

**PRAKSISPROSJEKTET**

**Rapport fra arbeidsgruppen for**

**utdanning i sykepleie**



## INNHOLDSFORTEGNELSE:

INNHOLDSFORTEGNELSE:.....	3
Oppsummering:.....	5
Innledning.....	7
Bakgrunn og prosess .....	7
Behovet for endringer i omfang og type praksisstudier .....	8
Tolkning av handlingsrommet i EU - direktiv 36: .....	8
Gruppens anbefaling til omfang og type praksisstudier for utdanningen .....	9
Praksisstudier og sykepleiefaglig kjernekompetanse:.....	11
Praksisstudier og TPS-kompetanse .....	11
Praksis og kompetanse i å arbeide med sammensatte behov .....	12
Praksisstudiernes omfang:.....	12
Videre-/masterutdanning med veiledet praksis .....	14
Beskrivelse og begrunnelse for forutsetninger .....	15
Utvikling av forpliktende samarbeidsavtaler på nasjonalt nivå .....	16
Utvikling av nasjonale læringsutbyttebeskrivelser.....	16
Forslag til virkemidler/tiltak. ....	17
Etablering av lokale/regionale nettverk for praksisveiledere .....	17
Nasjonalt base for nødvendige retningslinjer .....	17
Videre arbeid med utvikling av nye veiledningsmodeller .....	17
Vedlegg nr. 1.....	18
Praksisstudier og utvikling av skjønnskompetanse i sykepleiefaget .....	18
Vedlegg nr. 2.....	24
Nasjonale sluttkompetansebeskrivelser .....	24
Vedlegg nr. 3.....	25
Kvalitetsområder og indikatorer – med forslag/presiseringer (kommentarer i farget skrift) .....	25



## Oppsummering:

[Praksisprosjektets](#) mål er å bidra til «å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene, slik at de kan møte fremtidens kompetansebehov» Sykepleierutdanningens unike praksisomfang og tette kobling til helse- og omsorgstjenesten representerer et solid utgangspunkt for en nødvendig dialog om de spørsmål denne målsettingen reiser: Hvilke konkrete endringer kreves i organisering, innhold og gjennomføring av praksisstudiene for å heve kvalitet og sikre relevans i utdanning av kompetente sykepleiere til fremtidens helse- og omsorgstjeneste? Nyskapende og robuste svar på denne typen spørsmål krever reell, vedvarende og forpliktende samhandling. Arbeidsgruppens viktigste anbefaling er derfor å realisere mulighetsrommet som ligger i sykepleierutdanningens omfattende praksisomfang og den tette koblingen mellom læringsarenaene. **Det viktigste bidrag til kvalitet og relevans i sykepleierutdanningens praksisstudier er styrket samspill mellom utdanning og yrkesfelt.** Dette krever nye og bedre forankrede strukturer for utvikling og gjennomføring av praksisstudiene. Å ivareta denne grunnleggende forutsetningen, krever rammebetingelser som kan eliminere de lenge erkjente utfordringene knyttet til praksisdelen av helse - og sosialfaglige utdanninger ([UHR 2010](#), [KD 2011-2012](#), [NSF 2011](#), [NIFU 2014](#)). Dette innebærer noen utdypende anbefalinger:

- plikten til å undervise og veilede studenter må få samme lovfesting i både spesialist – og kommunehelsetjenesten
- finansiering må sikres. Det må anerkjennes at praksisveiledning av studenter i sykepleiefaglig utdanning krever tid, kompetanse og ressurser. Høyere stillingsnormering på grunnlag av student-tetthet anbefales. Det må også få konsekvenser at sykepleierutdanningene er særlig kostnadsdrivende for lærestedene grunnet praksisomfanget
- det må utvikles formelle samarbeidsavtaler på nasjonalt nivå som på en tydelig måte plasserer ansvar på alle nivå og særlig forplikter ledernivået. Avtalene må også omfatte samarbeid om fagutvikling og forskning samt omfatte krav til jevnlig rapportering. Utdanning, yrkesfelt og studenter må i involveres i utarbeidelsen av avtaleverk.
- det må stilles kompetansekrav til sykepleiere som skal veilede studenter i sykepleiefaglig utdanning. Profesjonsutdanningenes særlige behov for kompetent undervisnings-, forsknings- og veiledningspersonell *både* i utdanningsinstitusjonene og på praksisarenaene må understrekes. Lærers rolle og funksjon i praksisstudiene for å realisere intensjonen om integrering av teori og praksis: Det bør opprettes kombinasjonsstillinger

Momentene ovenfor harmonerer i stor grad med prosjektgruppens forslag til kvalitetsområder og tilhørende kriterier og indikatorer, Arbeidsgruppen oppfatter prosjektgruppens 5 prioriterte kvalitetsområder som relevante, gjenkjennelige og viktige. Samtidig er realisering av disse helt **avhengige av at ressursgrunnet sikres, og at de finansielle rammene kommer på plass. Virkemidler og tiltak har ellers ingen nytteverdi.**

Prosjektgruppens forslag til kriterier og indikatorer oppfattes gode og treffsikre i forhold til utfordringsbildet Det vil imidlertid være et viktig spørsmål på hvilken måte det skal kunne sikres at kriterier og indikatorer innfris. Det bør også stilles spørsmål om kriterier og indikatorer i tilstrekkelig grad bærer preg av samspillsperspektivet og godt nok favner alle aktørene. Det er viktig å merke seg at så langt har verken rammeplanens krav til samhandling mellom utdanning og yrkesfelt eller de mange eksisterende og gode samarbeids avtaler og –relasjoner vist seg å være tilstrekkelige for å sikre kvalitet og relevans i praksisstudiene.

Disse refleksjonene aktualiserer spørsmålet om behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer. Prosjektgruppen viser til at kvalifikasjonsrammeverket og tilsynsordningen gir NOKUT tilstrekkelige virkemidler til å påvirke og styre kvaliteten på praksiselementer i utdanningene. Arbeidsgruppen ser og støtter en tilnærming som gjør bruk av og utvider mulighetsrom i allerede eksisterende ordninger, men vil samtidig understreke at dette vil kreve et tett og forpliktende samspill mellom aktørene. Det er etter arbeidsgruppens syn ikke gitt at eksisterende ordninger for tilsyn med universitets – og høgskolesektoren kan «legges på» yrkesfeltet. Med andre ord: Sentrale føringer om samspill mellom aktører i profesjonsutdanningene må virkeligjøres også når myndighetene/tilsynet skal etablere ordninger som sikre kvalitet og relevans i vurdering av praksissteder som læringsarena. Tilsynet må ha et særlig fokus på samspillet om utdanning og derfor adresse både utdanning og yrkesfelt - praksisfeltet har ikke alene ansvar for dette.

Arbeidsgruppen er opptatt av å sette begrepene kvalitet og relevans i sammenheng med gitt rammeverk:

En rekke **føringer fra myndighetene** gir retning til det nødvendige endringsarbeidet i sykepleiefaglig utdanning. Bestillingen er konkretisert i [Samspillmeldingen](#) (Meld. St. 13, 2011–2012)

- Kunnskap om velferdssystemet og helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen
- TPS-kompetanse
- Kompetanse i å arbeide med personer med sammensatte behov

Arbeidsgruppen oppfatter og omtaler dette som endringsoppdraget. Dette har betydning for gruppens anbefalinger om endring av praksisstudiene.

En annen sentral føring er **kvalifikasjonsrammeverket**. Gitt rammeverkets insistering på en tydelig sammenheng mellom læringsutbytter, læringsaktiviteter og vurdering, bekreftes betydningen av tettere samspill mellom utdanning og yrkesfelt. Helt konkret innebærer dette en anbefaling om at emneplaner for praksis ikke bør kunne godkjennes i høgskolens kvalitetssystem uten dokumentert medvirkning fra praksisfeltet i utarbeidelsen. Studentenes påvirkning sikres i utdanningsinstitusjonenes kvalitetssystem. Praksisfeltets ansvar og rolle i vurdering av studenter må også klargjøres.

Når det gjelder sykepleierutdanning og **EU direktivet**, anbefaler arbeidsgruppen en forståelse som ivaretar og avspeiler den helt nødvendige forutsetningen om styrket samarbeid mellom utdanning og yrkesfelt. Dersom denne samhandlingen skal ha reell innflytelse på praksisstudienes kvalitet og relevans og ivareta kvalifikasjonsrammeverket krav, må praksis generelt og overgangene mellom teori og praksis spesielt, gjøres til gjenstand for forpliktende samarbeid på helt nye måter. Praksisdelen av utdanningen må harmonere med morgendagens, ikke gårsdagens, helse – og omsorgstjeneste og med en tidsriktig og forskningsbasert forståelse av gode læringsprosesser. Arbeidsgruppens anbefaling til hvordan direktivets krav til praksisandel må håndteres tar utgangspunkt i denne forståelsen og utdypes senere.

Med tanke på utdanningenes ulike tilganger til praksisplasser, det unike omfanget av praksis og geografiske forskjeller kan gjennomføring av praksis ikke detaljstyres. For å sikre større likhet i utdanningene **anbefales sterkt utvikling av nasjonale læringsutbyttebeskrivelser på årnivå for praksisstudiene**. Dette vil også være en naturlig følge av de allerede implementerte sluttkompetansebeskrivelsene (vedlegg 2) på nasjonalt nivå og understøtter det erkjente behovet for større likhet i utdanningene. Det vises også til det pågående arbeidet med etablering av et nasjonalt vurderingsverktøy for bachelorutdanning i sykepleie (regi av Profesjonsrådet for sykepleie).

**Det anbefales sterkt at det nedsettes en nasjonal arbeidsgruppe under profesjonsrådet for sykepleie der yrkesfelt, utdanning og studenter medvirker i et nødvendig videre arbeid med utfordringer og konkretiseringer når det gjelder praksis i sykepleiefaglig utdanning.** Dette med tanke på dimensjon og kompleksitet og behovet og potensialet i samspillsperspektivet.

## Innledning

Arbeidsgruppen for sykepleiefaglig utdanning har forstått sin oppgave med å besvare gitt mandat (oppgave 1) som særlig krevende og kompleks. Dette på bakgrunn av bachelorutdanningens unike praksisomfang og dimensjon, det store mangfoldet av videre – og masterutdanninger og EU-direktivets føringer m.h.t sykepleier – og jordmorutdanning. Samlet har denne kompleksiteten utfordret arbeidsgruppens tidsramme. Det er svært viktig at det i prosessen videre skapes rom for involvering og samhandling med utdanning og yrkesfelt når rammeplaner skal erstattes med andre føringer og endelig beslutninger knyttet til dette skal tas.

Arbeidsgruppen har vært opptatt av å presisere sykepleierens særegne funksjon og noen kjennetegn ved sykepleiefaglig praksis. Dette både som et helt nødvendig grunnlag for å besvare mandatet, men også for å gi forståelsesbakgrunn for våre innspill og anbefalinger. Dette bakteppe er lagt som vedlegg til rapporten (vedlegg 1). Rapporten følger for øvrig gitt mal og har 3 vedlegg. Som det fremkommer i rapporten, støtter arbeidsgruppen prosjektgruppens kvalitetsområder og forslag til indikatorer. I vedlegg 3 fremkommer noen presiseringsforslag. For øvrig vedlegges Nasjonale sluttkompetansebeskrivelser for sykepleierutdanningen (vedlegg 2).

Arbeidsgruppen har i stor grad kunnet samle seg om endelig rapport og de anbefalinger som er gitt. Arbeidet har gitt bekreftende erfaringer av den betydning samhandling mellom utdanning (herunder studenter) og yrkesfelt har for spørsmål knyttet til kvalitet og relevans i sykepleiefaglig utdanning. Kritisk vil vi bemerke at å besvare de viktige spørsmålene knyttet til mandatet løst fra det øvrige innhold i utdanningen som om dette var atskilte enheter, har vært utfordrende. Vi tror det hadde styrket arbeidet dersom forventningen til denne sammenhengen hadde vært en tydeligere del av oppgaven. Dette ikke minst med tanke på de erkjente utfordringene knyttet til å integrere teori og praksis i utdanningene. Vi tror også at det ville ha vært en betydelig gevinst dersom prosjektets innledende fase hadde lagt større vekt på dialog og innspill på tvers av alle profesjonsutdanningene.

## Bakgrunn og prosess

Arbeidsgruppen har basert seg dagsmøter hvor arbeidet for en stor del har tatt utgangspunkt i forberedte innspill fra deltakerne. Sven Tore Dreyer Fredriksen har ledet gruppen og gjort et omfattende skrivearbeid som grunnlag for endelig rapport. I sluttfasen har Sissel Tollefsen og Kirsten Eika Amsrud hatt ansvar for å komprimere og samkjøre dette med arbeidsgruppens konkluderende innspill og forståelser i den endelig rapporten.

Arbeidsgruppens deltakere:

- Sven Tore Dreyer Fredriksen Universitetet i Nordland (leder)
- Silje Linnerud Stud.repr. NSF
- Mia Andresen NSF student
- Hanne Ringstad Fagsykepleier, onkologisk spl. i Avdeling for kreftbehandling, kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken, OUS HF
- Elisabet Sausjord, Fagleiar, Utviklingssenter for heimetjenester, Troms
- Bente Rossavik, Fagutviklingssykepleier, Kirurgisk divisjon, Helse Stavanger HF
- Ingvild Svendsen, Fagkonsulent i forskning og utvikling, Helse og omsorg, Larvik kommune
- Anne-Trine Woll, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Anne Mette Koch, Helse Bergen og medlem i UHRs prosjektgruppe
- Merethe Rusdal, Universitetet i Stavanger og medlem i UHRs prosjektgruppe
- Sissel Tollefsen, Høgskolen i Bergen
- Kirsten Eika Amsrud, Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Rapporten benytter begrepene:

- o Praksislærer, det vil si ansatt i høgskole eller universitet
- o Praksisveileder, det vil sykepleier i praksisfeltet som veileder studenten

Vedlegg:

Vedlegg 1: Praksisstudier og utvikling av skjønnskompetanse i sykepleiefaget

Vedlegg 2: Nasjonale sluttkompetansebeskrivelser, bachelor i sykepleie

Vedlegg 3: Kvalitetsområder og indikatorer – med forslag/presiseringer

## Behovet for endringer i omfang og type praksisstudier

Samhandlingsreformens målsettinger om økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, helhetlige pasientforløp og en styrket kommunal helse- og omsorgstjeneste, har som kjent skapt behov for ny kunnskap og økt kompetanse i tjenestene. I takt med økende spesialisering og effektivisering, reduseres stadig liggetiden i sykehus. Mange pasienter har derfor et stort behov for sykepleie når de skrives ut.

Sykepleien, både i sykehusene og i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, er preget av flere svært syke pasienter, økt arbeidstempo, økt bruk av avansert teknologi, økt kunnskapsutvikling, økte krav til dokumentasjon og flere og raskere behandlingsmetoder. Kravene til kunnskap, kompetanse og godt klinisk skjønn vil øke i takt med denne utviklingen, og med de mange forskjelligartede kroniske sykdommene som nå er vanlige i en raskt aldrende befolkning (Benner m.fl., 2010). I tillegg kommer utfordringer i velferdssamfunnet knyttet til livsstilssykdommer og psykisk helse og rus. Kravene til yrkesutøvelse for sykepleiere innebærer stadig å tilegne og integrere nye kunnskaper, praktiske ferdigheter og etiske holdninger. Disse tre områdene må ifølge (ibid s.45) være integrert i utdanningen for å gjøre studentene skikket til selv å integrere dem i sin yrkesutøvelse. Praksis handler om å omdanne erfaringer, ikke ved å sosialisere seg inn i roller, men gjennom dannelse som dreier seg om utvikling av studentens sanser, gjennom observasjon og fortolkning, gjennom relasjonelle ferdigheter, kunnskaper og handlingskapasitet. Dannelsen beskriver praktikerens erfaringsutvikling. Dannelse er å kunne handle effektivt på grunnlag av en dynamisk og velutviklet forståelse (Heggen i Benner m/fl 2010, s.17).

Benner (2010) fremhever at hensikten med praksisstudier er å lære ved å gjøre, observere og delta i et arbeidsfellesskap. I praksisstudiene erfarer sykepleierstudenten at viktige sider ved kompetent og dyktig arbeid blir eksemplifisert, artikulert, synliggjort og tilgjengeliggjort. De skal gjennom sin veiledete praksis få hjelp til å forstå, reflektere over og artikulere sin praksis i spesielle kliniske situasjoner. De skal lære å identifisere, kommunisere og håndtere etiske dilemmaer og faglige utfordringer som kommer til uttrykk i kliniske situasjoner, og gjennom dette få kompetanse til å se, fortolke, vurdere og prioritere det som er viktig i den enkelte kliniske situasjon. Gjennom refleksjon skal den kliniske kompetanse kontinuerlig utvikles.

På denne bakgrunn lærer sykepleierstudenter i sin profesjonsutdanning gjennom tre brede læringsområder (Benner 2010, s.62):

1. et læringsområde for kunnskap og vitenskap
2. et læringsområde for ferdigheter og klinisk resonnering
3. et læringsområde for etiske holdninger og dannelse

Disse perspektivene må ivaretas når nye praksisløp i sykepleierutdanningen skal tegnes. Samtidig må det sikres at sykepleiefaglig utdanning avspeiler helse – og omsorgstjenestens endrede og økende behov for kompetanse. Utvikling av mer kunnskapsbaserte tjenester og økt bruk av forskning må til for å heve kvaliteten ([Meld. St. 13](#), 2011–2012). Dette må få betydning både for kompetansekrav til praksisveiledere og for utvikling av modeller for veiledning med vekt på samhandling mellom læringsarenaene. Det er viktig å legge til at også praksisstudiene er omfattet av det lovpålagte kravet om «å tilby en utdanning som er basert på det fremste innen forskning, faglig ....utviklingsarbeid og erfaringskunnskap» ([Universitets – og høyskoleloven](#), §1:3)

### Tolkning av handlingsrommet i EU - direktiv 36:

Kunnskapsgrunnlaget som denne tolkningen baserer seg på tar utgangspunkt i forskning som er gjort på sykepleierutdanning. En fellesnevner i denne forskningen er at sykepleierutdanningen må få til bedre integrering av teori og praksis. Utdanningen og praksisfeltet må i større grad enn i dag samarbeide om å bruke hverandres kompetanse slik at studentene opplever sammenheng og helhet i utdanningen. Det må være en gjensidig vekselvirkning mellom teori og praksis. Noe som betyr at det må åpnes opp for en mer fleksibel inndeling mellom teori og praksis.



Gruppen finner det også vanskelig å definere handlingsrommet i EU direktivet uten å se dette i sammenheng med kvalifikasjonsrammeverket. Dette rammeverket er basert på læringsutbytte og ikke innsatsfaktorer slik kravene i EU direktivet kan oppfattes. Det er hva kandidaten skal kunne ved endt utdanning som etterspørres, og ikke kravet til innhold og aktuell læringsarena.

Helse- og omsorgstjenester i kommunen skal ivareta et helhetlig og koordinert forløp for pasienter, dette vil også medføre konsekvenser for hvordan praksisstudier organiseres. Skal praksisstudier gi studenter innblikk i hvordan helhetlige forløp fungerer for pasienter så må det i større grad enn i dag legges til rette for praksisstudier som går på tvers av kommunehelse og spesialisthelsetjeneste. De sentrale føringene på å tilrettelegge for en utdanning som ivaretar, og legger til rette for at studenter skal få læringserfaringer fra en samhandlende og helhetlig helse- og omsorgstjeneste, må medføre en mindre oppdelt organisering og gjennomføring av praksisstudier.

Etter arbeidsgruppen definering av handlingsrommet i EU -direktivet skal utdanningene sørge for at studenter får læringserfaringer fra de nevnte områdene i direktivet. Men et skarpt skille mellom teori og praksis er ikke tjenlig hvis vi skal få til en dreining i utdanningen som sikrer kvalitet og relevans. Praksisfeltet og utdanningen må gjennom et forpliktende samarbeid identifisere og utvikle de læringsarenaene som best tjener læringsmålene for praksisstudiene.

### Gruppens anbefaling til omfang og type praksisstudier for utdanningen:

Som bakgrunn for arbeidsgruppens anbefalinger til omfang og type praksisstudier kan nevnes at det tradisjonelt har vært mye fokusert på hvor praksis skal gjennomføres, og hvor mange uker en student trenger for å lære tilstrekkelig på de ulike praksisstedene. Dette eksemplifiserer spørsmål som kan være viktige, men som samtidig signaliserer en holdning om at praksis er en atskilt del av utdanningen. Fokuset på praksissted og lengde på praksisperioder kan også gi inntrykk at studentene skal tilpasse seg en gitt arbeidsplass heller enn at praksisstudiene skal gi en dypere innsikt i profesjonell kunnskap. Å utnytte praksiserfaringene på en mer systematisk og målrettet måte vil være en sentral utfordring (Benner m. fl. 2010).

Studier viser at sykepleierstudenter trenger å lære hvordan man skal overføre teoretisk kunnskap til klinisk virksomhet. Bruk av simulering kan bidra til utvikling av trygge læringsmiljø, fremme kritisk tenkning og gi erfaring med teamarbeid. På denne måten kan studenter, lærere og veiledere fra praksisfeltet sammen opparbeide et kompetansenivå og skape en forberedthet til møter pasienter og pårørende.

Det er en erkjent utfordring at sykepleierstudenter, i likhet med studenter i andre helse- og sosialfaglige utdanninger, i for liten grad har kunnskap om velferdssystemet og helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen, system- og organisasjonskunnskap, kunnskaper om lov- og regelverk og juridisk grunnkompetanse, fokus på brukerorientering og mestringsperspektiv i tjenesteutøvelsen og forståelse og kompetanse på bruk av IKT og nye teknologiske løsninger i tjenestene (NSF 2011, [Meld. St. 13, 2011–2012](#)). Beskrivelser av læringsutbytter og planlegging av læringsaktiviteter praksisstudier gjennom hele studieprogrammet må fange opp denne svakheten. Innføring av nasjonale læringsutbyttebeskrivelser for praksisdelen av utdanningen vil være et viktig bidrag i sikring av dette.

Arbeidsgruppens anbefalinger til omfang og type praksisstudier tar utgangspunkt i at:

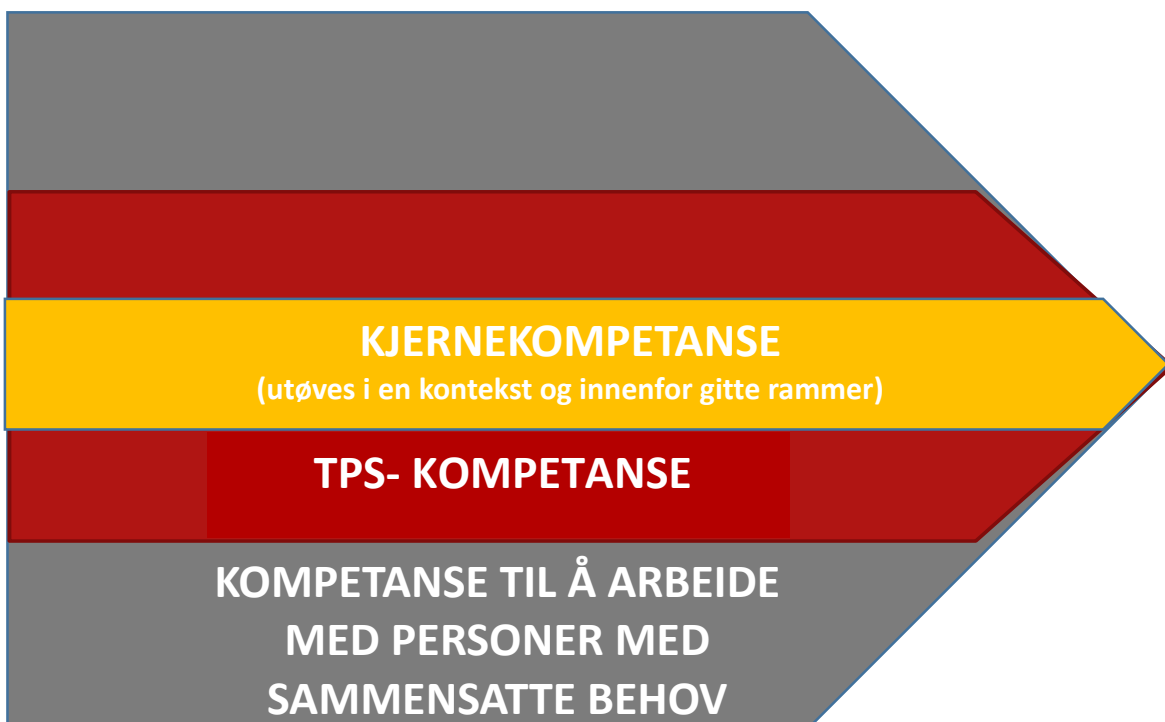
- ✓ **det viktigste grepet for å styrke kvalitet og relevans i praksisstudiene er å styrke og videreutvikle samarbeidet mellom utdanning og arbeidsliv.** Nye og mer robuste strukturer for samarbeid og de sterke føringene om samspill fra myndighetens side må få konsekvenser og avspeiles i utvikling, organisering og gjennomføring av praksisstudiene. Det må legges vekt på mer sømløse overganger mellom teori og praksis slik også Benner (2010) understreker. Dette innebærer at det må gjøres grundige gjennomganger av både lærerrollen og rollen som veileder i praksis. Strukturer som sikrer møteplasser for kunnskaps – og kompetanseutveksling må etableres, avtales og komme til uttrykk i kriterier og indikatorer
- ✓ **praksisstudiene må avspeile dagens helsetjeneste og ta utgangspunkt i pasienten/personens behov og situasjon.** Samhandlingsreformen forutsetter koordinerte og helhetlige pasientforløp. Fremtidens praksisforløp i sykepleierutdanningen må avspeile endret organisering av helse – og omsorgstjenesten, oppgavefordeling og yrkesutøvelsens krav til

samspillskompetanse. Dette betyr at pasientforløp vektlegges sammen med samhandlingsperspektivet og at praksisstudiene forstås mer arenauavhengige. Samtidig må organisering av praksisstudiene favne videre enn individnivå, og sikre erfaring med og forståelse for gruppe og samfunnsnivå. Dette kan innebære arbeid eller erfaring med grupper av pasienter/pårørende, herunder forståelse for betydningen av nettverk og lokalsamfunn.

- ✓ **praksisstudiene bidrar til å løse sentrale utfordringer i fremtidens helsetjeneste.** Det er arbeidsgruppens forståelse at opplevelse av kvalitet og relevans i praksisstudier virker rekrutterende. Dette er et særlig viktig moment med tanke på behov i kommunehelsetjenesten generelt og eldreomsorgen spesielt
- ✓ **praksisstudiene må organiseres på måter som sikrer vurderingsgrunnlaget.** Nye typer praksisløp gir behov for en systematisk gjennomgang av hvordan datagrunnlag for vurdering skal innhentes og hvordan ansvar for dette fordeles.
- ✓ **organisering av praksisstudiene må i større grad baseres på en helhetlig tenkning.** Det er verdt å merke seg at studenten er den eneste som har kontinuitet i praksisløpet; Lærere og veiledere skifter fra periode til periode. Eksempelvis med tanke på utvikling av faglig identitet og skjønnskompetanse må potensialet i praksisstudier som helhet utforskes og utnyttes på bedre måter

Anbefalingene baserer seg i tillegg på forståelsen av sykepleie som fag og yrke slik det fremkommer i innledningen og tilhørende vedlegg (1). Arbeidsgruppen har i strukturering av sine anbefalinger tatt utgangspunkt i samfunnsoppdraget; å utdanne kompetente sykepleiere som kan ivareta pasientsikkerheten, og i endringsoppdraget slik dette er beskrevet i [Meld. St. 13 \(2011–2012\)](#).

Figuren nedenfor illustrerer hvordan samfunnsoppdraget og endringsoppdraget kan sees som elementer gjennom all praksis i utdanningen. Dette må ikke forstås som adskilte elementer, men hovedstrukturer som skal komme til uttrykk i læringsutbyttebeskrivelser og understøttes av læringsaktiviteter gjennomgående i praksisstudiene. Endringsoppdraget knyttet til å styrke studentenes kunnskap om velferdssystemet og utvikle en mer helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen er i figuren satt i sammenheng med kjernekompetansen som utøves i en kontekst og innenfor gitte rammer



### Praksisstudier og sykepleiefaglig kjernekompetanse:

I 2011 nedsatte NSF en arbeidsgruppe med representanter fra praksisfelt, utdanning og studenter. I rapporten som fulgte (NSF 2011) ble sykepleiernes kjernekompetanse knyttet til «sykepleieren som kliniker, samarbeidspartner, fagutvikler og leder av eget fagområde». [Karoliussen \(2015\)](#) viser til at «*sykepleie krever læring av både sanser, hender og hodet. Kjernekompetansen i sykepleiefaget betinger håndverksmessig kompetanse i tillegg til teori, sanseskarphet, observasjon og refleksjon..... Teorien kan studeres, men læringen må foregå i praksis*». Arbeidsgruppen presiserer nødvendigheten av at praksisstudiene sikrer utvikling av sykepleiefaglig kjernekompetanse, herunder utvikling av faglig skjønn (jfr. vedlegg 1). I forlengelsen av dette må betydningen av kompetanse til å ivareta pasientens grunnleggende behov understrekes. Dette innebærer et nødvendig og tydeligere fokus på evne til observasjon, systematisk datainnsamling og vurdering. Benner (2010.) bruker i denne sammenheng begrepet resonneringskompetanse. Fra både studenter og praksisfelt meldes om manglende beslutningskompetanse hos nyutdannede sykepleiere. Disse momentene må følges opp i en helhetlig tilnærming og er eksempel på områder som kan arbeides med i et samspill mellom læringsarenaene i utdanningen.

Utvikling av relasjonskompetanse er et annet viktig område som kan knyttes til kjernekompetanse. Etter arbeidsgruppens vurdering kan praksisstudiene på en mer systematisk og målrettet måte utnyttes til å styrke denne typen kompetanse. Helsetilsynet rapporterer i sine årsmeldinger at nær halvparten av klagen fra pasienter relaterer seg til opplevelser av u hensiktsmessig kommunikasjon eller krenkende erfaringer i samhandling med helsepersonell.

I den nasjonale sluttkompetansebeskrivelsen for bachelorprogrammet er også kompetanse i ledelse vektlagt. Det er viktig at studenter i sine første kliniske studier får trening i å administrere eget arbeid, og senere, at det legges til rette for at de også får øvelse og anledning til å lede andres arbeid. Ledelse av eget fag og ta ansvar for at det utførte arbeidet er faglig forsvarlig er også et viktig kjerneelement i sykepleiernes funksjonsområde.

Det bør ellers nevnes at sentrale føringer knyttet til helsefremmende arbeid naturlig kan og bør kobles til sykepleiefaglig kjernekompetanse. Det er viktig at dette gjennomgående følges opp i alle praksisemner i utdanningen. Det er behov for styrke og sikre en ressursorientert og brukerinvolverende tilnærming til pasienter og pårørende.

**På denne bakgrunn forutsetter utvikling av kjernekompetanse i sykepleie etter arbeidsgruppens vurdering at studenter i bachelorutdanningen gjennomfører praksisstudier både i kommune – og spesialisthelsetjenesten.** Det må legges vekt på å gi forståelse for og erfaring med helhetlige pasientforløp og samhandling mellom tjenestene. Dette innebærer at de tradisjonelt skarpe skillene mellom praksis i kommune – og spesialisthelsetjenesten anbefales nedtonet. Det må samtidig sikres at alle studenter i løpet av sin utdanning gjennomfører minimum en veiledet/ vurdert praksisperiode i somatisk spesialisthelsetjeneste. Dette **må** omfatte kirurgisk pasientforløp og *kan* omfatte medisinsk pasientforløp som også helt eller delvis kan gjennomføres ved kommunale intermediaeravdelinger eller spesialavdelinger i sykehjem. I tillegg **må** alle studenter gjennomføre en veiledet/vurdert praksis i psykisk helsearbeid – enten i spesialist eller kommunehelsetjenesten, eventuelt en kombinasjon av disse. Fokus skal være psykisk helse/psykiatri/rus. Praksisstudiene må også omfatte erfaring fra helsetjenester i hjemmet og i institusjon (sykehjem). Dette med tanke på fremtidig kompetansebehov i helse – og omsorgstjenesten.

### Praksisstudier og TPS-kompetanse

I tråd med yrkesfeltets økende behov for tverrprofesjonell samarbeidskompetanse og sentrale føringer gitt i Stortingsmelding 47 (2008-2009), [Samhandlingsreformen](#), og i Stortingsmelding 13 (2011-2012)

[Utdanning for velferd, samspill i praksis](#), anser arbeidsgruppen det som sentralt å skissere hvordan potensialet i sykepleierutdanningens praksisdel i større grad kan utnyttes til å utvikle denne typen kompetanse. I stortingsmelding er det pekt på nødvendigheten av å utdanne kandidater som har økt kunnskap om velferdssystemer, har en helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen, som har kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid og som har trening i å arbeide med personer med sammensatte behov. I rapport fra UHR-prosjektet «Felles innhold i de helse og sosialfaglige profesjonsutdanningene», levert KD 1 juni 2015, innføres begrepet «integrert profesjonskompetanse» for å beskrive at profesjonell kompetanse også innebærer evne til å bruke sin kjernekompetanse i samspill med andre, for pasienten relevante, profesjonsgrupper. Det er viktig å ha i mente at det er utfordringer knyttet til ulike betingelser for de ulike lærestedene når det gjelder å tilrettelegge for samarbeidslæring – blant annet knyttet til ulik grad av tilgang til andre profesjonsutdanninger.

Anbefaling:

- Trening i tverrprofesjonelt samarbeid bør i hovedsak finne sted i studentenes yrkesfelt, som del av praksisstudiene.
- Tydeligere forankring av TPS i emneplaner for praksisstudier i sykepleierutdanning, og tilsvarende i emneplaner for praksisstudier i øvrige helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger
- Arbeidsgruppen er opptatt av gode strukturer og modeller for utvikling av tverrprofesjonell kompetanse som må utvikles i tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og yrkesfeltet.
- Digitalt tilrettelagt samarbeidstrening  
I den sammenheng viser vi til pågående samarbeidsprosjekt mellom utdanningsinstitusjonene i UH-nett-Vest om digitalt tilrettelagt samarbeidstrening for, på sikt, samtlige helse- og sosialfagstudenter ved disse studiestedene.
- Bruk av samarbeidsmidler til TPS prosjekter

#### [Praksis og kompetanse i å arbeide med sammensatte behov](#)

Arbeidsgruppens vurdering er at helsefremmende og forebyggende arbeid/folkehelsearbeid, habilitering og rehabilitering samt migrasjonshelse må sikres og styrkes gjennomgående i studieprogrammet. Med tanke på mer helhetlige praksisløp som avspeiler pasientforløpene, anbefales at disse fokusområdene bygges inn i praksisløpene. Praksis knyttet til psykisk helse og rus er allerede nevnt som en forutsetning.

Når det gjelder bachelorutdanningen og barn og unges oppvekst, utvikling og rettigheter, vold og overgrep og omsorgssvikt anser arbeidsgruppen at dette er tematikker som er egnet for seminarer/kunnskapsmøter som arrangeres i samspill mellom læringsarenaene og som en obligatorisk del av praksisstudiene. Det bør være en forutsetning at brukere/pasienter/pårørende er deltakende.

#### [Praksisstudienes omfang:](#)

Anbefalingene tar utgangspunkt i det bærende prinsippet om at kvalitet og relevans i praksisstudier først og fremst avhenger av styrket samspill mellom læringsarenaene. I tråd med dette anbefales mer sammenhengende og integrerte overganger mellom teori og praksis og følgende inndeling:

1. studieår: 20 ECTS, Kommunehelsetjenesten – ulike arenaer. Med vekt på personorientert og grunnleggende sykepleie
2. studieår: 35 ECTS,. Kommunehelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Med vekt på samhandlingsperspektivet og sykepleie til akutt og kritisk og langvarig syke
3. studieår: 35 ECTS. Kommunehelsetjenesten og eller spesialisthelsetjenesten. Med vekt på kompetanse til å arbeide med personer med sammensatte behov og sykepleie til akutt og kritisk og langvarig syke

### Praksis **må** omfatte

- kirurgisk pasientforløp i spesialisthelsetjenesten og medisinske pasientforløp. Sistnevnte kan gjennomføres enten i spesialisthelsetjenesten eller ved kommunale intermedisæravdelinger/spesialavdelinger i institusjon (sykehjem) eller en kombinasjon av disse. Alle studenter må gjennomføre minimum 10 uker i somatisk spesialisthelsetjeneste
- minimum 8 ukers praksis i psykisk helsearbeid/psykiatri/rus; enten i spesialist eller kommunehelsetjenesten, eventuelt en kombinasjon av disse
- praksis knyttet tjenester i hjemmet og i institusjon (sykehjem)

Ferdighetstrening/simulering, forberedelser til og refleksjon over praksisstudier skal skje i strukturert og vedvarende samhandling mellom læringsarenaene og defineres som en integrert del av praksisstudiene.

Praksisløpene må avspeile pasientforløp, samhandling mellom spesialist – og kommunehelsetjenesten, utnytte arenaer som poliklinikker, sikre erfaring med habilitering/rehabilitering, lærings - og mestringssenter og kommunale vedtakskontor.

Praksisløpene skal sikre erfaring fra helsefremmende og forebyggende helsearbeid, samt innsikt/forståelse for svangerskaps- og barselsomsorg og pediatrik sykepleie.

Det er ikke tilstrekkelig kapasitet i praksisfeltet til alle sykepleierstudenter kan ha praksis på barsel og/eller barneavdelinger. Fokus på barn – og unges helsesituasjon og –utfordringer må derfor sikres gjennom faginnhold og fokus gjennom praksisstudiene som helhet når studentene møter disse gruppene på ulike arenaer i spesialist og kommunehelsetjenesten.

Det anbefales å designe praksisløp der studenten har en «hovedbase», men at læring utvides ved bruk av andre arenaer. Dette må forankres i emnets læringsutbyttebeskrivelser og faginnhold. Valg av praksissteder i kommunehelsetjenesten kan ha et mangfold. Relevans må sikres gjennom beskrivelse av læresituasjoner (synliggjøring av grunnlag for oppnåelse gitt læringsutbytte) og kompetent sykepleiefaglig veiledning.

Erfaring med frivillighetsarbeid anbefales knyttet til prosjekter eller praksisforberedende undervisning.

Arbeidsgruppen mener at studiepoenggivende praksis må være minimum 6 uker, men anbefaler lenger perioder (jfr. ovenfor; sammensatt praksis). Det må være klare, nasjonale krav til kriterier for veiledet og vurdert praksis.

Med tanke på utdanningenes ulike tilgang til praksisplasser, det unike omfanget av praksis og geografiske forskjeller kan gjennomføring av praksis ikke detaljstyres. For å sikre større likhet i utdanningene anbefales sterkt utvikling av nasjonale læringsutbyttebeskrivelser på årsnivå for praksisstudiene. Dette vil også være en naturlig følge av de allerede implementerte sluttkompetansebeskrivelsene på nasjonalt nivå og understøtter det erkjente behovet for større likhet i utdanningene. Det anbefales at det nedsettes en nasjonal arbeidsgruppe under profesjonsrådet for sykepleie der også praksisfelt og studenter er involvert, for å arbeide videre med utfordringer og konkretiseringer når det gjelder praksis i sykepleierutdanningen. Dette med tanke på dimensjon og kompleksitet og behovet og potensialet i samspilsperspektivet. Et særlig viktig område å arbeide videre med vil i denne sammenheng være hvordan nye modeller for samhandling om utdanning får betydning for både lærer- og praksisveilederrollen. Målet må være å dreie fokus fra den individualiserte tilnærmingen til veiledning der aktørene i hovedsak begrenser seg til student, lærer og praksisveileder til samlæring. Erfaringer fra slike lærings- kulturer vil være et viktig bidrag til å utdanne sykepleiere (på alle nivå) som kan initiere læringsprosesser på eget arbeidssted.

Arbeidsgruppen understreker i denne sammenheng betydningen av at det stilles kompetansekrav til veiledere i praksis og at det tilbys kompetansehevingsprogram (jfr. kriterier og indikatorer).

## Videre-/masterutdanning med veiledet praksis

### Spesialsykepleieområdene

Nye statlige føringer har endret grunnlaget for noen av spesialsykepleiefunksjonene. Pasienter behandles i sykehjem, distriktsmedisinske sentra og i egne hjem både med avansert smertebehandling, respiratorbehandling og dialysebehandling (Dybwik 2011). Kommunene oppretter institusjoner med spesialfunksjoner som rehabilitering og psykisk helse, samt intermediæravdelinger. Barn skal i større grad behandles i hjemmet og ikke ligge i sykehus. Det vil derfor være oppgaver som trenger spesialkompetanse bl.a. innenfor områdene kreftsykepleie, intensivsykepleie og barnesykepleie. Ambulansetjenesten (fly/bil) får stadig mere avanserte oppgaver, noe som innebærer behov for intensiv- eller anestesisykepleiere. Dette medfører at behovet for spesialsykepleiekompetanse øker i kommunene, noe som både stiller krav til kompetanse, men som også åpner opp for nye praksisarenaer for praktiske studier.

Sammenhengen i behandlingsforløpet fra innkomst til utskrivelse og forberedelse til å overføre pasienten til hjem/annen institusjon blir også en viktig læringsarena.

Videreutdanninger/master som behandles her har lange praksisperioder slik som ABIO og jordmorutdanning. EU direktivet har bare føringer på jordmorutdanningen. Norske myndigheter har allerede tilpasset seg EU's yrkeskvalifikasjonsdirektiv, som betyr at punkt 3 i direktivet er erstattet med kvantifikasjonskrav. Disse kvantitetskravene begrenser mulighetene for alternative praksisplasser ved at det stilles krav til antall gjennomførte fødsler og andre jordmor faglige oppgaver. For å oppnå kvantitetskravene er tradisjonelle føde/barselavdelinger det meste hensiktsmessige praksisarenaen for denne utdanningen.

Kjerneområdene i funksjonen for det enkelte spesialsykepleiefeltet bør være førende i forhold til om det bør åpnes opp for andre former for praksis. Dette har sin bakgrunn i at funksjonene er komplekse, de trenger spisset kompetanse og handlingsberedskap til å møte de krevende raske intervensjonene i pasientsituasjonen.

Det er noen trekk ved den statlige styrte utviklingen som legger føringer for noen av spesialsykepleieområdene.

### Katastrofeøvelse (imitering)

Overordnet sett burde alle spesialfeltene innenfor sykepleie ha en samhandlingspraksis (med politi, brannkorps, siviltforsvar og ambulanse) hvor de øver på egen funksjon ved katastrofer.

Praksisperioden må inneha et flerprofesjonelt perspektiv hvor det planlegges og gjennomføres/imiteres øvelser på katastrofesituasjonens utfordringer

### Kommunehelsetjenesten

Når det gjelder spesialområdet intensivsykepleie så har «Samhandlingsreformen» lagt føringer for at former for intensivbehandling både kan foregå i hjem, sykehjem og intermediæravdelinger. Disse praksisarenaene i kommunehelsetjenesten burde kunne være områder for korte praksisperioder.

Mange barn behandles i eget hjem. Det åpner opp for at praksisstudier innenfor barnesykepleieområdet også kunne ha praksis knyttet til kommunehelsetjenesten.

Også innenfor kreftsykepleie er det mulighet for praksis i kommunehelsetjenesten. Mange pasienter er i dag i hjemmesituasjon, eller ønsker å avslutte livet hjemme. Kreftutdanningen har i dag to fokus for praksis; å få en diagnose og gjennomgå behandling, samt palliativ omsorg i livets slutfase. Disse fokusene kan også knyttes til både hjemmesituasjon og palliative enheter i sykehjem.

### Pre-hospitale tjenester

Ambulansetjenesten møter stadig større utfordringer når det gjelder kompleksitet i det pre- hospitale feltet. Krav til kompetansesammensetning i ambulansetjenesten diskuteres i flere fora, og både anesthesi,- og intensivsykepleiere har etterspurt kompetanse her (BRUAS 2015 s. 40 ff) For både anesthesi og intensivområdene burde ambulansetjenesten være egnet praksisområde for å få kunnskap om akuttmedisinsk arbeid og hva som skjer i det pre-hospitale feltet før pasienten kommer inn i en akuttpost.



Mulighetene for å legge til rette for kliniske studier varierer for videreutdanningene/masterløpene som det gjør det for bachelorutdanning i sykepleie. Utdanningsmiljøene varierer i størrelse og kompetanse. Det samme gjør utstyrssiden ved de ulike høyskoler og universitet.

Utdanninger som har avanserte ferdighetsrom kan gi studentene en forberedthet til praksisstudier som øker læringsutbyttet når studentene kommer i praksis på høyt spesialiserte sykehusavdelinger.

De kan gjøre seg kjent med avansert utstyr som også bidrar til at undervisningen i klasserommet gir et større læringsutbytte.

Studentene kan trene i team på ferdighetsrommene på vanskelige pasientsituasjoner, de kan få veiledning og de kan øve seg på å jobbe under stress .

Godt tilrettelagt studietilbud på avanserte ferdighetsrom kan i samarbeid med praksis redusere antall uker i praksis på sykehus.

IRIS rapporten (2014) viser at det er behov for spesialsykepleiere i kommunehelsetjenesten men at det fortsatt mangler antall. Den peker også på at kompetanse utvikling blant annet skjer ved at sykepleiere lærer opp kolleger.

I den grad man mangler spesialsykepleiere vil dette ha betydning for spesialstudentenes praksisstudier iht kompetanse, gode forbilder og læresituasjoner. Dette er også viktig innen den prehospitaltjenestene, som i dag hovedsakelig bemannes av ambulansesfagarbeidere .

Spesialsykepleiere som er veiledere for ABIO og jordmorstudenter har en klinisk spisskompetanse innenfor sitt aktuelle fagområde som tilsvarer et masternivå. Det må imidlertid legges til rette for kurs/utdanning i pedagogisk veiledning som er tilpasset et masternivå. Det er nærliggende å tro at det også bør legges til rette for at de som skal være kliniske veiledere også gis påbygningstilbud spesielt knyttet til metodekompetanse.

## Beskrivelse og begrunnelse for forutsetninger

Arbeidsgruppen oppfatter skillet forutsetninger og virkemidler/tiltak som noe uklart. Disse to delene av vår rapport må derfor sees i sammenheng.

Følgende forutsetninger må være tilstede for at de foreslåtte tiltakene skal kunne realiseres:

- ✓ **Nytt lovverk**  
Kravene til spesialist – og kommunehelsetjenesten når det gjelder medansvar for sykepleiefagligutdanning, undervisning og veiledning må være likelydende i lovverket. Uten denne forankringen vil utvikling av samarbeidsavtaler og muligheter til forventet samhandling om kvalitet og relevans i utdanningene mangle fotfeste
- ✓ **Endring i sykepleierutdanningens finansieringskategori til D samt finansiering til helse – og omsorgstjenesten**  
Lærerutdanningene er nå hevet til kategori D. Dette kom blant annet i kjølvannet av stortingsmeldingen om lærerutdanningen og omleggingen av studiene. UHR hadde i den forbindelse følgende innspill til satsbudsjettet 2012: *Hevingen av finansieringskategori for lærerutdanningen var et godt tiltak for å dekke det faktiske kostnadsnivået for å kunne opprettholde kvalitet i disse utdanningene. Ytterligere gjennomgang av faktisk kostnadsnivå også for flere utdanninger er nødvendig.*

Sykepleiefaglig utdanning er uten sammenlikning den mest «praksistunge» av de helse - og sosialfaglige utdanningene. Dette er svært kostnadsdrivende – også med tanke på de sterke og nødvendige forventningen om økt samspill med yrkesfeltet. Også praksisforberedende undervisning og simulering som krever øvingsavdelinger/simuleringsenheter med oppdatert utstyr er svært kostnadsdrivende.

Det må i tillegg etableres et reelt økonomisk grunnlag for yrkesfeltets krevende og viktige samhandling med utdanningssektoren. Spesialist – og kommunehelsetjenesten må sikres rammer som skaper tid og rom for veiledning, og som danner det nødvendige mulighetsrom for den forventede styrking av samspill mellom utdanning og yrkesfelt. Finansiering av praksisdelen av sykepleierutdanningen må være på samme nivå som andre sammenliknbare utdanninger.

### Utvikling av forpliktende samarbeidsavtaler på nasjonalt nivå

Det må utvikles formelle samarbeidsavtaler på nasjonalt nivå som på en tydelig måte plasserer ansvar på alle nivå og særlig forplikter ledernivået (begge læringarenaer). Avtalene må også omfatte samarbeid om fagutvikling og forskning samt omfatte krav til jevnlig rapportering. Utdanning, yrkesfelt og studenter må i involveres i utarbeidelsen av avtaleverk.

Avtalene må omfatte lokaliteter til praksisstudiene, i tråd med HMS-krav og i henhold til Internkontrollforskriften, arbeidstøy (inkl. vask), nødvendig tilgang og nødvendig opplæring i elektronisk dokumentasjonssystem og yrkesskadeforsikring.

Det må kreves jevnlig (felles) evaluering av hvordan avtalene følges opp og praktiseres. Dette for å unngå pulverisering av ansvar.

Alle disse forholdene er av avgjørende betydning for et godt læringsmiljø, gode læringsprosesser og konsentrasjon om å oppnå ønsket læringsutbytte

### Utvikling av nasjonale læringsutbyttebeskrivelser

Med tanke på utdanningenes ulike tilgang til praksisplasser, det unike omfanget av praksis og geografiske forskjeller kan gjennomføring av praksis ikke detaljstyres. For å sikre større enhet i utdanningene bør nasjonale læringsutbyttebeskrivelser på årsnivå for praksisstudiene utvikles. Dette vil også være en naturlig følge av de allerede implementerte sluttkompetansebeskrivelsene (vedlegg 2) på nasjonalt nivå. Det vises også til det pågående arbeidet med etablering av et nasjonalt vurderingsverktøy for bachelorutdanning i sykepleie (regi av Profesjonsrådet for sykepleie).

#### ✓ **Kompetansekrav og tilbud om kompetanseheving for praksisveiledere (nasjonal standard)**

Utdanningsinstitusjonene har i dag ulike kompetansegivende tilbud til praksisveiledere; Fra målrettede dagskurs til formelle studiepoenggivende veiledningsutdanninger på 30 stp. Kompetansekravet til praksisveiledere bør samkjøres nasjonalt. Dette vil være viktige tiltak for å bedre kvaliteten på praksisstudier for studentene.

#### ✓ **Kombinasjonsstillinger og nye modeller for veiledning**

Vi viser her til rapporten «Forbedringsforslag av ordningen med kombinerte stillinger» Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet (UiT) og Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) har evaluert ordningen med kombinerte stillinger knyttet til studentenes kliniske praksis ved UNN. Formålet med ordningen var å knytte ansatte i institusjonene sammen for å fremme praksisnær undervisning, fortrinnsvis til bruk på nye samarbeidsformer og nye samarbeidsarenaer, samt å sikre bedre koordinering av praksis innad i klinikkene. Evalueringen anbefaler at det bør avklares hvorvidt oppgaven med koordinering av praksisplasser bør tillegges kombinerte stillinger. Det anbefales å tydeliggjøre definisjon av kombinerte stillinger, for å sikre felles forståelse av innhold og funksjon.

#### ✓ **Sikring av like vilkår for studenter**

Det vises til UHR-rapporten (2010) som avdekker ulike vilkår for studenter når det gjelder utgifter til reise/bosted ved praksis langt fra hjemmet. Noen institusjoner dekker dette. Det vil være geografiske forhold som avgjør hvilken kostnad dette utløser. Det bør være nasjonale føringer for refusjon av utgifter og institusjonene bør få dette dekket (i henhold til sine utgifter)



## Forslag til virkemidler/tiltak.

### Etablering av lokale/regionale nettverk for praksisveiledere

Det er behov for å anerkjenne og å gi status og støtte til praksisveilederrollen. I tillegg til kompetansehevende tiltak vil det kunne være et godt virkemiddel å opprette nettverk av veiledere – både med tanke på kollegabasert veiledning og som en viktig ressurs samspill med utdanningene om studieprogrammene

### Nasjonalt base for nødvendige retningslinjer

Per i dag utvikler og reviderer hver enkelt skole ulike typer retningslinjer og skjemaer for eksempelvis medikamenthåndtering og helseopplysninger (MRSA og tuberkulose). Disse er forankret i nasjonale føringer/forskrifter og må stadig justeres/revideres. Det bør opprettes en nasjonal base for sikring av kvalitet og for effektivisering i sektoren.

### Videre arbeid med utvikling av nye veiledningsmodeller

Arbeidsgruppen anser det som svært viktig at praksisprosjektet følges opp med videre prosesser knyttet til utvikling av nye og robuste veiledningsmodeller. Det er behov for en nasjonal kartlegging/oversikt over eksisterende modeller/prosjekter. Det vil i forlengelsen av dette, vurdering av kombinasjonsstillinger og drøfting av lærer – og praksisveilederrollen være behov for å drøfte hvilke krav til akademisk kompetanse som i fremtiden bør stilles til praksisveiledere på ulike nivå i sykepleiefaglig utdanning. Det er gitt dagens situasjon vanskelig å stille konkrete krav til dette.

Referanser: Se vedlegg 1.

Viser for øvrig til Bakgrunnsdokumentet for arbeidsgruppens arbeid

## Vedlegg nr. 1

### Praksisstudier og utvikling av skjønnskompetanse i sykepleiefaget

#### INNLEDNING

Å utvikle faglig skjønn er et viktig mål for kunnskapsforståelse og fagutøvelse i all utdanning av sykepleiere både på bachelor- og på klinisk masternivå.<sup>1</sup> Faglig skjønn er fundert i dimensjoner som sykepleiefaglig kunnskap<sup>2</sup>, erfaring, fagets etiske grunnlag og i kunstdimensjonen (Tønnessen 2011, Martinsen 2009a, Grimen & Molander 2008, Alvsvåg & Førland 2004, Nåden 1998). Dimensjonene henger nært sammen og kan ikke tas fra hverandre i de kliniske vurderingene som gjøres i situasjonen hvor en utøver sykepleie (Benner 2010, 1996). I utviklingen av skjønn er praksisstudiene i utdanningsprogrammene svært betydningsfulle og ofte avgjørende for at et skjønnsmessig kompetansenivå i sykepleie kan oppnås. Skjønn utgjør derfor et refleks-, vurdering- og handlingssett som har pasientens situasjon som fokus og er fundert i et sykepleiefaglig kunnskapsfundament bestående av kompleksiteten mellom best tilgjengelig kunnskap, erfaring og selvoppladelse.

Mandatet for «Praksisprosjektet» er å få fram kriterier på hva som kjennetegner kvalitet i praksisstudiene, vurdere hva som er relevant praksis, samt utvikle indikatorer for å høyne den sykepleiefaglige kvaliteten i praksisstudiene. Slik arbeidsgruppen forstår mandatet omhandler dette nettopp det å sikre forutsetningene for å kunne utvikle skjønnskompetanse i praksisstudiene.

I følge Benner, Sutphen & Day (2010) skiller sykepleierutdanningen seg fra andre profesjoner i sin vektlegging av å vite hva, hvordan og når i den kliniske utøvelsen. Forutsetningene for veiledning og det å studere fagets egenart i den kliniske studiekonteksten blir derfor svært viktig for at studenten skal skjønne rasjonale for sine handlinger, og ikke mins blir veiledningen viktig for å vurdere utviklingsnivåene av sykepleiekompetansen (Benner 1995). For å kunne intervensere i en gitt sykepleiesituasjon må sykepleiere ha fullstendig grep på den sykepleiefaglige- og medisinske informasjon som behøves ifølge Benner (ibid) og kunne «oversette» denne til praktisk kunnskap. Denne informasjonen går langt ut over standardiserte prosedyrer/manualer og gjelder både innenfor helsefremmende, forebyggende, undervisning/veiledning og behandlende aktiviteter (Berg 2012). Hensikten med en skjønnsmessig kunnskapsforståelse er derfor nettopp å kunne forstå situasjonen, rammene og prioritere i pasientsituasjonen for å kunne intervensere. For å få inn sykepleiefaglig skjønnskompetanse i ulike studieprogram i sykepleie må bl.a. spesifikt faginnhold, faglig veiledning og gunstige læringsvilkår være til stede i praksisstudiene. Disse områdene er også knyttet til særlige utfordringer i utdanning både på bachelor- og mastergradsnivå, både sett i lys av endringene i praksisfeltene etter «Samhandlingsreformen», nye lovverk, men også knyttet til kompetanse og studievilkårene i praksisinstitusjonene.

I Bolognavedtaket er det beskrevet at det i tillegg til PhD (som ikke inngår i mandatet) kun skal være to utdanningsnivå, bachelor og master. Arbeidsgruppen har derfor valgt å se på de nåværende videreutdanningene som en del av masterutdanningene. I de vurderinger som er gjort blir videreutdanningene sett på som emner/deler av kliniske masterstudier.

To overordnede spørsmål vil derfor være viktig å belyse; hva kjennetegner sykepleiepraksis og hva bør praksis(studier) innebære. I tillegg blir det viktig å se på statlige føringer som påvirker praksisstudiene i sykepleierutdanning.

---

<sup>1</sup> Dette inkluderer også videreutdanninger i sykepleie ettersom Bolognavedtaket har fastsatt tre utdanningsnivå; bachelor, master og PhD. Videreutdanningene i sykepleie må derfor framover ses som emner innenfor relevante kliniske mastre. Dette gjelder også jordmor utdanningen som nevnes spesielt i EU-direktivet. Her kreves 50 % (60 studiepoeng) praksisstudier av utdanningens 120 totale studiepoeng.

<sup>2</sup> Gjelder både human- og naturvitenskapelig kunnskap.

## **Kjennetegn ved sykepleiepraksis**

Å skulle beskrive hva som kjennetegner en sykepleiefaglig yrkespraksis er komplisert og det å skulle definere hva praksis er utgjør en enda mere krevende øvelse. Allikevel vet en noe om hva som særpreger sykepleiefaglig yrkespraksis og som kommer fram i de ulike kontekster sykepleie utføres med sine kjennetegn. Sykepleiefaget er opptatt av at mennesket er sykt, ikke bare at mennesket har en sykdom. Dette innebærer at sykepleiefagets praktiske ansvarsfelt ikke bare fanger opp at mennesket lider av en sykdom, men av konsekvensene av sykdomstilstanden og pasientens opplevelse av disse konsekvensene. Sykepleiepraksis har derfor et vidt fagperspektiv og med det et vidt ansvarsområde enn det å fokusere på sykdom, symptomer og diagnose, noe som ofte innebærer omfattende og komplekse situasjoner med store utfordringer. Derfor er det viktig at sykepleiestuderende i praksisstudiene får redskaper som kan være til hjelp for å forstå fagets ansvarsområde, faglige kompleksitet og arbeidsprosess, samt vektlegge og prioritere i forhold til hva som er best for pasientens helsetilstand (Tomey & Alligood 2011). Alligood (2004) presiserer dette når hun sier:

«Sygeplejepraksis finder sted under komplekse omstændigheder, og den mængde af data (informasjon) sygeplejersken står over for, er nærmest uendelig. Sygeplejersken er nødt til at analysere en stor mængde data om hver pasient og beslutte hvad der skal gøres. En teoretisk tilgang hjælper udøvende sygeplejersker til ikke at blive overvældet af informationsmængden og gå frem gennem sygeplejeprocessen på en velegnet måde. Teorien gør dem i stand til at organisere og forstå hvad der sker i praksis, at analysere patienternes situation kritisk, at træffe kliniske beslutninger, at planlægge plejen og foreslå velegnede sygeplejemæssige interventioner, samt at forudsige plejens virkning på patienten og vurdere dens effekt (s.30-31).

Sykepleiepraksis beskrives som omfattende, kompleks og fundert i en systematisk fagtenkning for å hjelpe pasienten med sin direkte/indirekte helseutfordring. Det viktigste aspektet i sykepleiepraksis er derfor relasjonen og relasjonsarbeidet mellom sykepleier og pasienten, samt han/hennes pårørende (Benner & Wrubel 2002, Travelbee, 1999). Sykepleieren, sanser, gjør kontinuerlig faglige vurderinger, intervensjoner og evaluerer ut fra sin faglige kunnskap og skjønn (Martinsen 2009a). Observasjon og sansning foregår ofte samtidig, gjennomføres kontinuerlig og er både knyttet til vitale funksjoner og til pasientens eksistensielle situasjon (Fredriksen 2011, Gulbrandsen & Stubberud 2010, Moesmand & Kjøllesdal 2004).

Kunnskap og erfaringer i møte med situasjonen vil være grunnlaget for vurderinger knyttet opp mot rammer, etisk vurdering og forvaltning i forhold til pasientens sikkerhet. Arbeidsprosessen skjer ofte i samarbeid med andre helsefaglige yrkesgrupper, som ofte koordineres av sykepleieren. En slik koordinering er knyttet til døgnkontinuerlige tjenester som ofte er viktig for omsorgs- og behandlingskontinuiteten for pasienten. Arbeidsprosessen evalueres kontinuerlig gjennom stadig nye vurderinger. Ifølge Martinsen og Eriksson (2009) skal praksis til enhver tid være akseptabel både for pasienten og for sykepleieren når det gjelder faglighet og etisk kvalitet. Sykepleierens arbeidsprosess og koordinering har derfor alltid to overordnede hensikter, nettopp at sykepleieren har kunnskapsgrunnlag til å ivareta pasientsikkerhet og forsvarlig forvaltning i pasientforløpet (Tønnessen 2011, Berland & Natvig 2005).

Pasientsikkerhet er et nasjonalt satsningsområde og som skal implementeres som ordninger i alle sosial- og helsetjenester, ifølge Meld. St.10 «Kvalitet og pasientsikkerhet» 2013 (2012-2013). Det skal satses på at bedre kvalitet skal trygge tjenestene gjennom å endre/forbedre tjenestene i sykepleiefaget og ledelse av sykepleien. Tjenestene skal ha sikkerhetsfokus og være læringsbasert og det skal være gode kommunikasjonssystemer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det skal derfor utvikles rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som skal beskrive metoder. Trygge og sikre tjenester innenfor sykepleie betyr også at praksis utføres etter retningslinjer for «beste praksis» fundert på forskning. Å trygge tjenestene innenfor sykepleiefaget vil legge gode føringer for læringsmiljøet til sykepleiestuderende. Slike ordninger vil være med på å gi studenter tilgang til opplegg som kan implementeres i pedagogiske opplegget og som igjen er viktig for utviklingen av skjønnskompetanse. I tillegg til det pedagogiske programmet på studiestedet betinger

trygghetsordninger at den/de som veileder er oppdatert og kvalifisert til å kunne veilede studentene om systemene. Slik veiledning må være basert på kunnskap om studiested, pedagogisk opplegg, vitenskapelig kunnskap og ikke minst klinisk erfaring i fagfeltet.

Et annet område som er viktig å tematisere er faglig forsvarlighet. Hvor vidt det foreligger forsvarlig forvaltning kommer an på forholdet mellom det situasjonen krever og de ressurser/rammer sykepleieren disponerer. I en rapport fra helsetilsynet viser at kvaliteten på pleie og omsorgstjenestene ikke er tilfredsstillende (Statens Helsetilsyn 2005, 2006). Det framkommer spesielt at det er store misforhold mellom de oppgaver og tjenester som kommunene er pålagt å yte og de ressursene som er tilgjengelig (Østerud, Engelstad, & Selle 2003, Vike & Hauglien 2007, Tønnessen 2011). Statens helsetilsyn, som har ansvaret med å følge med om forsvarlighet ivaretas. Prinsippene helsetilsynet legger til grunn for utredning og vurdering av faglig forsvarlighet i klinisk praksis er tilpasset normer for medisinsk behandling, men ikke andre deler av helsetjenesten som for eksempel kravet til god sykepleie (Statens Helsetilsyn 2005, 2006, Tønnessen 2013). Det er gjort flere doktorgradsstudier både i spesialist- og kommunehelsetjenesten som dokumenterer at det er gap mellom behov og ressurs noe som påvirker den sykepleiefaglige forsvarligheten (Dreyer 2012, Dybwik 2011, Halvorsen 2009, Torjuul 2009). Prinsippene som gjelder snevrer inn perspektivet til i stor grad til å bli medisinsk, noe som kan ende opp med at sykepleien blir redusert til å bli en assistentfunksjon knyttet til behandling. Dette vil stå i stor kontrast til helhetstenkningen i sykepleiefaget. «Gapet» mellom behov og ressurs utsetter sykepleiere for ekstra utfordringer, belastninger og knappe tidsrammer, noe som kan innebære at forberedelser og tid til studentveiledning blir nedprioritert.

#### **Hva bør praksisstudier i sykepleieutdanning innebære**

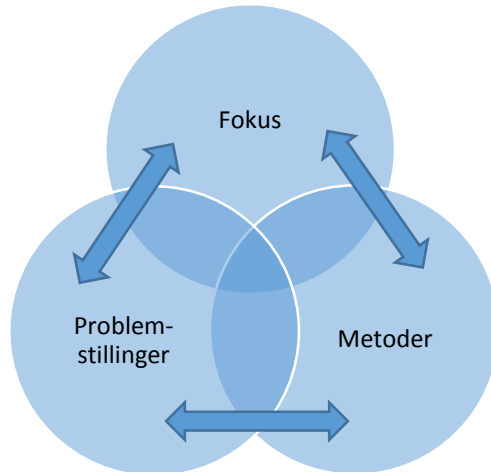
I sykepleiemiljøene har det vært en bærende idé at studenter i sykepleierutdanning måtte ha praksisstudier i ulike avdelinger for å kjenne på framtidig yrkesfunksjon. Debatten om praksisstudiene og skjønnskompetanse har ofte vært fokusert på hvor praksis skal gjennomføres og lengde på praksis (Solvoll, Opsahl, Granum 2012). Karseth (2004) advarte om at en for ensidig fokusering på praksis i den form den gjennomføres undergraver fagets akademiske tilhørighet. Ferguson & Day (2005) problematiserer at veilederne som rollemodeller ble gitt for stort fokus og at studentene ble prisgitt kvaliteten på rollemodellene. En vesentlig del av forventet kompetanse i sykepleie er kunnskap som fremmes i arbeidsprosessene knyttet til pasientsituasjonen direkte/indirekte. Slike kunnskapsformer er ifølge Strijbos, Engels & Struyven (2015) bl.a. samarbeid, kommunikasjon, ansvarsforhold, planlegging, forbedre, begrunne og kritisk vurdere Skjønnskompetanse omhandler en vurdering der sykepleieren har en innsikt i at situasjonen bestemmer hvordan en skal handle, ofte i motsetning til fastsatte standarder<sup>3</sup>. Å delta som sykepleier i en pasientsituasjon og i flerfaglige arbeidsprosesser krever en refleksjon rundt sitt profesjonelle ansvar. For å kvalifisere seg til dette ansvaret må studenten forberedes før praksisperioden, stå i pasientsituasjonene, kunne trekke seg vekk fra praksisperioden for å reflektere om situasjonens innhold for å få fordype den sykepleiefaglige forståelsen av pasientsituasjonen.

Praksis innehar faglige faktorer og handlinger som er fundert i et spesielt tankesett og som reflekterer og uttrykker fagets egenart. Et slikt sykepleiefaglig tankesett bunner i hva som er fagets fokus og fundament for sykepleie, hvilke problemstillinger faget er opptatt av og hvilke faglige metoder sykepleieren benytter for å ta vare på pasienten (Martinsen & Eriksson 2009, Nortvedt 2008, Fagermoen 1993, Martinsen 1989). Forskning viser at det er stor dissonans mellom det studentene lærer om faget i utdanningsinstitusjonene og det utøves i praksis (Odland, Snelvedt & Marhaug 2014). Mens utdanningsinstitusjonene vektlegger helhetlig sykepleie er fokuset i praksis diagnostisering og behandling. En slik dissonans uttrykker en konflikt i sykepleiepraksis hvor fagets egenart og hensikt kommer i kollisjon med rammer og/eller annen faglig ideologi og funksjon. Praksis som egenart skal gjenkjennes ved at den må speile helheten disse tre perspektivdimensjonene til sammen utgjør (Fig. 1).

---

<sup>3</sup> Dette gjelder ikke prosedyrer med nasjonal standard og handlingsmønster som utøves i visse akutsituasjoner

Fig 1. Dimensjoner ved praksis



Dimensjonene bygger på sykepleiefagets kunnskapsgrunnlaget (kunnskapskroppen) og legger føringene for funksjonsområdene i sykepleie og praksis (Fig 2).

Fig. 2

Praksis kan derfor ikke ses som ren utøvelse som for eksempel bare det å se på metodene knyttet til det enkelte funksjonsområde. Metodene kan ikke stå alene, de er direkte knyttet til fagets problemstillinger som igjen formes av fagets fokus og menneskeforståelse. Praksis utgjør derfor et tankesett, en refleksjonsmåte hvor alle de tre dimensjonene inngår mot en forståelse av pasientens situasjon. Praksisstudier og det å studere sykepleie i en klinisk fagkontekst omhandler derfor å lære et refleksjonssett som gir studenten en gradvis forståelse av fagfunksjonen og den yrkesmessige virkeligheten som over tid fører fram til et sykepleiefaglig funksjonsnivå som bygges på faglig skjønn. En svært viktig faktor for å utvikle kompetansen til et nivå hvor studenten kan utøve skjønnsvurdering er tilgjengeligheten av klinisk og akademisk kvalifiserte veiledere. Fundamentet for hva en nyutdannet sykepleier skal kunne vurderes ut fra nasjonalt læringsutbytte utviklet av «Sykepleierutdanningens faglige lederforum» (SUFAL) (vedlegg 2).

#### Referanser

- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007) Hva kan vi lære av nyutdannede sykepleieres tilbakemelding til utdanningen? I: Alvsvåg, H. & Førland, O. (Red) *Engasjement og læring*. Oslo, Akribe.
- Alligood, M.R. (2004) The theoretical basis of professional nursing. I: K.K. Chitty (Edt.) *Professional nursing*. Philadelphia, W.B. Saunders.
- Benner, P., Sutpen, M. & Day, L. (2010) *Å utdanne sykepleiere. Behov for radikale endringer*. Oslo, Akribe.
- Benner, P. & Wrubel, J. (2002) *Omsorgens betydning i sykepleie. Stress og mestring ved sundhet og sykdom*. København, Munksgaard.
- Benner, P., Tanner, C.A. & Chesla, C.A. (1996) *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment and Ethics*. New-York, Springer Publishing Company.
- Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert*. Oslo, Tano

- Berg, G.V. (2012) Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse –og et holistisk eksistensielt sykepleieperspektiv. Doktorgradsavhandling. Göteborg, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap,
- Berland, A. & Natvig, G.K. (2005) Ivaretagelse av pasientsikkerhet. *Vård i Norden*. 3:33-38
- Dreyer, A. (2012) *End-of-life decision-making in nursing homes. A qualitative study*. Doktorgradsavhandling. Oslo, Faculty of Medicine, Universitetet i Oslo.
- Dybvik, K. (2011) *Hjemmerespiratorbehandling. «Mellom barken og veden» En kvalitative studie av intensivbehandling i hjemmet*. Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Fagermoen, M.S. (1993) *Sykepleie i teori og praksis –et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ferguson, & Day, (2005) Evidence-based nursing education: myth or reality? *Nursing Education in practice*. Mar;44(3):107-15.
- Fredriksen, S.T.D. (2011) *Intensivsykepleies gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst*. Doktorgradsavhandling. Göteborg, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
- Grimen, H. & Molander, A. (2008) Profesjon og skjønn. I: Molander, A. & Terum, L.I. (Eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Guldbrandsen, T. & Stubberud, D. (2010) *Intensivsykepleie*. Oslo, Akribe.
- Halvorsen, K. (2009) The ethical of bedside priorities in intensive care. Value choices and considerations. A qualitative study. Oslo, Faculty of medicine, University of Oslo.
- Karseth, B. (2004) Hva er gyldig kunnskap i sykepleierutdanningen? Noen kunnskapsmessige og didaktiske kommentarer. I: Christensen, B., Heggen K., Karseth, B. (Red) *Klinikk og akademia: reformer, rammer og roller i sykepleierutdanningen*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) Meld. St.10 «God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Martinsen, K. (2009a) *Samtalen, skjønn og evidensen*. Oslo, Akribe.
- Martinsen, K. (2009b) Evidens –begrensende eller opplysende? I: Martinsen, K. & Eriksson, K. Å. (Red) *Å se og innse om ulike former for evidens*. Oslo, Akribe.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009) *Å se og å innse. Om ulike former for evidens*. Oslo, Akribe.
- Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofisk essay*. Oslo, Tano
- Moesmand, A.M. & Kjøllesdal, A. (2004) *Å være akutt kritisk syk*. Oslo, Gyldendals Akademiske.
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Fremtidens sykepleierutdanning*
- Nortvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag, historie og etikk*. Oslo Universitetsforlaget.
- Nåden, D. (1998) *Når sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst*. Doktorgradsavhandling/Akademisk avhandling. Vasa, Department of Caring Science, Åbo Akademi University

Odland, L.H., Sneltvedt, T. & Sørli, V. (2014) Responsible but unprepared: experiences of newly educated nurses in hospital care. *Nursing Education in practice*. Sep;14(5):538-43. doi: 10.1016/j.nepr.2014.05.005. Epub 2014 May 20

Solvoll, B.A., Opsahl, G. & Granum, V. (2012) Hvordan bidrar rammeplanen for norsk sykepleierutdanning til akademisk profesjonskompetanse. *Uniped*. [https://www.idunn.no/uniped/2012/01/hvordan\\_bidrar\\_rammeplanen\\_for\\_norsk\\_sykepleierutdanning\\_til](https://www.idunn.no/uniped/2012/01/hvordan_bidrar_rammeplanen_for_norsk_sykepleierutdanning_til)

Strijbos, J., Engels, N. & Struyven, K. (2015) Criteria and standards of generic competences at bachelor degree level: A review study. *Educational Research Review*, (14):18-32

Torjuul, K. (2009) Living with ethical dilemmas. The ethical reasoning of surgeons and nurses in surgical units. Doktorgradsavhandling. Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø

Tønnessen, S. (2013) Faglige forutsetninger for forsvarlighet. *Sykepleien Forskning* 8(2):188-161.

Tønnessen, S. (2011) *The challenge to provide sound and diligent care – a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service*. Doktoravhandling. Oslo, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Statens helsetilsyn (2006) Et stykkevis og delt tjenestetilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2005 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne personer over 18 år med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Oslo, Helsetilsynet

Statens helsetilsyn (2005) *Pleie og omsorgstjenester på strekk: sammenstilling og analyse av funn og erfaringer fra ulike tilsynsaktiviteter i 2003 og 2004*. Oslo, Helsetilsynet.

Stortingsmelding 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen

Stortingsmedling 13 (2011-2012) Utdanning for velferd

Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2011) *Sygeplejeteoretikere. Bidrag og betydning for moderne sygepleje*. København, Munksgaard Danmark.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Universitetsforlaget.

UHR (2015) *Felles innhold i de helse og sosialfaglige profesjonsutdanningene*, [http://www.uhr.no/documents/ferdig\\_rapport\\_Felles\\_innhold\\_290515\\_1500.pdf](http://www.uhr.no/documents/ferdig_rapport_Felles_innhold_290515_1500.pdf)

Vike, H., & Hauglien, H. (2007) *Velferdspolitikken ved reiseslutt*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Østerud, Ø., Engelstad, F. & Selle, P. (2003) *Makten og demokratiet: en sluttbok fra Makt- og demokratiseringen*. Oslo, Gyldendal akademiske.

Viser for øvrig til Bakgrunnsdokumentet for arbeidsgruppens arbeid

## Vedlegg nr. 2

### Nasjonale sluttkompetansebeskrivelser

Formålet med sykepleierutdanningen er å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. Sykepleieren forholder seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose.

Sykepleierne skal også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. De skal ha kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen. Utdanningen skal baseres på yrkesetiske retningslinjer og fremme en flerkulturell forståelse av helse og sykdom” (*Rammeplan for sykepleierutdanning 2008, s.4 – 5*).

Studiet skal danne og utdanne sykepleiere med tydelig sykepleiefaglig identitet og kompetanse som styrkes og videreutvikles i tverrprofesjonelt samarbeid. Yrkesutøvelsen skal baseres på kunnskap og forståelse for utfordringer og oppgaver i velferdssamfunnet som helhet. Studieprogrammet realiseres i forpliktende samspill mellom utdanning og arbeidsliv (Meld. St.13, 2011-2012)

### Læringsutbytte

#### Kunnskaper

- har bred kunnskap om sentrale temaer, teorier og problemstillinger innen sykepleievitenskapelige emner
- har relevant kunnskap innen medisinske og naturvitenskapelige- og samfunnsvitenskapelige emner
- har kunnskap om sykepleiefagets historie, tradisjoner og egenart
- kjenner til forskning og utviklingsarbeid relevant for sykepleie
- har kunnskap om velferdsstaten, rammer for tjenesteutøvelsen og sykepleietjenestens bidrag til helse- og velferdstjenesten

#### Ferdigheter:

- kan utøve sykepleie basert på forskning, erfaring og faglig skjønn
- kan ivareta pasientens grunnleggende behov ved å observere, vurdere, planlegge, iverksette, evaluere og dokumentere sykepleie
- kan identifisere risikofaktorer av individuell og miljømessig karakter, planlegge og utføre helsefremmende og forebyggende tiltak
- kan informere, undervise og veilede pasienter og pårørende
- kan fremme læringsprosesser som bidrar til pasientsikkerhet, kvalitet og tillit i helsetjenesten
- kan beherske relevante faglige verktøy, teknikker, prosedyrer og kommunikasjonsformer
- er en endringsdyktig leder av eget fag
- kan samhandle tverrprofesjonelt for å skape et koordinert, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud

#### Generell kompetanse

- kan utøve faglig forsvarlig sykepleie, basert på etisk bevissthet og kritisk refleksjon
- kan møte pasienter og pårørende med omsorg, innlevelse og moralsk ansvarlighet
- kan ivareta pasientens rett til medbestemmelse og medvirkning
- kan bidra til nytenkning og innovasjon
- kan vise evne og vilje til livslang læring, arbeide kunnskapsbasert og bidra til å utvikle kvalitet i sykepleiefaget og helsetjenesten
- kan anvende og formidle sentralt fagstoff som teorier, problemstillinger og løsninger både skriftlig og muntlig
- kan bidra til at faglige og etiske normer synliggjøres i den offentlige debatt om helsepolitiske spørsmål



## Vedlegg nr. 3

### Kvalitetsområder og indikatorer – med forslag/presiseringer (kommentarer i farget skrift)

#### 1 Gjensidig forpliktende samarbeid

##### Forslag til indikatorer:

- Samarbeidet reguleres av samarbeidsavtaler\* på institusjons- og enhetsnivå, samt student, lærer og praksisveiledernivå. (\* Det utarbeides en mal for innhold i samarbeidsavtale)
  - langsiktige avtaler som sikrer utdanningskapasitet og kvalitet  
Dette fordrer at kommunen, som spesialisthelsetjenesten får en plikt til mottak av studenter som igjen må følges opp med finansiering.
  - at praksisarenaens eier til enhver tid sikrer studieplasser til avtalt antall studenter  
Kapasitetsutfordringen er en felles utfordring. Høgskole og arbeidsliv må sammen vurdere kapasitet knyttet til relevans, kvalitet og utvikling av nye arenaer for praksis. Dette bør være en ny struktur for samhandling der dialog og samhandling om å løse en felles utfordring er formålet.
- Samarbeidsavtalene følges opp ved å etablere arenaer for samarbeid på alle relevante nivå.  
Dette bør presiseres. –  
Det holder ikke med arenaer. Det bør også beskrives nye strukturer for hvordan en skal samhandle; strukturer som sikrer medvirkning i planprosesser, utvikling og gjennomføring av praksisstudier  
Erfaringer fra vårt prosjekt viser at avdelingslederens/virksomhetslederens er svært viktig for å kunne lede utviklingen av praksis som en læringsarena
- Læringsutbyttebeskrivelser for praksisperiodene utarbeides, videreutvikles og evalueres i et likeverdig samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet.
- samarbeid med utdanningsinstitusjonen om læringsutbyttebeskrivelser for aktuelt praksisområde  
dette er dekket i 3. kulepunkt?
- Partene samarbeider om å forberede praksisstudier, identifisere og tilrettelegge læringsaktiviteter på praksisstedet i tråd med læringsutbyttebeskrivelsene.  
Partene samarbeider om å forberede og gjennomføre praksisstudier, identifisere og tilrettelegge læringsaktiviteter på praksisstedet i tråd med læringsutbyttebeskrivelsene
- samarbeid om utvikling, oppdatering og gjennomføring av pedagogisk opplegg for aktuell praksis studie  
dette er en viktig presisering til kulepunkt 4. Det er her vi understøtter læring som en integrert del av arbeidslivet. Vi har en utfordring i praksisfeltet å sette læring og utvikling på dagsorden.
- partene samarbeider utvikling og gjennomføring av sømløse overganger mellom teoriundervisning og praksis
- Partene samarbeider om å utvikle praksisarenaer og veiledningsmodeller, inklusiv modeller for tverrprofesjonell samarbeidslæring.

- Praksisstudier evalueres i fellesskap av student, praksissted og utdanningsinstitusjon. Resultatene gjøres kjent i organisasjonene og danner grunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.  
Utvikling av evalueringspunkter og evaluering av praksisstudier gjennomføres i fellesskap av student, praksissted og utdanningsinstitusjon. Resultatene gjøres kjent i organisasjonene og danner grunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.

## 2 Praksisveiledning

Forslag til indikatorer:

- Partene har et felles ansvar for at veiledning i praksis er av høy kvalitet. Roller og ansvar er regulert i samarbeidsavtale.  
Partene har et felles ansvar for at veiledning i praksis er av høy kvalitet. Rolleavklaring, ansvarsfordeling og strukturer for samhandling beskrives i samarbeidsavtalen.
- Studentene innlemmes i arbeidsfellesskapet på praksisstedet  
Studentene innlemmes i arbeidsfellesskapet på praksisstedet og lærer, leder - og veilederressurser legger til rette for læringsaktiviteter i tilknytning til arbeidsplassen
- Praksisstedets veileder er faglig oppdatert og benytter ulike kunnskapskilder i sin yrkesutøvelse (jobber kunnskapsbasert)  
Forslag: Praksisstedets veileder og høgskolens lærerressurs er faglig oppdatert og benytter ulike kunnskapskilder i sin yrkesutøvelse (jobber kunnskapsbasert)
- Praksisveileder har (bør ha) veilederutdanning tilsvarende 10 studiepoeng (minimum)
- Utdanningsinstitusjonen tilbyr veilederutdanning og kurs i kunnskapsbasert praksis tilpasset praksisstedet  
Her er det nok mange forskjellige forståelser av kunnskapsbasert praksis. Det bør presiseres et sted at dette er forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap
- Veiledningsoppgaver i praksisstudier inngår i personal- og virksomhetsplanlegging både for praksisstedet og i utdanningsinstitusjonene.

## 3 Samarbeidslæring på tvers av sektorer og profesjoner

Forslag til indikatorer:

- Studentene får i løpet av praksisstudiene erfaring med samarbeid om pasienter/klienter/brukere på tvers av relevante forvaltningsnivåer.  
Studentene får i løpet av praksisstudiene erfaring med samarbeid om pasienter/klienter/brukere på tvers av relevante fag- forvaltningsnivåer
- Helse- og sosialfaglige studenter lærer av, om og sammen med hverandre i reelle pasient-/klient- og brukersituasjoner.
- Helse- og sosialfaglige studenter lærer av, om og sammen med relevante frivillige organisasjoner og nettverk
- Samarbeidslæring beskrives og har en tydelig profil i fag- og emneplaner

## 4 Kunnskapsbasert praksis \* i praksisstudier

Forslag til indikatorer:

- Studentene møter kunnskapsbaserte tjenester \*\* i praksisstudier
- Studentene involveres FoU-arbeid i praksisstudier.

## 5 Systematisk kunnskapsutveksling og utvikling

Forslag til indikatorer:

- Det er etablert kombinerte stillinger mellom praksisfeltet og utdanningssektoren.
- Det er etablert hospiteringsordninger mellom praksisfeltet og utdanningssektor.
- Praksisfelt og UH-sektor initierer og gjennomfører felles prosjekter.
- Strukturer og metoder for samhandling om kunnskaps- og kompetanseutvikling beskrives i samarbeidsavtalen

*\*Kunnskapsbasert praksis innebærer at den samlede yrkesutøvelsen er basert på flere ulike kunnskapskilder, og at yrkesutøverne holder seg faglig oppdatert og bruker oppsummert forskningsbasert kunnskap når dette foreligger. En helse- og velferdsarbeider som skal jobbe kunnskapsbasert, må ha et bevisst forhold til bruk av ulike kilder til kunnskap. Fagmiljøene som gir utdanning, må selv være godt orientert og formidle erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap og metoder til bruk i tjenesteutøvelsen." (St m 13, kap 10.1.1 s 89)*

*\*\*Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse innebærer at yrkesutøvere bevisst og eksplisitt drar nytte av ulike kunnskapskilder, holder seg faglig oppdatert og bruker praksisrettet og annen type forskningsbasert kunnskap fra flere kilder, inkludert systematiske forskningsoppsummeringer der dette foreligger. I et stadig mer komplekst velferdssystem der mange brukere opplever sammensatte problemer, er det avgjørende for kvaliteten i tjenestene at de som tilbyr og utfører dem, forholder seg systematisk til kunnskap og kan samhandle på tvers av fagbakgrunn. (St m 13 s 41)*