopplæring] for alle sektorene og forvaltningsnivåene kan bidra til at elever og studenter får den nødvendige praksisopplæringen», men man har der enda ikke tatt stilling til en slik lovfesting. Dette må også sees på bakgrunn av det mangfoldet i lovgivning som følger av sektoransvarsprinsippet for praksisopplæringa. Slik Grønn (2010: 65, tabell 9) beskriver det er det fem forskjellige departementer⁴ og syv forskjellige lovverk som er eller bør være involvert i kvalitetssikring av rammebetingelsene for praksisstudiene.

Våre informanter jobbet i kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, og hørte således inn under Helse- og omsorgsdepartementet og spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Blant de praksisveilederne vi intervjuet var det lite oppmerksomhet omkring formuleringene i lovverket. Heller ikke for informanter med koordinatoransvar var det særlig kjennskap til forskjellene mellom forskjellige lovverk. Både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten ble det tolket som et krav at de skulle ta imot studenter i praksis. Dersom man sa nei til å ta imot studenter i kommunehelsetjenesten ble det gjort med begrunnelse i ekstraordinære bemanningssituasjoner, men på de institusjonene vi har vært på besøk ble det i så fall ordnet slik at andre avdelinger tok imot studenter. Det ble oppfattet som en del av stillingen, og det sto i de fleste stillingsbeskrivelser, ut fra det vi fikk opplyst, at de skulle bidra til opplæring på arbeidsplassen. Dette ble av de fleste forstått som også å inkludere praksisopplæring.

Til tross for lite kjennskap til lovverket og formuleringene der, var de praksisansvarlige svært opptatt av hva slags muligheter man hadde for koordinering og avtaler. Dette gjaldt selvsagt særlig for informantene med koordinatoransvar, og særlig i kommunene. Et tydelig eksempel på utfordringene som følger av et uklart eller manglende avtaleverk kan finnes i kommunen som har opprettet en egen koordinatorstilling for all praksis i kommunens virksomheter. Her har høyskolen blitt informert om at all kontakt med praksisstedene skal gå gjennom denne personen, men likevel fortsetter utdanningene å ta kontakt direkte med praksisplassene i mange tilfeller:

På tross av utallige oppfordringer til høyskolene om å gå via koordinator, så fortsetter de å ta kontakt direkte med avdelinger og ledere der. Jeg forstår høyskolenes iver etter å skaffe praksisplasser, men det skaper mye dobbeltarbeid og rot for oss. Jeg tror at jeg har praksisplasser tilgjengelig, også viser det seg at de har tatt direkte kontakt med virksomhetene allerede, uten at jeg er informert.

Utfordringene med dette blir ekstra vanskelige å håndtere siden det ikke bare er høyskolens studenter som bruker kommunen som praksisplass. Det er også et stort trykk av elever fra videregående opplæring og andre som skal ha praksiserfaring for eksempel gjennom NAVs programmer. Her opplever praksisstedene likevel at kontakten og koordineringen er enklere, fordi man etablerer bindende avtaler:

Jeg koordinerer også for videregående og lærlinger, og for skolen vi samarbeider med har vi inngått en avtale om hvor mange elever per semester og skoleår og andre tema. Det er bra, da kan jeg bare sende ut til virksomhetene tidlig hvor mange som kommer denne våren, og de kan forberede seg.

For samarbeidet med høyskolene har man ikke et slikt avtaleverk, og ofte opplever koordinator at planleggingshorisonten blir svært kort.

Høyskolene har veldig kort frist på brevene de sender, kort svarfrist på hvilke praksisplasser de ønsker. Har bedt om å få det tidligere flere ganger. Svarfrist er

⁴ Kunnskapsdepartementet (inklusive NOKUT), Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Justisdepartementet,

gjørne to uker, men når vi skal sende ut til virksomhetene og få tilbake igjen så tar det litt tid.

Slike problemer oppgis å gjelde for alle høyskoleutdanningene som bruker kommunen som praksisplass, og praksisstedene har tidligere forsøkt å få på plass lokale avtaleverk, uten at det har gitt resultater. Koordinatoren oppgir at manglende dialog med høyskoleutdanningene er frustrerende på flere måter: det gir manglende mulighet til å koordinere praksisplassene, det gjør det svært vanskelig å få til samarbeidsprosjekter og det gir også kommunen få muligheter til å utvikle seg som praksisarena. I og med at vi ikke har intervjuet de høyskoleansatte i denne undersøkelsen, er det vanskelig å få tak i grunnene til den manglende dialogen, eller fastslå om dette er en delt oppfatning mellom partene. Våre informanter i kommunesektoren mente at det ofte var en manglende interesse for kommunesektoren blant de høyskoleansatte, det var mer prestisje å arbeide med problemstillinger relatert til spesialisthelsetjenesten.

4 Nøkkelfaktorer – tid, kompetanse og ledelsesforankring

Som vi så i kapittel 2, der det teoretiske rammeverket ble klargjort, kan det situerte læringsperspektivet i praksisfeltet karakteriseres ved nøkkelbegrepet legitim perifer deltagelse. Studentens deltagelse i praksisfellesskapet starter med å være perifer. Etter hvert som studentens læring utvikles, blir de mer integrert i fellesskapet og deltakelsen blir mer fullstendig. Et sentralt poeng i dette perspektivet er forskyvningen av fokus fra individ til kontekst. Praksisveiledningen reflekteres i hovedsak av mesterlæremodellen som vektlegger læring «gjennom utøvelse av den virksomheten utdannelsen sikter mot» (Skagen, 2004: 117). Innenfor mesterlæringen er det en nærhet mellom tanke og handling hvor de pedagogiske prinsippene handler om 'å vise' og at det er en åpenhet for modellering og imitasjon. Nærheten mellom refleksjon og handling kommer fram i veiledningssamtalen som er knyttet tett opp til demonstrasjoner eller praktisk utøvelse. Sammen reflekterer student og veileder over ulike situasjoner som oppleves for å oppnå bedre innsikt, forståelse og kompetanse (Lauvås og Handal, 2000).

For at den tause kunnskapen skal bli artikulert og mer bevisst, er det av betydning at student og veileder samtaler regelmessig om hva som skjer i de ulike lære- og arbeidssituasjonene og om de problemene som eventuelt oppstår (Aigeltinger, 2011). På den måten kan teoretisk kunnskap knyttes til praktiske situasjoner og man kan snakke om hvilke følelser og holdninger som dukket opp (Skagen, 2004; Skår, 2010). Opplæringssituasjonen forutsetter at det etableres et tillitsforhold mellom student og veileder. Innen et situert læringsperspektiv synes en grunnforutsetning å være at det er avsatt tilstrekkelig med tid til utvikling av tillitsforhold som igjen skaper basis for vellykket demonstrasjon, forklaring, imitasjon, øvelse, ettertanke og veiledet refleksjon (Bråten, 2002; Skår, 2007). Siden antikken har man vært oppmerksom på at praktikerne må ha tid og rom til «ettertanke, refleksjon og øvelse» uten for mye handlingstvang for å kunne dyktiggjøre seg (Eikeland, 2006).

4.1 Tid

Nøkkelfaktoren tid omhandler primært tre utfordringer: tid til å veilede, tid nok med pasienter og tid til å lære å veilede. Som nevnt innledningsvis, viser undersøkelser blant praksisveiledere i forskjellige helseutdanninger at opplevelsen av utilstrekkelige tidsressurser er sterk i en del praksiser, ikke minst gjelder dette i sykepleiepraksis. Det er imidlertid ikke helt klart hvorvidt dette henger sammen med et generelt tidspress, eller om det også kan ha sammenheng med at tidsressurser til veiledning ikke er spesifikt timetallsfestet i helseutdanningene (se f.eks. Hatlevik 2012). Nærmest samtlige informanter i denne undersøkelsen var inne på at et generelt tidspress i arbeidshverdagen representerer en utfordring for veiledningsaktiviteten. Følgende uttalelser fra to sykepleiere, henholdsvis fra

spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten, er representative for disse betraktningene:

*Tidsaspektet i hverdagen henger jo over oss, og det kan jo studentene merke. (...)
Studenten merker at «her er det stressende» og henger seg opp i stresset.
Tidsaspektet kan være en negativ faktor.*

Det at vi ofte må ta det litt på baktrappa og ikke kan veilede underveis sier noe om det tidspresset man har.

En rekke undersøkelser gir støtte til at det generelle tids- og arbeidspresset, særlig for sykepleiere, oppleves som stort. I en studie av 350 sykepleiere tre år etter endt utdanning, framkommer det at ca. 30 prosent av sykepleierne angret på sitt yrkesvalg og at 20 prosent ikke ville valgt det samme igjen (Førland 2005). Opplevelsen av stort arbeidspress ble av respondentene framholdt som den viktigste årsaken til at de relativt nyutdannede sykepleierne angret sitt yrkesvalg. Basert på data fra Statistisk sentralbyrås arbeidskraftsundersøkelse framkommer det i rapporten fra Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) av 2010, at ingen norske arbeidstagere er så utsatt for tidspress og store arbeidsbelastninger i jobbsammenheng som sykepleiere. En av fem sykepleiere har opplevd så mye tidspress og store belastninger i jobben at det i særlig grad kan påvirke deres psykiske helse (Gravset, 2010). I rapporten påpekes det også at det er noe annet å måtte stå på for å ferdigstille et bygg innen fristen, sammenlignet med at man bokstavelig talt «til daglig jobber mellom liv og død», slik mange helsearbeidere faktisk gjør. Som en del av denne problematikken opplever svært mange sykepleiere ifølge Olsvold (2010), et økende press om å ta ansvar for et stadig økende antall pasienter og å utføre stadig flere arbeidsoppgaver. Dette var da også en utvikling som ble understøttet av våre informanter. Dette skjer imidlertid ifølge Olsvold (2010), uten at dette utløser noen vesentlige diskusjoner, verken om konsekvensene for den kliniske utøvelsen og pasientresultatene, eller for sykepleierprofesjonens mulighet til å drive undervisning, rådgivning og forskning. Prosjektet "Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus", som ble gjennomført av Kunnskapssenteret og offentliggjort i 2011, viser at 25 prosent ville byttet jobb og 10 prosent ville byttet yrke. I tråd med Førland (2005) blir stort arbeids- og tidspress identifisert som den viktigste enkeltårsaken til at en såpass stor andel av de undersøkte sykepleierne ikke var fornøyde med sin arbeidssituasjon.

Boken *Sykepleie – tradisjon og forandring* av den erfarne sykepleieren Mette Karoliussen, kan leses som et forsøk på å ta et oppgjør nettopp med en utvikling som innebærer at sykepleiere blir konfrontert med et stadig økende tids- og arbeidspress i sin yrkeshverdag:

Både ved å observere og erfare sykepleiepraksis har det i økende grad slått meg hvor vanskelig det er å yte sykepleie i dagens helsevesen. Det å fokusere på pasientens helhet og fremme de helbredende krefter som ethvert menneske innehar, blir skjøvet til side for en handlingstvang som fokuserer på andre gjøremål. Mange sykepleiere beklager dette, men opplever at de ikke greier å gjøre noe med det. Tidspress og mange gjøremål fjerner fokus fra pasientens tilstand, og gir en hektisk hverdag som ingen er tjent med. Pasientene får ikke den hjelpen de trenger, sykepleieren opplever det belastende, og studentenes læring begrenses (Karoliussen, 2002: 3).

En del av informantene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i vår undersøkelse var inne på at samhandlingsreformen har bidratt til å gjøre en allerede travel arbeidshverdag enda mere travel, slik denne sykepleieren er inne på:

Har alltid vært mye å gjøre, men før var det bedre bemanning på sykehjem. De som bor på sykehjem krever mye mer i dag, de er sykere enn før. Så det krever mer. Overskuddet til å veilede studentene blir satt under press. Liggetid går ned, større gjennomtrekk (...) Disse tingene kan gå utover veiledningstid, men det blir jo uansett ikke satt av tid til å veilede studenten, det skjer mer ad hoc. Må ta initiativ til det sjøl.

Når det gjelder vernepleiere, ergo- og fysioterapeuters opplevelse av egen yrkespraksis, er det ikke gjort like mange undersøkelser som innen sykepleie. Dette er da også naturlig siden sykepleieryrket omfatter langt flere arbeidstakere. Et eksempel på undersøkelser av vernepleieres arbeidssituasjon, den nest største yrkesgruppen av de fire, er Johansen og Grimstad (2011). Studien er basert på en landsomfattende spørreundersøkelse til ca. 4000 vernepleiere som tar opp blant annet opplevelse av egen yrkeshverdag. Bortimot 1/3 av vernepleierne som deltok i spørreundersøkelsen oppga at de vurderte å slutte i jobben. Til forskjell fra sykepleierne kan det imidlertid synes som det er det som omtales som «faglig isolasjon» og «hemmende forhold på arbeidsplassen» som blir oppfattet som de største utfordringene i respondentenes yrkeshverdag. Undersøkelsen indikerer således at det først og fremst er behov for faglig stimulering og utviklingsarbeid innen de felt som vernepleierne arbeider. Dette er i tråd med vernepleiernes uttalelser i vår undersøkelse. Imidlertid framgikk det også av vernepleiernes uttalelser i vår undersøkelse at ressursknapphet og stort arbeidspress representerer en utfordring også for dem. Forskningslitteraturen tyder på at noen grupper av ergo- og fysioterapeuter også i perioder kan oppleve et betydelig tidspress i sin yrkeshverdag, noe som også bekreftes av flere av informantene i vår undersøkelse. Ved ett av de store sykehusene vi har intervjuet informanter på fortalte de for eksempel at de har måttet ta i bruk alle skift, dag, natt og kveld, for å kunne gi undervisning til det store antall praksisstudenter som kommer. Uttalelser fra informanter kan også tyde på at dette at praksisstudienes plassering i studieåret i hovedsak er styrt av utdanningsinstitusjonenes fagplaner, resulterer en ujevn bruk av praksisfeltet gjennom året. Dette gjør det vanskelig for praksisstedene å finne gode løsninger. Spesielt krevende er det ifølge informantene for dem som mottar studenter fra flere utdanningsinstitusjoner.

I tillegg til en opplevelse av et generelt tidspress i sin arbeidshverdag, var det også mange av informantene som var inne på at mangelfull spesifisering av tidsressurser til veiledning representerer en utfordring, som uttalelsen fra denne sykepleieren gir et inntrykk av:

I sykepleie har vi så ofte studenter. Vi opplever at det blir litt halvveis, fordi at aktiviteten i avdelinga stjeler mye av oppmerksomheten bort fra veiledning. Alt skjer jo i tillegg til det daglige arbeidet. Vi får ingen redusert arbeidsmengde.

Dette er i tråd med funn presentert i Grønn (2010) angående at flere praksissteder for helseutdanninger opplever at det ikke er satt av ressurser til at de kan ta imot og veilede det antall studenter utdanningene søker om plasser til. Imidlertid er det mulig at det er praksisveilederens samlede arbeidspress som er hovedårsaken til at praksisveilederne opplever at de ikke har nok tid, og at det dermed er usikkert hvorvidt en avtafestet minstetid til veiledning vil kunne avhjelpe dette. Økonomien omkring praksisundervisningen er nærmere omtalt i eget avsnitt.

4.2 Kompetanse

Kompetansen om veiledning varierte stort, og også erfaring med veiledning. I tråd med det overstående var det generelle inntrykket at på alle avdelinger og institusjoner var trykket og arbeidspresset så stort at det var vanskelig å finne tid til tidkrevende kompetanseutviklingskurs.

Veilederutdanning er bra, men det er ikke tid til å ta det. Egentlig skal vi ha en pasient mindre når vi har en student i veiledning, men det er ikke alltid det går. Da ender vi i stedet med en student i tillegg til alt annet. (koordinator sykehus, fysioterapiveileder)

Dersom de ansatte fikk tid og muligheter til videreutdanning, ga mange av informantene uttrykk for at de opplevde det som viktigere å utvikle egen faglig kompetanse enn veilederkompetanse. Det at høyskolens tilbud til veiledning hovedsakelig var i form av lengre deltidsvidereutdanninger opplevdes av mange som lite hensiktsmessig. Som alternativ til dette hadde de ved to sykehus arrangert egne dagkurs med innleide kursledere fra høyskolen, som kom og underviste på praksisstedet. Dette gjorde at kurset ble opplevd som mye mer relevant og matnyttig, i motsetning til undervisningen på

høyskolen som skulle favne veldig bredt og ha med mange forskjellige profesjonsgrupper. Men selv korte kurs ble ansett som vanskelig å få til noen steder, slik denne sykepleieren ga uttrykk for:

På sykepleie er det tredagers-kurs, delt opp i modul 1, 2 og 3, én modul hver dag. Vanskelig å få dette inn i en travel hverdag, krever mye ressurser fra avdelingen å få flest mulig sykepleiere igjennom, så det blir ikke prioritert slik det burde vært. Har testet ut én periode med et ettdagskurs (3 dager komprimert ned på en dag), og det er lettere å få til i en sengepost. Vanskelig å ta ut en eller tre sykepleiere over tre dager. Arrangerte i fjor et endags veiledningskurs internt, der vi leide inn veilederen fra høyskolen, og dette hadde vi mye mer igjen for, for det ble mer skreddersydd til behovene vi hadde, i stedet for å favne kommunehelsetjeneste, jordmødre.

Til tross for at mange informanter ga uttrykk for en prioritering av kompetanseutvikling av fagspesifikk art, understreket så å si samtlige at det at flere ansatte skaffer seg formell veiledningskompetanse er viktig. Imidlertid rådet det en viss usikkerhet angående hva en slik formell veilederskolering burde inneholde. Den samme usikkerheten kommer også til uttrykk når det gjelder det mer generelle spørsmålet om hva som kreves av en god veileder og hva denne rollen bør omfatte. Følgende uttalelse fra en sykepleier, eksemplifiserer tvil relatert til veilederkompetanse som var utbredt blant informantene:

Er det nok å være autorisert sykepleier og i jobb? Er man kompetent da? (...) Jeg føler ikke at jeg har noen veilederkompetanse utover at min student opplever meg som grei. Får ingen annen tilbakemelding, og den kompetansen jeg har får jeg gjennom å snakke med kollegaer og sånn.

Denne informanten refererer altså til kravet til kompetanse hos veileder slik det er formulert i rammeplanen for sykepleierutdanningen: «Veileder må være kompetent og fortrinnsvis være sykepleier». Denne formuleringen, som er til forveksling lik formuleringene i de tre andre rammeplanene, må man kunne si representerer et relativt vagt kompetansekrav. Til tross for en viss usikkerhet angående veilederrollen ga informantene uttrykk for en del felles oppfatninger angående hva de mener mer utstrakt kursing i veiledning kunne bidratt med. Særlig er det mange som etterlyser mer kunnskap om hvordan man skal ta imot studenter, hvor detaljert man skal veilede, i hvilken grad det er naturlig å la studentene prøve seg på egenhånd i ulike situasjoner – og relatert til dette – hva man kan forvente at studenter på henholdsvis første, andre og tredje årskurs skal beherske. Metodekunnskap angående hvordan man bør gi tilbakemeldinger til studenter er også noe som mange av informantene mente de kunne for lite om.

Det er også et gjennomgående funn at veiledningsaktiviteten, og kompetanseutviklingen tilknyttet denne, i relativt liten grad synes å være systematisert og kvalitetssikret:

Nei, de eneste som vet noe om hva som skjer er vel kontaktlærerne på høyskolen, de snakker man jo litt med, men ingen fra ledelsen eller på sykehuset vet hva som skjer i hverdagen. (...) Det har vært snakk om å lage kvalitetssikringssystemer, men det har blitt med praten. Ingen vet helt hvordan man skal gjøre det, blir veldig opp til den enkelte.

Denne sykepleierens uttalelser angående kvalitetssystemer er representativt hvordan informantene opplever kvalitetssikringen av veiledningsaktiviteten. Hva som til enhver tid representerer god og hensiktsmessig veiledning synes således i stor grad å være overlatt til den enkelte veileders spesielle forutsetninger og subjektive skjønn. Det er i det hele tatt påfallende at mange av informantene, slik denne sykepleieren i spesialisthelsetjenesten er et eksempel på, omtalte sitt veilederarbeid som en relativt ensom aktivitet:

Praksisstudentene blir ikke avdelingens studenter, men mine personlige studenter. (...) Det er jo min stilling, og mitt ansvar. Er det mye trøkk, mye sykefravær, er du ekstra alene med studentene.

Informantene ga således direkte og indirekte uttrykk for at det er behov for mer kompetanse angående ikke bare hvordan veiledningen kan forberedes og gjennomføres, men også hvordan denne aktiviteten kan evalueres og kvalitetssikres. Når det gjelder kvalitetssikring av veiledning er det nærliggende å tenke at utdanningsinstitusjonene bør spille en sentral rolle. Imidlertid ville det også være å forvente at et bredere praksisfelleskap på den aktuelle praksisarenaen, på en mer systematisk måte blir utnyttet som en verdifull resurs i denne sammenheng

Basert på Lave og Wengers begrep om praksisfelleskap, og mange års forsøk og utviklingsarbeid i en rekke forskjellige bransjer, hevder Billett (2001) at læring nettopp gjennom veiledning er den læringsform som fungerer best i et praksisfelt. En forutsetning er imidlertid at veiledningen representerer en bevisst og målrettet støtte for praksisstudenten til å komme gjennom den prosessen som, i tråd med Lave og Wengers terminologi, leder fra å være perifert plassert i retning av full deltakelse (Billett 2001:106). En forutsetning for å lykkes med en slik bevegelse er ifølge Billett, i tillegg til at man tar utgangspunkt i den enkeltes forutsetninger og situasjon, at veiledningen foregår på en helhetlig, gjennomtenkt og tilrettelagt måte som omfatter både alle de faglige og sosiale elementer av arbeidet. Det er således nærliggende å tenke at en gjennomtenkt og målrettet deltakelse fra et vidt spekter av aktører i praksisfelleskapet, vil være gunstig for studentenes bevegelse i retning av kompetent deltakelse. Flere av informantene var inne på at en fagutviklingssykepleier i full stilling, kunne representere et verdifullt bidrag i denne sammenhengen. Fagutviklingssykepleieren ville ifølge informantene, kunne utgjøre et viktig forbindelsesledd mellom studenter, veiledere, andre kolleger og ledelsen på praksisstedet. Ved noen praksissteder spilte fagutviklingssykepleier allerede en viktig rolle i forbindelse med innføring av rutiner for legemiddelhåndtering.

Mange av informantene understreket at nettopp forhold knyttet til veiledning i medikamenthåndtering/-beregning ble oppfattet som et spesielt viktig ansvarsområde. I sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleie rapporteres det ofte om feil når det gjelder medikamenthåndtering (Meldesentralen, Statens Helsetilsyn). I følge våre informanter er det også mange studenter som sier de opplever medikamenthåndtering som vanskelig. En faktor som ble påpekt som en mulig årsak er at det kunne gå relativt lang tid mellom undervisning og testing angående medikamenthåndtering i skolen, og utprøving av denne kunnskapen i klinisk praksis. For øvrig kan måten det undervises i høyskolene, når det gjelder disse områdene, ifølge Andreassen et al. (2011) medføre en puggeorientert tilnærming til stoffet som ikke resulterer i varig læring. Forskning angående årsaken til at medikamentregning oppleves som vanskelig av studenter indikerer også at manglende visualiseringsevne, på grunn av manglende erfaring, er en viktig faktor (Aasprang 2005, Helland 2004, Omland 2008, Trim 2004, Weeks 2004, Wright 2007). Dette problemet dreier seg således primært om det som gjerne omtales som spesifikk overføring (se f.eks. Persson 1995).

I følge rammeplan for sykepleierutdanning og vernepleierutdanning er det krav om at studentene i løpet av studiet har gjennomført en feilfri test i medikamentregning for å kunne få autorisasjon som sykepleier eller vernepleier (Rammeplan for sykepleierutdanning 2008 og Rammeplan for vernepleierutdanning 2005). Rammeplanene for sykepleier- og vernepleierutdanning sier ikke noe om hvor i studiet en feilfri test i medikamentregning skal foreligge. Rammeplanene poengterer bare at det skal være gjennomført en slik test i løpet av studiet.⁵

I 2008 igangsatte Helse Sør-Øst et prosjekt angående utprøving av en nettportal for utvikling og formidling av E- læring. Med utgangspunkt i problemene som både ansatte og studenter har rapportert om på området, ble det i denne sammenheng utviklet et e-læringsprogram i legemiddelhåndtering.

⁵ Eksempelvis foregår undervisningen og testen i medikamentregning ved Høgskolen i Østfold, i andre semestre i slutten av første studieår for sykepleierstudentene før første kliniske praksis i sykehus og i tredje semester i andre år for vernepleierstudentene før klinisk praksis i kommunehelsetjenesten.

Noe av poenget med denne modulen var at den skulle baseres på de samme utregningsmetoder som undervisningen i høyskolen. I forlengelsen av dette ble det tildelt praksismidler til fellesprosjektet «Alt rett – Alltid»⁶ mellom praksissteder i Østfold og Høgskolen i Østfold. Fokuset for prosjektet var nettopp medikamentregning i klinisk praksis. Målgruppen var syke- og vernepleiere.

Erfaringene fra prosjektet blir oppsummert i Andreassen et al. (2011). I prosjektrapporten konkluderes det med at øvelser og praktiske problemer relatert til medikamenthåndtering er gunstig for studentenes læring. Det understrekes også som viktig for studentenes læring at praksisveiledere og lærere fra høyskolen «snakker på samme språk». På den måten opplevde studentene at det oppstår større grad av samsvar mellom teori og praksis. Dette er i tråd med teori og forskning angående transfer som indikerer at overføringsmulighetene fremmes av innsikt og forståelse for hvordan det å koble skolebasert utdanning med arbeidserfaringer og -utfordringer kan representere et problem, og gjennom å sikre mest mulig kontinuitet og koherens i erfaringene (Aarskog, 2003; Bates *m. fl.*, 1996; Hansen, 2004; Miettinen og Peisa, 2002).

Felles for de fire faggruppene når det gjelder innholdet i praksisveiledningen, var for øvrig en vektlegging av ferdigheter knyttet til refleksiv praksis, dvs. det å reflektere over egen praksis, begrunne og evaluere egne vurderinger og handlinger. Imidlertid var det mange av informantene som uttrykte bekymring over at tiden ofte ble for knapp til at de fikk fulgt denne delen av praksisveiledninga opp. Boud et al. (1985) har utdypet betydningen av refleksjon i erfaringslæring, og de legger – i tråd med Lave og Wenger – vekt på at spesifikke kontekster former et individs erfaringer. Dets forhistorie, læringsstrategier og følelser innvirker etter deres mening sterkt på den læringen som skapes gjennom refleksjon over erfaringer. Læring i deres modell forstås som omforming av erfaring gjennom refleksjon. Refleksjon sees på som en form for gjenvinning, gjenerobring, gjenkalling eller reevaluering av erfaringer. Dette skjer gjennom fire prosesser: Den første kalles assosiasjon som relaterer ny informasjon til det kjente. Den andre er integrasjon som knytter sammen det nye og det gamle. Den tredje er anvendelse som er prosessen å tilegne seg eller anvende ny kunnskap. Den fjerde er vurdering hvor en finner ut om de nye ideer og handlingsmønstre er autentisk tilpasset følelser av erfaring (Boud *m. fl.*, 1985).

Det man kan betrakte som følelsesdimensjonen i veiledning blir ikke mindre vesentlig i lys av at mange informanter ga uttrykk for en opplevelse av en stadig større variasjon blant praksisstudentene innen helsefagene, ikke minst når det gjelder modenhet. Flere informanter mente at denne utviklingen har gjort det stadig viktigere å få «kartlagt» studentene så tidlig som mulig i praksisperioden og at det som oppfattes som et stadig større innslag av umodne studenter legger nye dimensjoner til veilederrollen. En oppfatning av at antallet umodne studenter er økende i helseutdanningene er for øvrig også noe som har kommet til uttrykk blant ansatte på utdanningsinstitusjonene, uten at det finnes konkret belegg for at det faktisk er slik (se for eksempel Kårstein og Aamodt, 2012). Uansett ga informantene i vår undersøkelse uttrykk for at dette representerte en stadig større utfordring når det gjelder veilederrollen – og et område de trenger å lære mer om:

Når det gjelder modenhet – hvilke spørsmål skal man da stille. Må være mer åpen og stille spørsmål. Dette krever kompetanse: kurs, kurs, kurs.

Når det gjelder informantenes oppfatning av studentenes bidrag til praksisfeltet for øvrig, spriker selvsagt svarene litt. Noe av grunnen til det er selvsagt at det er stor variasjon mellom studenter. Alle understreker også at det er veldig stor forskjell mellom studenter ettersom hvor de har kommet i utdanningsløpet. Studenter i starten av utdanningen opplevdes som arbeidskrevende, og med relativt svakt utviklede kunnskaper og ferdigheter. Dette innebærer at de må følges svært tett opp, og dermed la beslag på store ressurser. Etter hvert som studentene ble mer erfarne ble de også i større og større grad en ressurs i arbeidet på avdelingen, selv om de ikke kan fungere helt på egen hånd:

⁶ <http://brage.bibsys.no/hiof/retrieve/759/Hefte4-2011.pdf>

Når studentene er varme i trøya kan de ta en pasient mens du skriver vanlig journal selv. Når de kommer til det punktet er det veldig greit.

Blant fysioterapeuter ble det av flere fremholdt at studentene kunne veldig lite «hands-on» fysioterapi når de kom på tredje-års praksis, og at de opplevde dette som rart, i og med at de «skulle ha hatt alt» på dette tidspunktet.

Det var stor forståelse for at studentene ikke kunne være en ressurs forstått som avlastning av arbeidsoppgaver i praksis, og det ble understreket at studentene ikke skulle brukes på denne måten. Likevel ble det fremholdt av alle at studentene var en ressurs ved at de brakte med seg kunnskaper fra utdanningen, og kunne bidra til å få veilederne til å reflektere over egne ferdigheter og måter å gjøre ting på ved å stille spørsmål og observere.

I sykepleie ble det også i noen tilfeller påpekt en manglende overensstemmelse mellom det studentene på høyskolen lærte var riktig prosedyre for forskjellige oppgaver, og hvordan samme prosedyre ble gjennomført i praksis. Forskjellene her var såpass store at dersom du fulgte utdanningens prosedyre kunne du risikere ikke å få godkjent praksisen. I og med at slike forskjeller var kjent blant alle involverte (bortsett fra studentene) var ikke underkjenning av praksis noe egentlig tema, men det at man baserte seg på forskjellige prosedyrer i utdanningen og i praksisfeltet skapte unødige forviklinger.

De lærer litt andre prosedyrer enn det vi bruker på sykehuset. Kan være forskjell i vurdering mellom høyskole og sykehus. De bruker forskjellige prosedyresamlinger, høyskolen bruker PPS [Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten], mens sykehuset bruker EK⁷. Høyskolen er informert om at de bruker forskjellig, og studentene lærer noe annet på høyskolen enn det som gjøres i praksis. Grunnen er at høyskolen vurderer at de prosedyrene som vi bruker ikke holder mål (sykepleierveileder på sykehus)

Det understrekes også av flere at mange av studentene har en del erfaring fra helsevesenet allerede før de begynner å studere, og gjennom deltidsjobbing i studiene. Denne gruppen er selvsagt lettere å trekke med i arbeidet, men oppgis også å ha en utfordring i å lære seg *hvorfor* man gjør som man gjør i en del tilfeller.

4.3 Ledelsesforankring

Selv om informantene opplevde at ledelsen framholder veiledningsoppgaven som viktig, er det gjennomgående erfart at dette er en oppgave som blir gitt lav prioritet fra lederhold. Praksisstedet innen spesialisthelsetjenesten, som en av våre fokusgrupper var tilknyttet, hadde også ifølge koordinator gjennomført en egen undersøkelse som understøttet denne oppfatningen:

Alle lederne er positive til veiledning, viste seg i fokusgruppeintervju i forbindelse med prosjekt vi har gjennomført hos oss. Men samtidig kom det fram at det prioriteres ikke og planlegges ikke.

Dette kom også til uttrykk gjennom at mange informanter opplevde at ledelsen ved praksisstedet oppfordret dem til å gjennomføre veilederutdanning, men i mindre grad la til rette for at dette kunne gjennomføres i praksis:

Ledelsen vil gjerne ha folk på veilederundervisning, for å styrke kompetansen, men det er på frivillig basis. Da er det mange som dropper det, vil ikke bruke fritida på det.

En utbredt oppfatning blant informantene av den manglende prioriteringen og avsettingen av ressurser til veiledningen, som denne sykepleierens uttalelse eksemplifiserer, er sammenfallende blant annet

⁷ (elektronisk kvalitetshåndbok –internt ikt-verktøy for å dokumentere prosedyrene)

med funn som framkommer i Hatlevik (2012): «Praksisveilederne i helse- og sosialfagene oppgir i markant lavere grad enn i de pedagogiske utdanningene at ledelsen involverer seg i praksisopplæringen gjennom for eksempel å følge opp praksisveilederne» (s. 15). Funnene er også sammenfallende med rapporten «Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialutdanningene» (Grønn, 2010). Opplevd avmakt med hensyn til å kunne kvalitetssikre veilederrollen i en del helseutdanninger er, ifølge denne rapporten, knyttet til at veiledere ikke har avsatt tilstrekkelig tid og/eller ressurser til å følge opp og veilede studentene, samt at de ikke mottar tilstrekkelig støtte fra sitt arbeidssted. Dette forholdet kommer blant annet til uttrykk gjennom «*synkende vilje til å ta imot studenter på avdelingene, oppfattes som ekstrabelastning i en travel hverdag*» (Grønn, 2010, s. 37).

I og med overgangen fra å lønne den enkelte praksisveileder/avdeling, til å inngå samarbeid med praksisinstitusjoner i helse- og velferdsutdanningene, bør en kunne forvente en viss grad av samarbeid ved praksisstedene om veiledning av studentene. Dette gjelder både kollegiet seg imellom og at ledelsen til en viss grad involverer seg i innholdet i studentenes praksis. Som tidligere nevnt er det trolig avgjørende for kvaliteten på studentenes praksis at samarbeidet mellom praksisveileder, kolleger og ledelse internt ved praksisstedet foregår mest mulig optimalt. Uten et slikt samarbeid vil kvaliteten på studentenes praksis lett stå og falle med hvem som er utnevnt som deres praksisveileder.

Dette at praksisveilederne i førskolelærerutdanningen ifølge Hatlevik (2012), opplever markant mer støtte til praksisopplæringen og oppfølging av eget arbeid som veileder både generelt og fra ledelsen, enn f.eks. sykepleiere og fysioterapeuter gjør, kan ha ulike forklaringer. En mulig forklaring, som støttes av informantene i vår undersøkelse, er at det kan ha å gjøre med måten de forskjellige utdanningenes praksis er organisert, for eksempel forhold knyttet til turnusordninger. En annen mulig forklaring informantene var inne på var at det på arbeidsplasser med færre ansatte, hvor det generelt er tettere kontakt med ledelse og medarbeidere og medarbeidere seg imellom, trolig ville gjøre det lettere å følge opp praksisstudentene både enkeltvis og som gruppe.

5 Samarbeid og sammenheng

Hvordan samarbeidet mellom de ansatte ved høyskolene og i yrkesfeltet foregår er viktig for å lage gode kognitive sammenhenger for studentene, slik det ble diskutert i kapittel 2. Grimen (2008) argumenterer for at de fleste profesjonsutdanninger har som mål å skape *praktiske synteser*. Det innebærer at de enkelte teoretiske elementene i utdanningen ikke nødvendigvis trenger å henge godt sammen, det viktige er at de setter de fremtidige profesjonsutøverne i stand til å utføre arbeidets oppgaver på en god måte. Heggen og Smeby (Heggen og Smeby, 2012; Smeby og Heggen, 2012) er også opptatt av sammenhengen mellom de ulike delene i studiet, og diskuterer begrepet *koherens* i profesjonsutdanninger, dvs. indre sammenheng, og hvilke betingelser som skal til for å bygge koherens. De bruker blant annet begrepet *programkoherens*⁸, som dreier seg om hvordan undervisningen, veiledningen og praksisundervisningen medvirker til å skape integrasjon og sammenheng for studentene. Smeby og Heggen viser særlig til Grossman m. fl. (2008) som finner at koherens fremmes gjennom møter mellom de som underviser på høyskolen og praksisveiledere, men at det ikke er en særlig økning av opplevelse av koherens jo mer praksis man hadde i studiet. Hovedkonklusjonen er at det må være en tydelig relasjon mellom kursinnhold og praksis for å gi studentene en klar opplevelse av sammenheng i studiet, det er ikke mengden praksis i seg selv som er viktig. Smeby og Heggen viser også til nyere studier fra sykepleie (Benner og Heggen, 2010) der det konkluderes med at studentene lærer best når lærerne forsøker å integrere klasserom og arbeid. Det må fremmes en sterk kobling mellom læring i klasserommet og klinisk erfaring.

I våre intervjuer har samarbeid og samspill mellom utdanning og yrkesfelt i opplæringen vært et svært viktig tema. I de følgende avsnittene vil vi presentere praksisveiledernes oppfatninger av hvordan samarbeidet og samspillet foregår og burde foregå (avsnitt 5.1) og hvordan opplæringen i yrkesfeltet faktisk kobles til undervisningen på høyskolen (avsnitt 5.2). I intervjuene ble også to andre viktige formål for praksis ofte trukket frem, praksis som sosialisering og praksis som rekruttering. Disse to formålene diskuteres i avsnitt 5.3, mens læring på tvers av profesjongrenser diskuteres i avsnitt 5.4. Denne typen læring trekkes frem som et viktig ideal i «Utdanning for velferd» (stortingsmelding 13, 2011-2012), under navnet tverrprofesjonell samarbeidslæring, men er enda ikke etablert som en systematisk undervisningsmåte i yrkesfeltet. I avsnitt 5.5. diskuteres hovedfunnene i de foregående avsnittene kort.

⁸ I tillegg diskuterer de *biografisk koherens*, som handler om sammenhengen mellom personlig biografi og utdanningens innhold, og *overgangskoherens*, som sikter til sammenhengen mellom utdanningsprogrammet og den etterfølgende læringa i yrket.

5.1 Samarbeid og samspill med utdanningsinstitusjonene – faktisk og forventet

Hatlevik (2009) peker på at særlig blant sykepleiestudentene er det en viss misnøye med forberedelsene til praksisdelen av utdanningen, mens ergoterapistudentene er mer fornøyde også med dette. Et tilsvarende mønster kan vi se igjen i intervjuene våre, der ergoterapeutene (og også fysioterapeutene) virker mer fornøyde med samarbeidet med kontaktlærerne enn sykepleierne i praksisfeltet gjør. I tråd med diskusjonen til Hatlevik kan dette kanskje ha å gjøre med det store antallet sykepleiestudenter som skal ha praksis, og utfordringene med å få til dette.

Den generelle tilbakemeldingen fra praksisveilederne og koordinatorene var at samarbeidet fungerte ganske godt, og at man stort sett var fornøyd med *mulighetene for å få kontakt* med kontaktlærerne ved behov. At man i nesten alle intervjuer vektla at det var mulighetene for å ta kontakt med høyskolene som var det viktigste, understreker en allerede løs kobling mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt. Det framsto også som personavhengig hva slags kontakt med høyskolen praksisstedene har, på den måten at noen kontaktlærere ved høyskolen følger tettere opp praksisfeltet og oppleves å ta et ekstra ansvar. Andre praksissteder, som hører til samme utdanningssted og utdanning, kan ha helt andre oppfatninger om kontakten med høyskolen. Der kontaktlærerne er på «besøk» i praksisfeltet oppleves dette som veldig nyttig, og der det ikke skjer er dette noe som etterspørres.

En av kommunene i vår undersøkelse hadde samtidig opprettet en koordinatorstilling, kombinert med en HR-stilling i kommunen, som skal sluse alle henvendelser for å avlaste praksisinstitusjonene i kommunen er interessant. Det er interessant, sett i lys av idealet om samarbeid, at høyskolen ikke følger opp dette veldig godt, men går utenom praksiskoordinatoren og tar kontakt med praksisstedene direkte selv i stor grad.

Som tidligere nevnt konkluderer mye av forskningen om overføring av læring med at samarbeidet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted er av avgjørende betydning for overføringsmulighetene, og at det er viktig at dette samarbeidet går tett på det man gjerne ser at studentene er i stand til å overføre fra skolesituasjonen til arbeid.

Når det gjelder en tettere integrering av tenkningen rundt praksisstudiene mellom praksissted og utdanningsinstitusjon, var det en del av informantene som ga uttrykk for et opplevd stadig større «utdanningsgap» mellom praksissted og utdanningsinstitusjon:

Det med samarbeid med høyskolen blir vanskeligere og vanskeligere. Det blir et teoretisk gap mellom praksis og høyskole. Flere og flere får jo doktorgrad på høyskolen, mens ingen av de som jobber her har det. Og det tror jeg er innmari uheldig (sykepleierveileder på sykehus).

Noen informanter er inne på at såkalt kombinerte stillinger potensielt kunne bøte på dette problemet. Det er særlig som en hjelp til veilederne noen av informantene påpeker at slike kombinerte stillinger kunne ha en verdi:

Ansatte i kombinerte stillinger kunne være med å gi et riktigere bilde blant veilederne på hva slags nivå man forventes å ligge på, hva som forventes, og hva som er mer sekundært. Det er jo primært en hjelp for veiledere tenker jeg (koordinator på sykehus).

Det som vektlegges av denne informanten er altså bidraget ansatte i kombinerte stillinger kunne gi når det gjelder å utvikle nyanserte og oppdaterte oppfatninger og forventninger angående studentene som kommer i praksis. Imidlertid var det også noen informanter som var inne på at ansatte i slike kombinerte stillinger mer effektivt kan kommunisere tilbake til høyskolen i hvilken grad utdanningen som gis oppfattes som oppdatert og relevant av det aktuelle praksisfelt. Det var for øvrig et

gjennomgående synspunkt blant informantene at praksisarenaene ikke i tilstrekkelig grad blir involvert når det gjelder planlegging av utdanningen:

Når det gjelder fagplaner og planer som skolen legger, kommer vi alt for sent inn med våre synspunkter. Vi får det til høring når høyskolen har laget et nesten ferdig utkast. Praksis blir tatt med for lite inn i planleggingen av utdanningen. Og det tror jeg gjelder andre steder også (koordinator på sykehus).

Et tettere samarbeid mellom praksissted og høyskole, også når det gjelder den delen av utdanningen som skjer ved høyskolen, ville trolig virke gunstig for det som tidligere er omtalt som transferklima. Dette dreier seg altså om i hvilken grad og hvordan en understøtter overføring av kunnskaper og ferdigheter fra en arena til en annen. En av faktorene som tillegges stor vekt når det gjelder utviklingen av et gunstig transferklima er det som omtales som veileders støtte. Kvaliteten på veileders støtte blir oppfattet å være avhengig av at overføringsmulighetene fremmes av en person med god kjennskap til og forståelse for hvordan arbeidserfaringer kan henge sammen med det som foregår i den skolebaserte utdannelsen (se f.eks. Bates m.fl., 1996; Aarskog, 2003; Hansen, 2004; Miettinen, 2002). I arbeidet med å skape et gunstig overføringsklima blir det også fremhevet som et sentralt poeng at de ulike arenaene utdanningen foregår på er mest mulig informert angående kontekstspesifikke utfordringer og muligheter. Det er således nærliggende å tenke at en større grad av involvering av praksisstedene, når det gjelder planlegging av utdanningen, vil være gunstig for transferklimaet generelt og veileders støtte spesielt. I den sammenhengen er det viktig å ha med at også praksisfeltet har utfordringer i å gjøre det lettere for studentene å vite hva som venter dem i praksis. Dette kan både gjøres ved å informere studentene om hva slags type arbeid som venter dem, og også ved å gi studentene noe opplæring i administrative rutiner og systemer før de kommer i praksisfeltet. Ved ett sykehus hadde man ifølge koordinator fått opprettet et e-læringskurs som studentene kunne ta i forkant, for å bli kjent med datasystemet som brukes.

Det er forskjellige systemer på forskjellige sykehus, noe som gjør dette ekstra vanskelig. De nye studentene som begynner i januar har fått tilsendt et e-læringskurs. Så nå gjør vi det sånn. Hvis alle fikk til dette hadde det vært en fremgang.

Ved andre institusjoner, særlig i spesialisthelsetjenesten, har man også forsøkt å opprette nye kanaler for kommunikasjon med studentene i forkant av praksisoppholdet. Ved en institusjon la man inn informasjon om praksisstedet studentene skulle til på Fronter, med en oversikt over hva studentene bør ha lest før de kommer, og laget e-læringskurs for nytilsatte og studenter som gir opplæring i administrative rutiner. Dette vurderes som vellykket, og studentene hadde også gitt tilbakemelding om at dette var nyttig for dem. Noen av praksisveilederne på dette sykehuset oppga også at denne typen informasjon var noe høyskolen krevde at de sendte inn, men dette ble bare sagt på ett sykehus. På et sykehjem var holdningen til dette, ifølge en praksisveileder for sykepleier- og vernepleierstudenter, helt motsatt:

Vi sender ikke ut noen informasjon, og mange studenter får seg nok en liten overraskelse når de kommer inn i en demensavdeling. Jeg har aldri gitt fra meg noe informasjon verken skriftlig eller muntlig før studentene kommer.

Denne variasjonen kan tyde på at det langt fra er et krav om at dette skal foregå, og at det heller er enten personavhengig (praksiskoordinator ved høyskolen) eller styrt av allerede etablerte måter å gjøre det på, fremfor at det er etablerte systemer for å informere studentene. Her ligger det et potensial som praksisarenaene også kan utnytte i større grad enn i dag.

5.2 Koblingen til undervisningen på høyskolen og kunnskapsformålet med praksis

Kunnskapsformålet er det man kan kalle det primære formålet med praksis, der studentene skal få mulighet til å knytte kunnskapen de har jobbet med på skolen til det situasjonsbestemte i arbeidsfeltet. Det er dette man vanligvis diskuterer som en kobling mellom teori og praksis, og som innebærer å få en god sammenheng og overgang mellom undervisningen som foregår ved utdanningsinstitusjonene og undervisningen som foregår i yrkesfeltet (Caspersen *m. fl.*, 2011). Dette ble diskutert som *transferproblematikk* i kapittel 2, og handler om i hvilken grad man klarer å utnytte praksis til å skape relevante læringssituasjoner for studentene.

I rammeplanene er dette formulert som å gi studentene mulighet til å anvende kunnskapen de har jobbet med på skolen og knytte det til det situasjonsbestemte i praksis (ergo- og fysioterapi), gi kunnskaper og erfaringer om praksisstedets egenart (sykepleie), tilegne seg nødvendig helsefaglig kompetanse og ferdigheter i medikamenthåndtering og bidra til at studentene øker sin forståelse for sammenhengen mellom teori og praktisk arbeid (vernepleie). I alle intervjuene legges det vekt på kunnskapsformålet.

Det er gjennomgående at praksisveiledere i ergoterapi er de mest positive til studiets innhold og relevans. I ergoterapi har man klare mål for praksisen, og den bygger videre på arbeidsmodeller man har gjennomgått ved høyskolen. Praksisveilederne vi har intervjuet har også tilgang til Fronter (det elektroniske undervisningssystemet ved høyskolen), og kan se på hvilke forelesninger studentene har hatt, hva slags pensum, og hvordan forskjellige tema har blitt presentert.

Samtidig uttrykkes det også en viss bekymring over om det studentene har lært i studiene på høyskolen, er godt nok og relevant nok for den opplæringen de skal ha i yrkesfeltet. Et svært tydelig eksempel ble gitt i avsnitt 4.2. Her kom det frem at sykepleierstudentene har lært prosedyrer ved høyskolen som ville gitt en svært dårlig vurdering i praksis, i noen tilfeller stryk. Bakgrunnen er at høyskolen bruker en annen prosedyresamling enn sykehuset. Sykehuset har diskutert utfordringen med at studentene lærer prosedyrer som ikke blir regnet som gode nok i yrkesfeltet. Høyskolens forklaring er da at de ansatte ved studiet mener at prosedyrene sykehuset benytter ikke holder mål.

Informantene var i dette tilfellet nøye med å understreke at dette ikke var et talende eksempel, men i mange andre intervjuer kom det også frem at studentene ikke alltid hadde de nødvendige forutsetningene. Det ble også nevnt at det kanskje var en utvikling mot dårligere og dårligere forutsetninger hos studentene når de kom i praksis. Dette skyldtes ifølge våre informanter at studiene har blitt mer og mer teoretiske:

Teorien de jobber med på skolen gjenspeiles ikke så veldig i praksisen. Når jeg gikk sykepleien var det 75 % praksis og 25 % teori, nå er det omvendt. (sykepleierveileder på sykehus).

De siste årene har fysioterapiutdanningene blitt mindre praktisk, fått mer teori, men ikke mer undervisning. Det har kommet mer selvstudier (fysioterapiveileder på sykehus).

Praksisveilederne opplever altså at studiene har blitt mer og mer teoretisk fundert, og at dette har gått på bekostning av hvor forberedt studentene er til undervisningen i yrkesfeltet. Dette la press på både studentene og praksisveilederne, og det var mye praktisk kunnskap praksisveilederne opplevde at studentene burde hatt som de ikke har. Dette ble påpekt særlig fra praksisveilederne i fysioterapi, men det var klart uttrykk for at dette var utfordringer som også praksisveilederne fra de andre fagene kjente seg igjen i:

Når studentene kommer hit i praksis i tredje året og skal være ni uker virker det som om de har hatt veldig lite praksis før dette, og at de har tatt veldig lite i pasienter. De

kunne gjerne vært litt mer komfortable med å ta på pasienter. De skal ha vært gjennom alt, men de sier ofte «det har vi aldri gjort før». Det er litt seint å vente til tredje året med mye slikt (fysioterapiveileder på sykehus).

Det understrekes fra praksisveiledere i flere fag at øvelsene studentene gjør på høyskolen i forskjellige former for studentklinikk blir konstruert. Praksisveilederne opplever at utdanningen har en utfordring med å gjøre undervisningen praksisnær nok, og at dette er en tilbakemelding de får fra studentene også. Dette gjaldt både arbeidet med pasienter og brukere, men også de mer praktiske delene av arbeidet opplevde praksisveilederne at studentene var dårlig forberedt på:

De mangler mye de burde kunne når de kommer, for eksempel datasystemet må de få opplæring i. De bruker mye tid på bare dette. Dette er en stor utfordring på sykepleiesida, lære å lage en behandlingsplan er ikke gjort på 1-2-3 (sykepleierveileder på sykehus).

Om denne utviklingen er reell eller er uttrykk for en holdning om at alt var bedre før er vanskelig å si uten å forfølge problemstillingen nærmere. I dette prosjektet, som har som mål å se nærmere på praksisveilederens erfaringer med praksisutdanningen, er opplevelsen av at studentene er mindre forberedt enn før viktig. Den manglende koblingen mellom studiene på høyskolen og undervisningen i praksis gjorde også at variasjonen i studentenes kompetanse ble tydeligere og tydeligere, mente flere praksisveiledere. Studentene har som tidligere diskutert svært forskjellige erfaringer med å jobbe i helsesektoren, og praksisveilederne opplevde også at det var store endringer i studentmassen, særlig i studentenes alder:

Når man er 19 år og har liten referanseramme kan det være vanskelig å bruke erfaringer til å koble teori og praksis (sykepleierveileder på sykehus).

Dette ga også utfordringer i den praktiske gjennomføringen av undervisningen, og la som denne sykepleieren i spesialisthelsetjenesten var inne på, føringer på muligheten for å gjennomføre praksis på en god måte:

Mange er så unge og uerfarne. Skolene tar inn veldig unge studenter som har krav på å gå gjennom undervisning, men praksisfeltet kan ikke alltid ta imot ungdom. Psykisk helsevern med pasienter på 18 år og studenter på 20 år blir for tett. De blir for like.

For å sikre en god kobling mellom undervisningen på høyskolen og undervisningen i yrkesfeltet er det også viktig at praksisfeltet kan gi studentene læringssituasjoner som er relevante. Praksisveilederne var også tydelige på at det var store utfordringer og diskusjoner som pågikk om dette. Slik det ble diskutert i avsnitt 4.1., om tid, så har utviklingen gått mot at pasientene har kortere liggetid på avdelingene ved sykehusene, blant annet som et resultat av samhandlingsreformen. Flere praksisveiledere påpekte at det å kunne følge pasientforløp gjennom praksis gjorde at studentene hadde gode muligheter til å oppfatte helheten i behandlingsforløpet som ble gitt.

Raskere overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste innebærer nye utfordringer for å skape sammenheng mellom utdanningen på høyskolen og utdanningen i yrkesfeltet. Læringssituasjonene blir ikke like realistiske, og tempoet økes:

Vi sier til studentene, med tanke på alt de lærer av undersøkelser og behandling at det er dette dere lærer, men det er ikke sånn dere praktiserer. På et sykehus kan du ikke bruke halvannen time på en pasient, slik er det ikke. De lærer som om de har tre pasienter på en dag, men det er ikke hverdagen. Det er klart de skal lære seg alle undersøkelsene, men de må lære å ta fem undersøkelser i samme undersøkelse. Tempoet har også økt på avdelingene, med flere pasienter. Flere henvises til fysio og ergo, og vi må gjøre mer, og overføre flere til kommunen. Dette gir mer jobb og tar mer tid (fysioterapiveileder ved sykehus).

Dette innebærer at kommunene også blir stadig viktigere arenaer for praksis. Samtidig ble det av blant annet praksisveiledere i sykepleie også lagt fram at kortere pasientforløp og liggetid også ga større variasjon i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten, slik at det var lettere å nå alle målene for praksisundervisningen.

Også i de andre studiene oppga de intervjuede at praksis er relevant, også selv om det studentene gjør på det aktuelle stedet ikke er noe de kommer til å jobbe med senere. Utfordringene med å få relevant praksis opplevdes kanskje som størst i sykepleie. Der er det for det første mye studentene skal gjennom i løpet av praksisperioden, i tillegg er mange av praksisstedene spesialiserte avdelinger der man driver med f.eks. rehabilitering, og der det man gjør til daglig ikke dekker alle aspekter ved sykepleierarbeid. For eksempel sa en sykepleier ved en rehabiliteringsavdeling:

For førsteårsstudentene kan det være utfordrende å lære seg stell, fordi her er det stell med henda på ryggen, altså at pasienten skal lære å klare seg selv mer og mer.

Slike utfordringer finner man i større og mindre grad overalt, og i alle grupper, men det er altså i intervjuene vi har gjort i størst grad sykepleiere som rapporterer om dette.

Samlet sett er det altså ikke bare det som Smeby og Heggen (Heggen og Smeby, 2012; Smeby og Heggen, 2012) kaller for programkoherens som oppgis å gi utfordringer og muligheter for praksisstudiene. Utfordringene ligger også klart utenfor studiene, i det at endringer i helsesektoren gir endrede betingelser for god utdanning i yrkesfeltet. Det er ikke bare høyskolens planlegging av praksis og kontakt med utdanningsfeltet som er viktig. Samarbeid og samspill har sine klare utfordringer og forbedringspotensial, men det er viktig å ta med at det er forskjellige eksterne faktorer som påvirker mulighetene til god undervisning i yrkesfeltet. Nøkkelfaktorene som ble diskutert i kapittel 4 – tid, økonomi og ledelsesforankring – er viktige sammen med andre ytre faktorer.

5.3 Praksis som sosialisering og rekruttering

Kunnskapsformålet med praksis, og det å skape praktiske synteser hos studentene, er kanskje å anse som det primære oppdraget for denne delen av høyskolestudiene. Men praksisopplæringen har også et sosialiseringsformål, der studentene skal bli kjent med hvordan yrkesfeltet er organisert, og hvordan arbeidet gjennomføres rent praktisk. En slik forståelse av utdanning finner man som tidligere nevnt (kapittel 2) i den såkalte profesjonssosiologien, der studier av medisnutdanning på femti- og sekstitallet har vært særlig innflytelsesrike (Becker *m. fl.*, 1961; Merton *m. fl.*, 1957), og har blitt videreført og utviklet i nyere studier (se for eksempel Vågan, 2009). Utdanning forstås i denne tradisjonen ikke bare som tilegnelse av kunnskap som skal anvendes, men også som en introduksjon til de normer og verdier, formelle og uformelle, som legger føringer for arbeidet som en profesjonsutøver. Dette ligger tett opp til det situerte lærings- og kunnskapsbegrepet (se avsnitt 2.1), der individet formes over tid gjennom deltagelse i ulike praksisfellesskap, og identitetsforandringen dette innebærer er det som forstås som læring.

Mange av praksisveilederne vi intervjuet hadde en klar formening om at det å forme en identitet som en profesjonsutøver var et viktig formål med utdanningen i yrkesfeltet. En utdanningskoordinator ved et større regionsykehus sier det slik:

Hva er grunnen til at høyskolen skal ha praksis til alle studentene? En ting er å bruke det man har lært, men en annen ting er å lære hva arbeidslivet har å gi. Hva er det å være arbeidstaker? Møte presis, være høflig osv. Arbeidsrollen. Det kan bare vi lære dem, ikke høyskolen.

Praksisveilederne oppgir at praksisperiodene er relevante nesten uansett hvor klare planene er for praksisperioden. Praksis handler om å bli kjent med hvordan arbeidet organiseres og administreres og gir studentene innsikt i hva det vil si å være den type profesjonsutøver de er på vei til å utdanne seg til. Det understrekes av en fysioterapiveileder ved en rehabiliteringsavdeling at praksisen

fysioterapiststudentene har der ikke nødvendigvis er relevant for alt studentene skal gjøre i fremtiden, men at det gir en følelse av hva arbeidet går ut på.

Et vesentlig begrep i tradisjonen som forstår læring som situert, er begrepet legitim perifer deltagelse (se avsnitt 2.1.) Dette innebærer at nykommere i et praksisfellesskap, en avdeling eller en arbeidsplass, skal få delta med mindre intensitet, mindre risiko, mer assistanse og andre virkemidler som kan fremme erfaringslæring i nye kontekster. Å være en legitim perifer deltager, eller å legge til rette for legitim perifer deltagelse, kan sees som et ideal, og ikke en beskrivelse av hvordan man faktisk inkluderer nykommere som studenter på en arbeidsplass. I våre intervjuer var det relativt bred enighet om at studentene skulle ha en redusert risiko og redusert ansvar. De ble anerkjent som nettopp legitime perifere deltagere, og dette la også et press på praksisveilederne:

Etter hvert får studentene mer og mer ansvar og kan frigjøre litt ressurser på avdelinga.

Det er viktig å tro at studenten ikke er en assistent som kan gjøre oppgaven for deg. Man må gjøre det med studenten. For eksempel med medisiner, studenten må overvåkes hele tiden for å ikke gjøre feil. Kan ikke snu deg et øyeblikk. Det er et psykisk ekstraansvar (sykepleierveileder på sykehus).

I noen grad fremstår beskrivelsene av arbeidet med studenter og pasienter på avdelingene også som et godt eksempel på et praksisfellesskap, der de fast ansatte og pasientene utgjør de «vanlige» deltagerne, mens studentene er legitime perifere deltagere som det tilrettelegges for. Studentene gis rom for å prøve og feile av både veileder og pasienter:

For at de skal lære må de forsøke å gjøre ting med tilsyn. Ingenting som sier at de ikke kan få prøve seg. Noen pasienter er også gode veiledere (sykepleierveileder på sykehus).

Et tredje viktig formål med praksisdelen i utdanningen er rekruttering. I vår undersøkelse var dette et tema som ikke var i intervjuguiden, men som likevel ble tatt opp som viktig i så å si alle intervjuene vi gjennomførte. Å gi studentene et så godt som mulig inntrykk av arbeidet på praksisstedet, slik at de potensielt kan rekrutteres til arbeid senere var veldig viktig for praksisveilederne og koordinatorene. Uavhengig av hvor langt eller kort studentene har kommet er de interessante som arbeidskraft, enten som ekstravakter i helger og ferier og på tilkalling dersom de er tidlig i studiet (dette gjelder selvsagt mest sykepleie og til dels vernepleie som er de to gruppene med størst grad av turnusarbeid), eller som ferdig utlært arbeidskraft etter studiene.

«Det er viktig for oss å vise at eldreomsorgen er et kjempespennende og hyggelig sted å jobbe» sa en sykepleier, og dette ble også understreket av personen med koordinatorsansvar for alle praksisplasser i en hel kommune. I samtale med en koordinator ansatt av kommunen, om hvordan høyskolene tar kontakt for å skaffe praksisplasser, kom temaet rekruttering opp:

Veileder skal spørres, vi må vite at det er folk. Virksomhetene er opptatt av at det skal være ordentlig når de først tar imot studenter, at de kan gjøre en bra jobb. Vi tenker jo selvfølgelig rekruttering i det her.

En liten digresjon her kan være å spekulere over den positive vurderingen studentene gir praksisperiodene i studiene, slik det er vist i mange tidligere studier (for eksempel Frøseth og Caspersen, 2008). Kan dette ha sin bakgrunn i at de ansatte «gjør seg lekre», mer enn at de opplever praksisen som faglig relevant? Og skal man trekke det enda litt lenger kan man stille spørsmålsteget ved hvilke føringer dette kan legge på viljen til å være kritisk til studentene i praksis, og kanskje til og med underkjenne praksis. Samtidig er det viktig for virksomhetene at de sikrer seg kompetent arbeidskraft. Utfordringen i helsefagene er ikke bare å skaffe nok hender, men også hender som hører sammen med de riktige hodene. Bevissthet omkring disse problemstillingene kan likevel være med på

ytterligere å forsterke behovet for tydelige retningslinjer for evaluering av studentenes praksis. Satt på spissen kan rekrutteringsformålet komme i konflikt med kunnskaps- og sosialiseringformålet.

5.4 Tverrprofesjonell samarbeidslæring som del av praksisstudiene – hvordan er det og hva skal til?

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er vektlagt i «Utdanning for velferd» (stortingsmelding 13, 2011-2012). Der heter det at «TPS er en læringsform der studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen og får innsikt i andres kompetanse og dermed også bedre forståelse av sin egen. Rolleforståelse og evne til samhandling er sentrale mål. TPS bør i hovedsak gjennomføres ved bruk av felles praksisperioder». Argumentasjonen for TPS er at man i fremtiden vil trenge bredere grunnutdanninger som «er bredt sammensatt faglig og som orienterer seg mot flere ulike tjenestoområder, oppgaver og brukergrupper i yrkesfeltet». Sykepleie brukes som eksempel på en bred kunnskapsbase, der det teoretiske fundamentet hentes fra medisinske, naturvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige emner, sett i sammenheng med sykepleie som funksjon. Det er altså de praktiske syntesene som bør vektlegges, for å bruke Grimens (2008) begrep.

Motargumentene mot tverrprofesjonell samarbeidslæring er i hovedsak to, og begge drøftes i «Utdanning for velferd»: I Norge er man som profesjonsutøver i små kommuner ofte alene om å utføre de profesjonsspesifikke oppgavene, og dermed må man være spesialisert inn mot disse i stor grad. I tillegg er det viktig å utvikle en identitet som profesjonsutøver gjennom studiene, og at man identifiserer seg med den rollen tittelen innebærer, og de normer og verdier som knyttes til den. Dette er også tilnærmingen som vektlegges i de profesjonssosiologiske perspektivene som ble presentert i innledningen av dette kapitlet, og som også understrekes i synet på kunnskap og læring som situert. Å vektlegge tverrprofesjonell kompetanse kan komme i konflikt med dette identitetsskapende formålet med utdanning.

TPS er for det første et begrep som er lite kjent i praksisfeltet. Den vanligste reaksjonen når temaet ble tatt opp var at det hørtes ut som et finere ord for tverrfaglig arbeid. Det varierte mye mellom praksisstedene i hvilken grad studentene ble inkludert i tverrfaglig arbeid sammen med andre grupper. På de store sykehusene med høyt tempo og spesialiserte avdelinger opplevdes mulighetene til å få til læringssituasjoner på tvers som dårligere enn på mindre steder der man arbeidet tverrfaglig som en naturlig del av det daglige arbeidet med pasientene. Det ble også diskutert at dette handlet om forskjeller mellom steder med kort og lang liggetid eller opphold for pasientene. Der pasientene skulle være over lengre tid (i vårt materiale: rehabiliteringsavdelinger eller sykehjem) var mulighetene for å følge pasientene gjennom et helt behandlingsforløp større, og da fikk man også kjennskap og kontakt med andre grupper. På et sykehus var det satt i gang arbeid med å opprette tverrprofesjonelle studentteam, som en direkte følge av «Utdanning for velferd», men dette var fortsatt i startgropa.

Det var også noen steder slik at studentene hadde større muligheter til å delta i tverrfaglig arbeid enn de ansatte opplevde at de hadde selv. På ett sykehjem var studentene i sykepleie og vernepleie innom mange alle grupper og avdelinger som var på huset, inklusiv ledelse og administrasjon. Studentene hadde også fått anledning til å delta i fagrådet, som koordinerer sykehjemsplassene og fordeler dem til pasienter.

På et større regionsykehus hadde man også arrangert tverrfaglige dager, og hadde diskutert skyggepraksis mellom forskjellige profesjoner, blant annet medisin og sykepleie, og fysioterapi og sykepleie. Det opplevdes likevel som vanskelig å få til dette i en kort praksisperiode der mange andre mål skulle nås. Dette understrekes også av en fysioterapeut på et annet sykehus:

Det hender at tverrfaglige grupper oppstår tilfeldig, at man henger seg på. Fysiostudentene lærer mye om pasientenes tilstand av sykepleierstudentene, og bruker sykepleiernes kompetanse i situasjonene. Men dagene er så lite mulig å

planlegge at det er vanskelig å gjøre dette på forhånd. Hvordan skal man finne et tidspunkt som passer for alle for eksempel? Det er urealistisk.

Det var også til tider en uttalt misnøye mot ideen om tverrprofesjonell samarbeidslæring, og argumentene var i tråd med diskusjonen i «Utdanning for velferd». Dette var begrunnet i at studentene hadde et stort behov for å lære seg det fagspesifikke, og at de ikke kunne bruke opp tiden på å sette seg inn i hva andre gjør. Den følgende utvekslingen mellom to praksisveiledere ved et sykehus er illustrerende:

Vi forsøker å få til tverrprofesjonell samarbeidslæring på ergoterapi, fordi sykepleierstudentene som kommer til oss er her omtrent samtidig som ergoterapeutstudentene. De har en helt annen tilnærming til f.eks. morgenstellsituasjon, noe som er veldig nyttig å oppleve (praksisveileder ergoterapi).

Fysioterapistudenten har ikke noe i en stellesituasjon å gjøre! De må lære å jobbe selvstendig. Fysioterapi er en komplementær funksjon som skal være så spesifikk som mulig. Det er fullt mulig å utveksle noen erfaringer selvsagt, men det viktigste er å lære å være selvstendig. Å ha med seg noen andre på samme utdanningsnivå i et tverrfaglig studentteam vet jeg ikke om er fremmede for læringen. Kanskje er det det for turnuskandidatene, men ikke for tredjeårsstudentene (praksisveileder fysioterapi)

Det kan være at det er en sammenheng mellom denne skepsisen til tverrprofesjonell samarbeidslæring hos fysioterapiveilederen og opplevelsen av at fysioterapistudentene har hatt for lite praktisk erfaring når de kommer i tredjeårs-praksisen, men andre veiledere i fysioterapi var mer positive til tverrprofesjonell samarbeidslæring.

I alle intervjuene vi har gjort har det vært en tydelig vektlegging av den kliniske, praksisbaserte kunnskapen, fremfor den forskningsbaserte kunnskapen. Dette kommer frem gjennom uttalelser om at det er for mye teori i utdanningen, at det er gjennom praksis studentene lærer seg hva yrket går ut på, og en vektlegging av en helhetlig sosialisering i studiet. Dette underbygger gamle beskrivelser av skillet mellom høyskole og yrkesfeltet som to forskjellige systemer med forskjellig logikk, der høyskolene også drives av en egen akademisk logikk og et akademisk driv, mens praksisfeltet står for det motsatte ytterpunktet (Caspersen, 2012). Om denne beskrivelsen er empirisk korrekt er usikkert. Praksisveilederne vi har intervjuet virker opptatt av utviklingen av en helhetlig profesjonsidentitet, der det å kjenne og bli en del av praksisfeltet er vel så viktig som det vi har kalt kunnskapsformålet til praksisundervisningen. Profesjonsidentiteten vektlegges, og dermed får man kritiske motforestillinger til tverrprofesjonell samarbeidslæring, i tillegg til motforestillingene til om et slikt undervisningsopplegg er praktisk gjennomførbart innenfor de rammene man har for undervisningen i yrkesfeltet.

6 Oppsummering og diskusjon

Formålet med denne rapporten har vært å få frem praksisfeltets stemme, som i liten grad har vært hørt i tidligere undersøkelser. I tillegg til å supplere og utbygge oppfatningene omkring studieorganisering og gjennomføring av utdanning i yrkeslivet som har vært kartlagt i tidligere undersøkelser har den eksplorerende tilnærmingen og utvalget av respondenter gjort det mulig å diskutere faktorer som påvirker praksis som ligger utenfor studieorganiseringen, men som likevel framstår som betydningsfulle. Dette er et bidrag som vi håper er med på å åpne opp diskusjonen omkring praksis ytterligere.

Grønn (2010) pekte på at det er flere utfordringer med å få til gode praksisstudier i helse- og sosialfagene:

- for få gode og relevante praksisplasser
- samarbeidet med yrkesfeltet er uforutsigbart og lite stabilt over tid
- for liten stabilitet i tilgang på veiledere og veiledningskompetanse
- usikkerhet omkring ansvar, rolle og funksjoner
- ulikt syn på veiledning og veiledningsmodeller
- svakt ressursgrunnlag, manglende finansiering
- mangel på forpliktende avtaler og kvalitetssikring

I stor grad er disse punktene sammenfallende med funnene i vår eksplorerende kartlegging av hva praksisveilederne legger vekt på som viktig for god praksis. I de neste avsnittene oppsummerer vi noen hovedfunns, før vi forsøker å antyde noen mulige kvalitetsindikatorer for praksis. I og med at datamaterialet og metoden som er brukt gir få muligheter for generalisering, men i stedet er rettet mot å få frem bredden i erfaringer, må kvalitetsindikatorerne undersøkes videre i senere studier for å valideres.

6.1 Rammevilkårene for veiledning

Praksisfeltets ansvar for å ta imot og veilede studenter og elever i praksisperiodene kan være hjemlet i lov, forskrift, vedtekter, instruks, ulike styringsdokumenter som tildelingsbrev og oppdragsdokumenter eller i samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet. I hvilken grad det er fastsatt et slikt ansvar varierer fra utdanning til utdanning og fra sektor til sektor. På enkelte områder er det lovfestet klare forpliktelser for praksisstedene til å sørge for at studenter og elever får den nødvendige opplæringen: De regionale helseforetakene har et selvstendig, lovpålagt ansvar for å sørge for at studenter og elever får gjennomført praksisopplæringen, mens kommunesektorens ansvar

er definert som et medvirkningsansvar og ikke som et selvstendig ansvar slik det er i spesialisthelsetjenesteloven.

Blant praksisveilederne vi intervjuet var det imidlertid lite oppmerksomhet omkring formuleringene i lovverket. Heller ikke for informanter med koordinatoransvar var det særlig kjennskap til forskjellene mellom forskjellige lovverk. Både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten ble det tolket som et krav at de skulle ta imot studenter i praksis. Det ble oppfattet som en del av stillingen, og det sto i de fleste stillingsbeskrivelser, ut fra det vi fikk opplyst, at de skulle bidra til opplæring på arbeidsplassen. Dette ble av de fleste forstått som også å inkludere praksisopplæring. Det var dessuten gjennomgående at studentene på mange måter ble opplevd som en ressurs. Det var kanskje særlig de med et lederansvar og da også koordineringsansvar som understreket dette, og noe av grunnen var at de så på det å ha studenter i praksis som en viktig rekrutteringskanal, både til ekstravakter underveis i studiet og til jobber som ferdig utdannet senere. Til tross for lite kjennskap til lovverket og formuleringene der, var informantene gjennomgående svært opptatt av hva slags muligheter man hadde for koordinering og avtaler.

Per i dag er rammeplaner den viktigste styringsmekanismen når det gjelder innhold og organisering av de fire aktuelle utdanningene. Med utgangspunkt i rammeplanene utarbeider institusjonene fagplaner som viser hvordan de organiserer og tilrettelegger studieprogrammene innenfor de grenser rammeplanen fastsetter.

Rammeplanen er likevel ikke styrende for hvordan utdanningen i yrkesfeltet foregår. Denne undersøkelsen indikerer at rammeplanen for de fleste praksisveiledere er et lite benyttet dokument. Veilederne forholdt seg først og fremst til fagplanene utarbeidet ved utdanningsinstitusjonene, og særlig emnebeskrivelser og formuleringer i disse. I noen tilfeller, men langt fra alle, får veilederne egne arbeidshefter fra utdanningen som fastsetter forventet læringsutbytte i praksis. Formuleringene oppleves som uklare av mange praksisveiledere, og også lite oppdaterte, og mye innsats brukes på å fortolke dem. I mange tilfeller utarbeidet også praksisveilederne egne planer og mål med studentene, som ble utgangspunkt for praksisopplæringen uten konkret tilknytning til høyskolens formuleringer. De yrkesetiske retningslinjene ble også i noen tilfeller brukt som arbeidsdokumenter i praksis.

Organiseringen av praksis varierte mellom fag og steder. Det var også stor variasjon mellom de forskjellige faggruppene på de stedene som hadde egne ansatte til å koordinere utdanningene. Selv om alle helseforetak i Helse Sør-Øst er pålagt å ha utdanningskoordinator, var det tydelig at dette først og fremst dreide seg om en koordinerende funksjon for å fordele studenter. Det er lite som tyder på at forhold som angår selve innholdet i praksisstudiene falt innenfor utdanningskoordinatorens ansvarsområde. Dette gir store fagforskjeller også innad på samme virksomhet, og peker mot at de fagspesifikke faktorene er svært viktige for å forstå hvordan praksis kan forbedres (Vabø og Sweetman 2011), sammen med påvirkninger som ligger utenfor utdanningenes rammer, slik som arbeidsorganisering og rammevilkår.

6.2 Økonomi

Økonomi er et viktig tema for å forstå vilkårene for god veiledning. Forskjellige ordninger for å sikre finansieringen av praksisopplæringen har vært brukt gjennom tidene (se avsnitt 3.4 for en gjennomgang), og har til dels vært evaluert tidligere (Caspersen 2011). Funnene i vår rapport underbygger den tidligere evalueringen: Ordningen med samarbeidsmidler var til dels kjent blant våre informanter, men ble generelt oppfattet som svært tidkrevende å involvere seg i. At midlene ble forvaltet av utdanningene gjorde også at mange opplevde det å få til samarbeidsprosjekter som krevende. Det å ha de rette kontaktene blant fagpersonalet på høyskolen ble blant annet oppfattet som en viktig forutsetning for å få satt i gang prosjekter. I en kommune hadde de forsøkt å løse denne utfordringen gjennom å organisert seg med en felles koordinator for alle praksisplasser. Denne personens oppgave innbefattet blant annet å holde kontakt med høyskolen for å finne frem til og utvikle nye samarbeidsprosjekter. Et gjennomgående funn er imidlertid en viss frustrasjon blant

informantene til at det å få igangsatt prosjekter finansiert gjennom samarbeidsmidlene, i for stor grad var prisgitt utdanningsinstitusjonene. I praksisplassene i kommunene var det ingen av dem vi intervjuet som hadde vært med på prosjekter finansiert av samarbeidsmidler. Heller ikke våre informanter tilknyttet spesialisthelsetjenesten hadde viet samarbeidsmidlene mye oppmerksomhet. Et annet slående funn var at man en del steder omtalte samarbeidsmidlene på måter som kunne indikere en mangelfull forståelse for hvordan ordningen er ment å fungere. Samarbeidsmidlene ble oppfattet som midler høyskolene forvaltet og som man til dels kunne forhandle med utdanningen om for å få penger per student i praksis.

6.3 Tid

I tråd med en rekke andre undersøkelser relatert til helsearbeideres jobbsituasjon ga informantene uttrykk både for en opplevelse av et generelt tidspress i sin arbeidshverdag, og at mangelfull spesifisering av tidsressurser til veiledning representerer en utfordring. Uttalelser fra informanter kan også tyde på at praksisstudienes plassering i studieåret i hovedsak er styrt av utdanningsinstitusjonenes fagplaner, og dette resulterer i en ujevn bruk av praksisfeltet gjennom året. Dette gjør det vanskelig for praksisstedene å finne gode løsninger. Spesielt krevende er det for dem som mottar studenter fra flere utdanningsinstitusjoner. Gjennomgående oppga mange av informantene at de ofte opplever at planleggingshorisonten blir svært kort. Mange ga også uttrykk for at ved mange avdelinger og institusjoner er trykket og arbeidspresset så stort at det kan være en utfordring å finne rom til for eksempel tidkrevende kompetanseutviklingskurs.

Pasientenes tid ga også utfordringer for praksisopplæringen, særlig for spesialisthelsetjenesten. Raskere overføring til kommunen fører til kortere pasientforløp, noe som gjør pasienttilgangen mer uforutsigbar og skiftende. Dette kan gjøre det vanskelig å følge pasientforløp, noe mange trekker frem som viktig for å forstå helheten i en behandlingssituasjon. Her la våre informanter vekt på at det er en forskjell mellom type avdelinger. Rehabiliteringsavdelinger har gjerne lengre pasientforløp, selv om man også der overfører til kommunene tidligere enn man gjorde før, mens andre avdelinger drives mer som poliklinikker med dagpasienter.

Til tross for at mange informanter ga uttrykk for en prioritering av kompetanseutvikling av fagspesifikk art, understreket så å si samtlige at det at flere ansatte skaffer seg formell veiledningskompetanse også er viktig. Imidlertid rådet det en viss usikkerhet angående hva en slik formell veilederskolering burde inneholde. Den samme usikkerheten kom også til uttrykk når det gjelder det mer generelle spørsmålet angående hva som kreves av en god veileder og hva denne rollen bør omfatte. En del informantene påpekte også at kompetansekravet til veileder, slik det er formulert i rammeplanene, framstår som temmelig vagt.

Et gjennomgående funn er også at veiledningsaktiviteten, og kompetanseutviklingen tilknyttet denne, i relativt liten grad synes å være systematisert og kvalitetssikret ved praksisstedene. Hva som til enhver tid representerer god og hensiktsmessig veiledning synes således i stor grad å være overlatt til den enkelte veileders spesielle forutsetninger og subjektive skjønn.

Flere informanter understreker at de oppfatter det som viktig for studentenes læring at praksisveiledere og lærere fra høyskolen «snakker samme språk». Prosjektet «Alt rett – Alltid» blir trukket fram som et eksempel på at en felles faglig forankring og samkjøring, mellom høyskole og praksissted, bidrar til å gi studentene en større grad av opplevd samsvar mellom teori og praksis.

6.4 Ledelsesforankring

Ledelsen ved avdelingene og virksomhetene har ikke vært direkte representert, men deres synspunkter har kommet til uttrykk gjennom personer med koordinatoransvar, som i noen tilfeller også inngår i ledelsen. De viktigste perspektivene omkring ledelsens rolle har likevel kommet til uttrykk gjennom praksisveiledernes synspunkt på sin egen ledelse. En del informanter ga uttrykk for tydelig

frustrasjon med hensyn til utfordringer knyttet til å kvalitetssikre veilederrollen. Det var også gjennomgående, om enn i varierende grad, at informantene opplevde at det ikke var avsatt tilstrekkelig tid og ressurser til å følge opp og veilede studentene. En del ga også uttrykk for at de ikke mottar tilstrekkelig støtte fra sitt arbeidssted, og at de følte seg relativt ensomme i veilederrollen. Mange informanter opplevde dessuten at ledelsen ved det aktuelle praksisstedet oppfordret til å gjennomføre veilederutdanning, men i mindre grad la til rette for at dette kunne gjennomføres i praksis. I og med overgangen fra å lønne den enkelte praksisveileder/avdeling, til å inngå samarbeid med praksisinstitusjoner i helse- og velferdsutdanningene, bør en kunne forvente en viss grad av samarbeid ved praksisstedene om veiledning av studentene. Uten et slikt samarbeid vil kvaliteten på studentenes praksis lett stå og falle med hvem som er utnevnt som deres praksisveileder.

6.5 Samarbeid praksisarena og utdanningsinstitusjon

Gjennomgående framsto det som relativt personavhengig hva slags kontakt med høyskolen praksisstedene hadde, på den måten at noen kontaktlærere ved høyskolen følger opp praksisfeltet tettere enn andre og oppleves å ta et ekstra ansvar. Gjennomgående etterlyste informantene effektive systemer som kan bidra til å gi praksisfeltet mer nyanserte og oppdaterte oppfatninger og forventninger angående studentene som kommer i praksis. Noen av informantene ga uttrykk for et stadig større «utdanningsgap» mellom praksissted og utdanningsinstitusjon og at dette opplevdes som et problem, ikke minst med hensyn til effektiv kommunikasjon. Enkelte informanter var inne på at såkalt kombinerte stillinger kanskje kunne bøte på dette problemet. Det er for øvrig et gjennomgående synspunkt blant informantene at praksisarenaene ikke i tilstrekkelig grad blir involvert når det gjelder planlegging og innhold i utdanningen. I den sammenhengen er det viktig å ha med at også praksisfeltet har utfordringer i å gjøre det lettere for studentene å vite hva som venter dem i praksis. Dette kan både gjøres ved å informere studentene om hva slags type arbeid som venter dem, og også ved å gi studentene noe opplæring i administrative rutiner og systemer før de kommer i praksisfeltet, for eksempel gjennom Class Fronter. Det var stor variasjon blant praksisstedene i hvilken grad de ga studentene informasjon før de kom i praksis, og i hvilken grad utdanningsprogrammene stilte krav om dette. Som diskutert særlig i kapittel 2 konkluderer mye av forskningen om overføring med at samarbeidet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted er av avgjørende betydning for overføringsmulighetene, og at det er viktig at dette samarbeidet går tett på det man gjerne ser at studentene er i stand til å overføre fra skolesituasjonen til arbeid.

6.6 Opplevd innhold og relevans

Praksisveilederne opplever altså at studiene har blitt mer og mer teoretisk fundert, og at dette har gått på bekostning av hvor forberedt studentene er til undervisningen i yrkesfeltet. Dette la press på både studentene og praksisveilederne. Enkelte informanter var også inne på at det var mye praktisk kunnskap praksisveilederne opplevde at studentene burde hatt som de ikke har. Det ble videre understreket fra praksisveilederne i flere fag at øvelsene studentene gjør på høyskolen i for stor grad framstår som «kunstige» eller «oppkonstruerte». Praksisveilederne ga uttrykk for at de opplever at utdanningen har en utfordring med å gjøre undervisningen praksisnær nok, og at dette er en tilbakemelding de får fra studentene også. Dette gjelder også den kliniske undervisningen som foregår på høyskolene. I dette prosjektet, som altså har som mål å se nærmere på praksisveiledernes erfaringer med praksisutdanningen, er det således et gjennomgående funn at studentene opplever som mindre forberedt til praksis enn før. Mange informanter koblet også dette til at de opplever at det er flere «svært unge» eller «mindre modne» studenter enn før.

Som tidligere nevnt, var flere informanter også inne på at raskere overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste, som et resultat av samhandlingsreformen, innebærer nye utfordringer for å skape sammenheng mellom utdanningen på høyskolen og utdanningen i yrkesfeltet – ikke minst med hensyn til økt tempo. Samlet sett er det altså ikke bare det som Smeby og Heggen (Heggen og Smeby, 2012; Smeby og Heggen, 2012) kaller for programkoherens som oppgis å gi utfordringer og

muligheter for praksisstudiene. utfordringene ligger også klart utenfor studiene, i det at endringer i helsesektoren gir endrede betingelser for god utdanning i yrkesfeltet. Det er altså ikke bare høyskolens planlegging av praksis og kontakt med utdanningsfeltet som er viktig. Samarbeid og samspill har sine klare utfordringer og forbedringspotensial, men det er viktig å ta med at det er forskjellige eksterne faktorer som påvirker mulighetene til god undervisning i yrkesfeltet. Nøkkelfaktorene som ble diskutert i kapittel 4 – tid, økonomi og ledelsesforankring – er viktige sammen med andre ytre faktorer.

I tillegg til tilegnelse og anvendelse av kunnskap, var det mange av informantene som framhevet praksisstudiene som en introduksjon til de normer og verdier, formelle og uformelle, som legger føringer for arbeidet som en profesjonsutøver. Praksisveilederne oppga at praksisperiodene i dette henseende, er relevante nesten uansett hvor klare eller uklare planene for praksisperioden måtte være. Praksis handler også om å bli kjent med hvordan arbeidet organiseres og administreres og gir studentene innsikt i hva det vil si å være den type profesjonsutøver de er på vei til å utdanne seg til. Mange veiledere framhevet også at praksisstudiene for studentene fungerer som en type praksisfelleskap der de gis rom til å prøve og feile av så vel veileder som pasienter. Studentene i praksis blir således betraktet som en type legitime perifere deltakere.

Et annet viktig formål med praksisdelen i utdanningen er rekruttering. Dette ble framhevet av så godt som samtlige informanter. Å gi studentene et så godt som mulig inntrykk av arbeidet på praksisstedet, slik at de potensielt kan rekrutteres til arbeid senere ble framhevet som svært viktig for praksisveilederne og koordinatorene.

Når det gjelder tverrprofesjonell samarbeidslæring er dette et begrep som var lite kjent i praksisfeltet. Det varierte mye mellom praksisstedene i hvilken grad studentene ble inkludert i tverrfaglig arbeid. På de store sykehusene med høyt tempo og spesialiserte avdelinger opplevdes mulighetene til å få til læringssituasjoner på tvers som dårligere enn på mindre steder der man arbeidet tverrfaglig som en naturlig del av det daglige arbeidet med pasientene. Det ble også diskutert hvorvidt dette handlet om forskjeller mellom steder med kort og lang liggetid eller opphold for pasientene. Det var også til tider en uttalt motvilje mot ideen om tverrprofesjonell samarbeidslæring. Motviljen var stort sett begrunnet i at studentene hadde et stort behov for å lære seg det fagspesifikke, og at de ikke kunne bruke opp tiden på å sette seg inn i hva andre gjør. Argumentene var stort sett i tråd med diskusjonen angående dette temaet i «Utdanning for velferd».

6.7 Hvordan sikre kvalitet i praksis?

Som en del av Helsedirektoratets utlysning til dette prosjektet ble det lagt vekt på utvikling av kvalitetsindikatorer for god praksis. Fremgangsmåten og datamaterialet som er brukt har begrensede muligheter for generalisering, og våre forslag omkring kvalitetsindikatorer må derfor sees på som anbefalinger som må valideres gjennom ytterligere studier eller gjennom tidligere forskning for å kunne brukes.

Kvalitetsindikatorer skal være målbare resultater, direkte eller indirekte, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Hva er da kjennetegn ved virksomheter med god praksisundervisning? Vår oppsummering av kjennetegn er basert både på arbeidsmåter vi har avdekket som fremstår som gode, men også på det som trekkes frem som hindringer for god praksisopplæring av informantene. De viktigste punktene handler om å etablere systemer for god oppfølging av alt som har med veiledningen å gjøre: kontakten mellom utdanning og yrkesfelt, måten man veileder i praksis og etter hvilke retningslinjer, og hva slags rutiner og systemer man har for å sikre at gode retningslinjer følges. Dette innebærer at hele kjeden fra utdanning og kontaktlærer til virksomhet og ledelsen og praksisveileder må se viktigheten av tydelige systemer. Dette vil gi forutsigbarhet for alle aktører, ikke minst studentene. Veiledning i praksis må sees som en del av kjernevirksomheten, ikke en tilleggsoppgave.

God praksis kjennetegnes av at:

- Der er klare planer for praksisstudiet, med tydelige mål
- Praksis bygger videre på tema/arbeidsmåter man har gått gjennom på høyskolen
- Forventninger til studentene fra praksisfeltet blir kommunisert studentene i forkant av praksisoppholdet – faglig i form av hva de bør ha lest og kunne i forkant, men også om hvordan arbeidet er organisert og hvordan studentene skal passe inn i dette
- Studentene setter seg inn i praksisfeltets forventninger
- Veilederne har veilederutdanning som oppleves som relevant
- Veilederne opplever at det er klare mål for studiet, som er relevante å evaluere studenter etter. Veilederne forstår målene som er gitt fra høyskolene
- Det er en person på praksisstedet som har et koordinatoransvar, og som skal følge opp praksisveilederne der
- Det utarbeides en detaljert plan for praksisveiledningsperioden, med planer og mål
- Dokumentere system for veiledning (og kvalitetssikring av denne)
- Det finnes en plan for kompetanseutvikling for veiledere
- Det finnes et etablert system for kontakt mellom høyskole og praksissted

Denne foreløpige listen med indikatorer er i forskjellig grad målbare. En kvalitetsindikator vil i denne forstand fungere som indikasjoner på om prosesser er igangsatt og fungerer og om mål er oppnådd. Kvalitetsindikatorerne må betraktes som en del av arbeidet med kontinuerlig forbedring og en systematisk overvåking og evaluering av kvaliteten til praksisstudiene. Det bør være praksisstedene og utdanningsinstitusjonene som i fellesskap, i samarbeid med eksterne aktører, har ansvar for å utarbeide, bruke og evaluere kvalitetsindikatorerne fortløpende. Dette for å sikre størst mulig grad av eierskap og felles forståelse når disse tas i bruk i en hektisk hverdag. Det viktigste i denne sammenhengen er selvsagt at kvalitetsindikatorerne sier noe spesifikt om det man interessert i, altså graden av kvalitet i praksisstudiene, og at målingene kan gjennomføres med rimelig bruk av tid.

Som en del av dette trenger man mer forskning for å oppnå ytterligere læring om hvordan praksis foregår, hvordan det læres i praksis – hva som fungerer bra og hva fungerer mindre bra. Denne forskningen må være rettet inn mot forskjeller når det gjelder f.eks. kontekst og fag, men gjerne også med en komparativ komponent. Vi ser for oss at observasjonsstudier av veiledede situasjoner fra praksisstudier kan være nyttig. Videre vil det å gjennomføre gruppeintervjuer med representanter fra studentene, veilederne og faglærerne sammen, kunne bidra til å sette søkelys på enighet og uenighet og å legge til rette for at et mangfold av kategoriseringer kan komme til uttrykk. Det å gjennomføre intervjuer i grupper kan videre bidra til at ulike utfordringer aktørene stiller hverandre overfor, får deltakerne til å forme og rekonstruere sine synspunkter. Det å trekke inn praksisstudenter og faglærere, i tillegg til de ansatte i praksisfeltet, tror vi vil være spesielt viktig i en slik sammenheng. Det å velge ut intervjupersoner i denne typen intervjuing er for øvrig en vedvarende prosess. Ideen blir ikke så mye å undersøke et representativt utvalg av populasjonen, som det blir å kontinuerlig trekke inn og analysere representative meningshorisonter. Trolig vil slike kvalitative observasjonsstudier og gruppeintervjuer gi opphav til rike datakilder man kan benytte for å etablere hypoteser relatert til fenomenene *kvalitet i praksis* og *koherens mellom teori og praksis*. Når hypoteser på denne måten er etablert bør det lages en større kvantitativ undersøkelse, f.eks. i form av en survey, for å teste hypotesene empirisk.

I forbindelse med implementering av kvalitetsindikatorer må disse valideres med hensyn til en rekke kriterier som relevans, målbarhet, pålitelighet, tolkbarhet, mulighet for forbedring, sammenlignbarhet og gjennomførbarhet. De foreslåtte indikatorerne bør derfor testes, justeres og konkretiseres gjennom en fase med praktisk utprøving. Det må være et poeng at så mange relevante aktører som mulig blir trukket med og blir hørt i en slik utprøvings- og implementeringsprosess. Det er nærliggende at en slik prosess vil synliggjøre ulike prioriteringer og virkeligsoppfatninger avhengig av ansvarsområde og plassering i systemet. En åpen og konstruktiv prosess med hensyn til eventuelle

interessekonflikter og uenighet, angående hva som representerer effektive virkemidler og fornuftig ressursbruk, vil trolig ha positiv betydning for i hvilken grad eventuelle tiltak og ordninger blir fulgt helhjerta opp i etterkant.

Litteraturliste

- Aarskog, V. (1998). Sammenhængen mellom skole og praktik i detaljhandelsuddannelsen - en kortlæging. København
- Aarskog, V. (2003). Mellom skole og praktik: Fire teoretiske forståelsesrammer til belysning av sammenhængen mellom skole og praktik. København: DPU's forlag
- Aasprang, A. (2005): Håndtering av medisiner er mer enn å regne. Sykepleien nr. 13.
- Aigeltinger, E. (2011). «Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten». I Jarning, H. (Red.), Dyktighet og kyndighet: En samling essay om høgskoleutdanning og kunnskapsforståelse. HiO-rapport 2011 nr. 19. Oslo: Høgskolen i Oslo
- Andreassen, H.M, Hoff, T. og Bøckmann, S. (2011) "Alt rett – Alltid", Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2011:4
- Bates, R. A., E. F. Holton og D. L. Seyler (1996). Validation of a transfer climate instrument. Minneapolis: AHRD
- Becker, H. S., B. Geer, E. C. Hughes og A. L. Strauss (1961). Boys in white : student culture in medical school. Chicago ,
- Benner, P. og K. Heggen (2010). Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer: Akriben
- Bereiter, C. (1995). «A dispositional view of transfer». Teaching for transfer: Fostering generalization in learning: 21-34.
- Billett, S. (2001). «Knowing in practice: re-conceptualising vocational expertise». Learning and Instruction, 11(6): 431-452.
- Boud, D., R. Keogh og D. Walker (1985). «Promoting reflection in learning: A model». Reflection: Turning experience into learning: 18-40.
- Brandt, E. (2005). «Kartlegging av praksisbasert høyere utdanning». NIFU STEP skriftserie, 8: 2005.
- Bråten, I. (2002). Læring i sosialt, kognitivt og sosialt-kognitivt perspektiv. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Caspersen, J. (2011). Evaluering av samarbeidsmidler i helse- og sosialfagutdanningene (Nr. 29/2011). Oslo: NIFU
- Caspersen, J. (2012). Drivkrefter i profesjonsutdanningene i sykepleie og medisin. NIFU-rapport nr. 33, 2012.
- Caspersen, J., Ø. Wiborg og B. Lødding (2011). Praksisutbytte? Kunnskapsoversikt om ungdoms utbytte av praksis i opplæringen. NIFU-rapport 6, 2011. Oslo: NIFU.
- Chi, M. T., M. Bassok, M. Lewis, P. Reimann og R. Glaser (1989). «Learning from examples via self-explanations». Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser: 251-282.
- Dewey, J. (1904). «The relation of theory to practice in education». The third yearbook of the National Society for the Scientific Study of Education: Part 1: The relation of theory to practice in the education of teachers, 3.
- Eikeland, O. (2006). «Yrkeskunnskap og aristoteliske kjennsformsformer». I Askerøi, E. og O. Eikeland (Red.), Som gjort, så sagt. Yrkeskunnskap og yrkeskompetanse. Rapport nummer 13. Akershus: Høgskolen i Akershus
- Ellis, H. C. (1965). The transfer of learning. New York: Macmillan
- Eraut, M. (1994). Developing professional knowledge and competence. London: Falmer Press
- Folkenborg, K. og B. Jordfald (2003). Kommunale lederes vurdering av sykepleier- og ingeniørutdanningen. Oslo: FAFO

- Frøseth, M. W. og J. Caspersen (2008). Tilbakeblikk på utdanningen yrkesaktivitet, mestring av yrke, oppfølging i arbeidslivet og vurdering av utdanningen. Oslo: Høgskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier
- Førland, Oddvar (2005): Fra student til sykepleier: Sykepleieres yrkesforløp og yrkesverdier. Fou-rapport, Diakonissehjemmets høgskole 1/2005.
- Gravset, H. (2010). Arbeidsskader og arbeidsrelaterte helseproblemer [Work injuries and work-related health problems]: STAMI-rapport.
- Grimen, H. (2008). «Profesjon og kunnskap». I Molander, A. og Lars Inge Terum (Red.), Profesjonsstudier (s. s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget
- Grossman, P., K. M. Hammerness, M. McDonald og M. Ronfeldt (2008). «Constructing Coherence: Structural Predictors of Perceptions of Coherence in NYC Teacher Education Programs». *Journal of Teacher Education*, 59(4): 273-287.
- Grønn, T. (2010). Fokus på praksisstudier og kvalitetssikring av praksis. Komparativ kartlegging og analyse av de av HiOs heltids bachelorstudier som har ekstern, veiledet praksis som krav i rammeplanen. Oppdrag fra rektoratet ved HiO. Oslo: Høgskolen i Oslo
- Guile, D. og M. Young (2003). «Transfer and Transition in Vocational Education: Some theoretical Considerations». I Tuomi-Gröhn, T. og Y. Engstrom (Red.), *Between School and Work. New Perspectives on Transfer and Boundary Crossing*. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Hansen, M. P. (2004). Samspillet mellom skole og virksomhet i vekselsuddanerlsene. København: Roskilde Universitetsforlag
- Hatlevik, I. K. R. (2009). Avgangsstudenten : studentenes vurdering av undervisning, praksis, studieforhold, tilegnet kompetanse, studieatferd og fremtidig utdanning. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier
- Hatlevik, I. K. R. (2012). Praksis i studiene. En undersøkelse blant praksisveiledere, faglærere og studenter ved fem profesjonsutdanninger. HiOA-småskrift 2012, nr. 2.
- Heggen, K. og J.-C. Smeby (2012). «Gir mest mulig sammenheng også den beste profesjonsutdanninga?». *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 96(1): 4-14.
- Helleland, E.H. (2004): Pedagogiske utfordringer i forhold til legemiddelhåndtering og legemiddelregning i sykepleierutdanningen. Lovisenberg diakonale høgskole, FOU- rapport.
- Hiim, H. og E. Hippe (2001). Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere. Oslo: Gyldendal
- Johansen K.J. og Grimstad, J.P. (2011) Vernepleierens utdanning og yrkesfelt, Sluttrapport, HIST
- Karoliussen, M. (2002). «Sykepleie–tradisjon og forandring». Gyldendal Akademiske Forlag, AS, Oslo.
- Kunnskapsdepartementet (2012). Utdanning for velferd : samspill i praksis. Oslo: Departementenes servicesenter
- Kårstein, A. og P. O. Aamodt (2012). Opptakskrav, vurderingsformer og kvalitet i sykepleierutdanningen. NIFU rapport 14, 2012. Oslo: NIFU
- Lauvås, P. og G. Handal (2000). Veiledning og praktisk yrkest teori ([Rev. utg.] ed.). Oslo: Cappelen akademisk
- Lave, J. og E. Wenger (1991). *Situated learning: legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press
- Merton, R. K., G. G. Reader, P. L. Kendall, Commonwealth Fund og Columbia University Bureau of Applied Social Research (1957). *The Student-physician introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge, Mass.: Published for the Commonwealth Fund by Harvard University Press

- Miettinen, R. og S. Peisa (2002). «Integrating school-based learning with the study of change in working life: the alternative enterprise method». *Journal of Education and Work*, 15(3): 303-319.
- Olsvold, N. (2010) Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organisering av ansvar i sykehus. Ph,d Doktoravhandling, Universitetet i Oslo
- Omland, L.J. (2008): En undersøkelse av problemene sykepleiestudenter møter i medikamentregning. Masteroppgave, Universitetet i Agder, Kristiansand.
- Persson, J. (1995). Kontekstens betydning for transfer. København: Roskilde Universitetsforlag
- Rambøll (2007). Utredningsprosjekt om samarbeid mellom høyere utdanning og arbeidsliv. Oslo:: Rambøll Management
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner : how professionals think in action*. New York: Basic Books
- Skagen, K. (2004). *I veiledningens landskap: innføring i veiledning og rådgivning*: Høyskoleforlaget
- Skår, R. (2007). «Praksis - en læringsarena som engasjerer». I Alvsvåg, H. og O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritisk perspektiv på sykeplei*. Oslo: Akribes
- Skår, R. (2010) Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. I: *Nurse Education Today*, 30, s. 132-136
- Sjetne, Ingeborg Strømseng (2011). Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009. Notat fra Kunnskapscenteret 2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
- Smeby, J.-C. og K. Heggen (2012). «Coherence and the development of professional knowledge and skills». *Journal of Education and Work*: 1-21.
- Stark, R. (2000). «Experimental investigations of the transfer problem». *Educational Research*(3): 395-415.
- Stevenson, J. (2002). «Concepts of workplace knowledge». *International Journal of Educational Research*, 37(1): 1-15.
- Stortingsmelding 44 (2008-2009). Utdanningslinja. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Stortingsmelding 5 (2003-2004). Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo:Helse- og omsorgsdepartementet
- Stortingsmelding 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Thune, T. (2011). «Success factors in higher education–industry collaboration: a case study of collaboration in the engineering field». *Tertiary Education and Management*, 17(1): 31-50.
- Trim, J. (2004): *Clinical skills: a practical guide to working out drug calculations*. *British Journal of nursing*, Vol.13, No 19, pp 602- 606.
- Tuomi-Gröhn, T. og Y. Engeström (2003). «Conceptualizing Transfer: From Standard Notions to Developmental Perspectives». I Tuomi-Gröhn, T. og Y. Engeström (Red.), *Between School and Work. New Perspectives on Transfer and Boundary Crossing*. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Vabø, A. og R. Sweetman (2011). *Praksisorienterte studietilbud: Eksempler fra ingeniørutdanning, markedsføringsfag, humanistiske og samfunnsvitenskapelige fag*. NIFU rapport 3/2011. Oslo: NIFU Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
- Vågan, A. (2009). *Physicians in the making*. Ph.d. avhandling. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Weeks, K.W. et al (2000): Written drug dosage errors made by students: the threat to clinical effectiveness and the need for a new approach. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4, 20-29.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press

Wright, K. (2007): Student nurses need more than maths to improve their drug calculation skills. *Nurse Education Today*, 27, 278- 285.

Vedlegg 1

Semistrukturert intervjuguide – «Kvalitet i praksis»

Rammeplan og gjennomføring av praksisstudier

1. Hvordan oppleves innhold og relevans, i de aktuelle studentgruppens praksisstudier, slik de gjennomføres per i dag?
2. Opplever dere at rammeplanens krav til innholdet i praksisstudier er tilstrekkelig tydelig?
3. Opplever dere at rammeplanens krav til veileder og veileders kompetanse er tilstrekkelig tydelig?
4. Hvordan opplever dere at tid til veiledning og kompetanseutvikling for veileder, blir fulgt opp av arbeidsgiver?
5. Hvordan kvalitetssikres per i dag veiledningsarbeidet slik at rammeplanens krav til veiledning i praksisstudier blir oppfylt?
6. Hvordan tolker dere intensjonen om tverrprofesjonell samarbeidslæring som del av praksisstudiene?
 - Hvordan praktiseres dette i dag?
 - Hva skal til for å lykkes med slik samarbeidslæring?
7. Hvordan vil dere beskrive de aktuelle studentgruppens egenskaper, kompetanse og motivasjon når de kommer i praksis?
 - I hvilken grad jobber dere for å bruke studenters personlige egenskaper og ferdigheter i praksisen?
 - Hvilke muligheter finnes for å gi studentene variasjon i arbeidsoppgaver, altså varierende innhold, vanskelighetsgrad, variasjon og frihet?
 - Hvor mye frihet kan og bør man gi studentene?
8. Representerer studenter i praksis på noen måte en ressurs for dere?

Samarbeid og ansvarsforhold

9. Hvordan opplever dere per i dag samarbeidet med utdanningsinstitusjonene når det gjelder ansvar og oppgaver knyttet til utdanning av helsepersonell?
10. Opplever dere per i dag at det er tydelig hvem som har ansvar og myndighet i beslutninger som tas angående samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjenesten og utdanningsinstitusjonene?
11. Opplever dere at lovkravet, relatert til ansvar og oppgaver knyttet til utdanning av helsepersonell, for spesialisthelsetjenesten / helse- og omsorgstjenesten i kommunene (*stryk det som ikke passer*), er tilstrekkelig tydelig slik det er i dag?
12. Har dere noen synspunkter angående at det per i dag er forskjellige lover, avtaleverk og samarbeidsorganer for spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene, når det gjelder ansvar og oppgaver knyttet til utdanning av helsepersonell?
 - Hvordan opplever dere disse ulikhetene sett opp mot samhandlingsreformens målsettinger om økt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
13. Har dere synspunkter på at det i dag ikke foreligger krav til samarbeidsorganer mellom utdanningsinstitusjoner og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, når det gjelder ansvar og oppgaver knyttet til utdanning av helsepersonell?
 - Opplever dere at fraværet av krav til samarbeidsorganer får praktiske konsekvenser når det gjelder planlegging og gjennomføring av praksisstudier for de aktuelle studentgruppene?

Økonomi

14. Har dere synspunkter på måten kostnadene forbundet med praksisstudier per i dag beregnes?
15. Hvordan opplever dere for øvrig at dagens finansieringsmodell for praksisstudiene fungerer?
 - Hvordan kan den eventuelt forbedres?

Avsutningsspørsmål

16. Hva vil slik dere ser det, være hensiktsmessige tiltak for forbedring av praksisstudier med hensyn til organisering, struktur og innhold?
17. Er det spesielle utfordringer/barrierer dere vil peke på, som ikke allerede er nevnt, når det gjelder å gi studentene praksisstudier med høy kvalitet?
18. Er det noen spesielle muligheter dere vil peke på, som ikke allerede er nevnt, når det gjelder å gi studentene praksisstudier med høy kvalitet?

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no