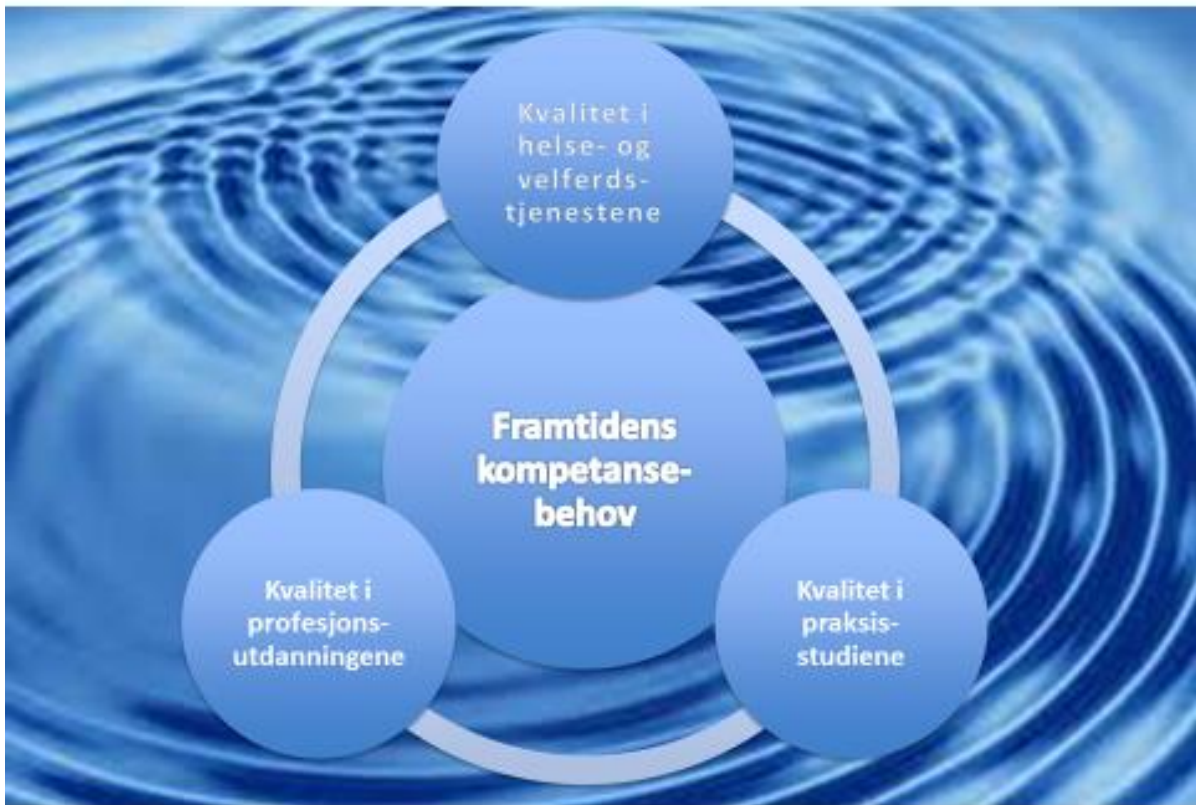




**UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET**

The Norwegian Association of Higher Education Institutions

# **Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: PRAKSISPROSJEKTET**



**Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt  
gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015**

**Februar 2016**

## Forord

Prosjektet Kvalitet i praksisstudier (Praksisprosjektet) er unikt i den forstand at Kunnskapsdepartementet utfordret alle landets helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger til å drøfte kvalitetskriterier for praksisstudier og egen praksismodell både samtidig og sammen. Prosjektet startet med 110 studieprogram som kvalifiserer til 19 forskjellige helse- eller sosialfaglige profesjoner, fordelt på 31 universitets- og høyskoleinstitusjoner. I alle deler av prosjektet har det vært en forutsetning å ha med studentene og representanter fra helse- og velferdstjenestene. Over en prosjektperiode på drøyt to år har mer enn 200 personer bidratt

Rapporten oversendes Kunnskapsdepartementet som oppdragsgiver for prosjektet men rapportens anbefalinger berører i høy grad også de øvrige sektordepartementene med ansvar for å sikre god kvalitet og troverdighet i helse- og velferdstjenestene. Økt kvalitet i tjenestetilbud og tjenesteyting har vært hovedmålet i mange år, men helse- og velferdstjenestene er under press fra mange kanten Utdanningsoppgaven har ikke høy prioritet og det er satt av få eller ingen ressurser til veiledning av studenter og kompetanseheving hos veilederne. I særdeleshet gjelder dette for kommunal sektor.

Rapporten understreker behovet for at de berørte departementene nå bidrar med en samordnet innsats for å sikre mer helhetlige og forutsigbare rammebetingelser for det sektor- og tjenesteovergrepene samarbeidet om veiledet praksis. Det vil gjøre det vesentlig lettere for universitets- og høyskoleinstitusjonene og samarbeidspartnerne i helse- og velferdstjenestene å følge opp sitt lovpålagte ansvar for at det skjer en tydelig utvikling i samarbeidet mellom UH-sektor og tjenestesektor. Dette gjelder ikke bare samarbeid om kvalitetsutvikling i praksisstudiene, men også om tjenestekvalitet og kvalitet i praksisnær forskning og innovasjon.

Prosjektet bekrefter behovet for et mye tydeligere og bedre samarbeid i det daglige arbeidet mellom utdanningsinstitusjoner og praksisinstitusjoner, med god avklaring av partenes roller, ansvar og ressursinnsats. Dette gjenspeiles også i prosjektets anbefalinger, og de viktigste tiltakene her er: Formalisert veiledningskompetanse hos praksisveilederne, bedre integrasjon mellom teori og praksis i utdanningene og utstrakt bruk av kombinerte stillinger. Dette vil også bidra til økt status for utdanningsoppgaver i tjenestene.

Universitets- og høgskolerådet vil takke alle som har bidratt til en spennende reise mot en sluttrapport som gir tydelige anbefalinger om hva som må til om man nå skal gå fra ord til handling.

En spesiell takk går til prosjektleder Grete Ottersen Samstad, helsefaglig sjef ved St. Olavs Hospital i Trondheim, som på en kunnskapsrik, systematisk og klok måte klarte å få dette store samarbeidsprosjektet opp å stå og vel i havn.



Alf Rasmussen

Generalsekretær, UHR

## Innhold

|  |    |
|--|----|
| Forord .....   | 1  |
| Innhold .....  | 2  |
| 1. Oppsummering, anbefalinger og forslag til oppfølgingsprosjekter.....  | 5  |
| 1.1 Bakgrunn og prosjektoppdrag .....  | 5  |
| 1.2 Praksisprosjektets hovedfunn og anbefalinger.....  | 6  |
| 1.2.1 Forslag til kriterier og indikatorer for kvalitet i praksisstudiene.....   | 6  |
| 1.2.2 Vurdere behovet for endringer i omfang og type av praksisstudier per utdanning .....                                   | 8  |
| 1.2.3 Utrede behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer                                      | 9  |
| 1.3 Behovet for bedre lovfesting og finansiering av veiledet praksis .....   | 9  |
| 1.4 Anbefalte oppfølgingsprosjekter .....  | 10 |
| 2. Bakgrunn.....   | 11 |
| 2.1. Samfunnsutfordringene og framtidens kompetansebehov .....   | 11 |
| 2.2. Mandat og mandatforståelse.....   | 13 |
| 2.3. Prosjektorganisering og arbeidsform .....   | 14 |
| 3. Praksisstudier .....  | 15 |
| 3.1. Sentrale begreper for å forstå praksisstudier.....  | 15 |
| 3.2. Formålet med praksisstudier og sammenhengen mellom læringsutbytte, læringsaktiviteter og vurderingsformer .....         | 16 |
| 4. Aktører, lover og forskrifter.....  | 18 |
| 4.1. Aktører og aktuelle lover og forskrifter som regulerer ansvaret for utdanning generelt og praksisstudier spesielt ..... | 18 |
| 4.2. Rammeverk som styrer innhold og omfang av praksisstudiene.....  | 19 |
| 4.3. Formelle krav til fagmiljø, veiledning og praksisveileders kompetanse .....   | 20 |
| 4.4. Samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og praksisinstitusjoner for kvalitet og relevans                               | 20 |
| 4.5. Kort om finansiering av praksisstudier.....   | 22 |
| 4.6. Oppsummering.....   | 22 |
| 5. Forslag til endringer i omfang og type praksis .....  | 23 |
| 5.1. Mandat og metode.....   | 23 |
| 5.2. Resultater.....   | 25 |
| 5.2.1. Kort oppsummering av forslag til endringer fra arbeidsgruppene.....   | 25 |
| 5.2.2. Foreslåtte endringer i omfang .....   | 36 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 5.2.3. | Foreslåtte endringer i type praksis .....  | 36 |
| 5.2.4. | Forslag til endringer i de eksterne praksisstudiene i masterstudier og videreutdanninger .....             | 40 |
| 5.2.5. | Forutsetninger som bør ligge til grunn for kvalitet og relevans i praksisstudiene .....                    | 40 |
| 5.2.6. | Tiltak for økt kvalitet og relevans .....  | 41 |
| 5.3.   | Diskusjon.....   | 43 |
| 5.3.1. | Prosjektgruppens anbefalinger .....  | 46 |
| 6.     | Forslag til kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene ..... | 48 |
| 6.1.   | Mandat og metode.....  | 48 |
| 6.1.1. | Tolkning og avgrensning av mandatet.....   | 48 |
| 6.1.2. | Metode .....   | 48 |
| 6.2.   | Kvalitetsområder for økt kvalitet og relevans i praksisstudier.....  | 49 |
| 6.2.1. | Gjensidig forpliktende samarbeid om praksisstudier .....   | 49 |
| 6.2.2. | Praksisveiledning.....   | 50 |
| 6.2.3. | Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) .....   | 52 |
| 6.2.4. | Kunnskapsbasert praksis i praksisstudier .....   | 53 |
| 6.2.5. | Systematisk kunnskapsutveksling og -utvikling.....   | 54 |
| 6.3.   | Prosjektgruppens forslag til kvalitetsindikatorer.....   | 55 |
| 7.     | Godkjenning av praksissteder som læringsarenaer .....  | 57 |
| 7.1.   | Mandat og metode.....  | 57 |
| 7.2.   | Resultat .....   | 57 |
| 7.2.1. | Bakgrunns litteratur .....   | 57 |
| 7.2.2. | Erfaringer fra utdanninger som har godkjenningsordninger.....  | 58 |
| 7.2.3. | Eksisterende ordninger som skal bidra til å sikre kvalitet og relevans i praksisstudiene.....              | 58 |
| 7.2.4. | Fra diskusjonen med NOKUT .....  | 59 |
| 7.3.   | Diskusjon.....   | 59 |
| 7.4.   | Anbefaling.....  | 60 |
| 8.     | Oppsummering, avslutning og videre arbeid .....  | 60 |
| 8.1.   | Anbefalte oppfølgingsprosjekter.....   | 62 |
|        | Litteratur .....   | 63 |
|        | Vedlegg I: Styringsgruppens medlemmer.....   | 68 |

|  |    |
|--|----|
| Vedlegg II: Prosjektgruppens medlemmer .....   | 69 |
| Vedlegg III: Oversikt over involverte departementer, aktører og sentrale praksisarenaer (UHR 2010) ..... | 70 |
| Vedlegg IV: Program for oppstartskonferansene for oppgave 1 i Praksisprosjektet .....                    | 71 |

## 1. Oppsummering, anbefalinger og forslag til oppfølgingsprosjekter

### 1.1 Bakgrunn og prosjektoppdrag

På bakgrunn av utviklingstrekk i samfunnet, vil helse- og omsorgstjenestene erfare betydelige kompetanse- og personellmessige utfordringer de neste tiårene. Velferdssystemets bærekraft utfordres av demografiske endringer, økonomiske svingninger og svakere oppslutning om velferdsordningene. Behovet for helsehjelp og omsorgstjenester vil øke, og det vil bli knapphet på helse- og sosialfaglig arbeidskraft.

Trygge og kunnskapsbaserte tjenester, økt samhandling på tvers av fagbakgrunn, tjenester og sektorer og økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten framheves av myndighetene som *sentrale virkemidler* for å sikre god kvalitet og troverdighet i tjenestene, og som forutsetninger for realiseringen av «pasientens helsetjeneste».

I den sammenheng settes også søkelyset på kvaliteten og relevansen i hele spekteret av helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger. Det stilles spørsmål ved om de gir studentene den grunnkompetansen som trengs for å gå inn i faglige fellesskap som skal bidra til mer kvalitet, helhet og sammenheng i alle typer helse- og velferdstjenester.

Typisk for profesjonsutdanningene er at de er både FoU-baserte og praktiske, og skal utdanne til bestemte yrker. Praksisstudier, som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis, har alltid vært en sentral og obligatorisk del av disse utdanningene. Likevel har kvalitetssikringen av slik veiledet praksis vært en utfordring i mange år.

Utfordringer knyttet til tilgang på praksisplasser, samt kvalitet og relevans i praksisstudier i helse- og sosialfagutdanningene er godt dokumentert. Utfordringene knyttes gjerne til struktur, samarbeid, veiledning og finansiering (Bjerknes og Christiansen, 2015, Caspersen og Kårstein, 2013, Grønn, 2010, Kårstein og Caspersen, 2014, NIFU, 2015, UHR, 2010a og UHR, 2015). Det er dokumentert stor variasjon i type og omfang praksisstudier, som ikke er faglig og pedagogisk begrunnet.

Praksisstudier skjer på en rekke arenaer, og presset på praksisarenaene er stort. Det er et misforhold mellom volum og behov, og kapasitet og kompetanse. Det er også et misforhold mellom andelen praksisstudier i spesialisthelsetjenesten versus primærhelsetjenesten, i strid med Samhandlingsreformens intensjoner. Også innen NAV, barnevern og privat sektor meldes om behov for å legge til rette for flere praksisplasser.

I kjølvannet av Samspillmeldingen<sup>1</sup> fra 2012, ga Kunnskapsdepartementet (KD) UHR i oppdrag å gjennomføre prosjektet *Kvalitet i praksisstudier* i perioden 2013-2015. I prosjektbeskrivelsen står det at målet med oppdraget er « å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid som skal bidra til

---

<sup>1</sup> Meld St nr 13(2011-2012) Utdanning til velferd. Samspill i praksis

å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene slik at de kan møte framtidens kompetansebehov». Oppdraget bestod av tre oppgaver:

- 1) Vurdere behovet for endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning, med utgangspunkt i samfunnets behov. Arbeidet skal skje i et samarbeid mellom utdanningene og praksisfeltet, og se på hvilken rolle praksisstudier på ulike læringsarenaer skal ha i arbeidet med å sikre studentene et relevant læringsutbytte etter endt utdanning.
- 2) Utarbeide forslag til kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene.
- 3) Utrede behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer.

Nyere stortingsmeldinger, nasjonale strategier og handlingsplaner har vært retningsgivende for hvordan prosjektgruppen har valgt å løse de tre oppgavene i prosjektoppdraget. Målet er at de anbefalingene prosjektet legger fram i denne rapporten, skal bidra til å styrke utdanningenes og praksisstudienes rolle og betydning for trygge og kunnskapsbaserte tjenester, økt samhandling på tvers av fagbakgrunn, tjenester og sektorer, og økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## 1.2 Praksisprosjektets hovedfunn og anbefalinger

### 1.2.1 Forslag til kriterier og indikatorer for kvalitet i praksisstudiene

Følgende krav mener prosjektet er avgjørende for å øke kvalitet og sikre relevans i praksisstudier:

- De ulike utdanningsstedene har like sluttkompetansebeskrivelser for samme type profesjonsutdanning.
- Forpliktende samarbeid om praksisstudier reguleres av samarbeidsavtaler. De viktigste områdene for samarbeidet inngår i felles rammeplan/forskrift.
- Det stilles krav til veileders kompetanse. Det gjelder både profesjonskompetanse, akademisk kompetanse, veiledningskompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert. Kravet om formell veiledningskompetanse forskriftsfestes, likedan utdanningsinstitusjonens ansvar for å tilby veilederutdanning og kontaktlærers bidrag på praksisstedet.
- Det er behov for å øke status på praksisdelen av utdanningene, både i UH og tjenester. Det etableres en karrierevei for de som har en stor andel praksisveiledning i jobben.
- Kombinerte stillinger etableres for å utvikle et tett og forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt, og for å øke både kvalitet og relevans i utdanningene.
- Nye praksismodeller utvikles, utprøves, evalueres og utveksles i et likeverdig samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksissted.
- Studentene får tilgang til aktuelle temaer for oppgaveskriving, samt tverrprofesjonelle læringssituasjoner hvor sikkerhet og forbedring av samhandling praktiseres.



- Det anbefales økt satsning på utdanningsforskning, med et spesielt fokus på arbeidsformer og læringsutbytte i praksisstudier.

For å gjøre det mulig å evaluere og måle kvalitetsutvikling i praksisstudier, konkretiseres disse anbefalingene ved hjelp av 21 indikatorer, hvorav 13 er på forskriftsnivå.<sup>2</sup> De 13 samles etter tema i 5 kvalitetsområder som i sum er ment å skulle dekke både struktur, prosess og resultat.

| Kvalitetsområde                                   | Kvalitetsindikatorer i felles rammeplan/forskrift   |
|---|---|
| 1. Likeverdig og gjensidig forpliktende samarbeid | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene utarbeides, implementeres, videreutvikles og evalueres i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet.</li> <li>• Resultater fra evaluering av praksisstedet som læringsarena rapporteres i organisasjonenes kvalitetssystem, og danner grunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.</li> <li>• Veiledningsoppgaver i praksisstudier inngår i personal- og virksomhetsplanlegging ved praksisstedet og utdanningsinstitusjonene.</li> <li>• Samarbeidsavtaler regulerer ansvar, roller, kapasitet på praksisplasser, kompetanse og samarbeidsarenaer på alle relevante nivå, samt forsknings, utviklings- og innovasjonssamarbeid.</li> </ul>  |
| 2. Praksisveiledning                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praksisstedet har ansvar for den daglige veiledning og oppfølging av studenten.</li> <li>• Kontaktlærer med ansvar for å følge opp studenter på praksisstedet, skal være oppdatert i praksisfeltets problemstillinger og skal bistå praksisveileder i pedagogiske spørsmål (planlegging av læringsaktiviteter, veiledningsmetodikk, vurdering av skikkethet og evaluering).</li> <li>• Praksisveileder skal ha formell veiledningskompetanse, definert med læringsutbytter, og tilsvare minimum 10 studiepoeng i omfang. Det utarbeides en plan for hvordan oppnå dette.</li> <li>• Utdanningsinstitusjonen tilbyr utdanning i veiledning og kunnskapsbasert praksis tilpasset praksisstedet.</li> <li>• Praksisveileder skal som hovedregel være av samme profesjon som den som blir veiledet.</li> </ul> |
| 3.TPS i praksisstudier                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studentene skal i løpet av praksisstudiene erfare tverrprofesjonelt samarbeid (TPS).</li> </ul>  |
| 4.Kunnskapsbaserte praksisstudier                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Studentenes skal møte kunnskapsbaserte tjenester på praksisstedet.</li> <li>• Studentene skal involveres i FoUI-arbeid i løpet av praksisstudiene.</li> </ul>  |
| 5.Systematisk kunnskapsutvikling og -utveksling.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praksisinstitusjonen og utdanningsinstitusjonen skal samarbeide om kunnskapsutveksling og -utvikling.</li> </ul>   |

<sup>2</sup> se kapittel 6: Forslag til kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene.



De 13 kvalitetsindikatorne vil kunne følges opp gjennom rapportering, måling og/eller tilsyn. De øvrige 8 indikatorne er tenkt å skulle utfylle de 13 og inngå i en veiledende mal for samarbeidsavtaler.

I forståelsen av indikatorforslagene er det viktig å skille mellom begrepene *praksissted* og *praksisstudier*. Noen av kravene skal oppfylles på hvert enkelt praksissted, mens andre skal oppfylles minimum en gang i løpet av praksisstudiene.

Hensikten med å implementere og følge opp de foreslåtte kvalitetsindikatorne er ikke å underkjenne praksissteder, men å forbedre *både* tjenestene og praksisstudiene. Utviklingen av kvalitetsindikatorer er en del av et større forbedringsarbeid med samme hensikt for både praksisstedene og utdanningsstedene.

### **1.2.2 Vurdere behovet for endringer i omfang og type av praksisstudier per utdanning**

14 arbeidsgrupper har deltatt i arbeidet med å vurdere behovet for og foreslå endringer i omfang og type praksisstudier for hver av de 19 helse- og sosialfaglige utdanningene med utgangspunkt i samfunnets behov.<sup>3</sup> Gruppene har sett på dette i sammenheng med utviklingen av forslag til kriterier og indikatorer tiltak for å bedre kvalitet og sikre relevans, jfr. forrige punkt.

Det er få motsetninger og mange fellesnevner i arbeidsgruppenes forslag til forbedringer. De to viktigste hovedfunnene når det gjelder omfang og type praksisstudier er: 1) med unntak av sykepleierutdanningen, hvor praksisandelen er regulert av EUs yrkesdirektiv, kan det synes som om omfanget av praksisstudier per utdanning allerede ligger på et minimum, og 2) forslag om økt andel praksisstudier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Følgende anbefalinger fra prosjektgruppen gjelder for alle de 19 profesjonsutdanningene som prosjektet omfatter:

- Omfanget av praksisstudier i sum videreføres, men med en større grad av harmonisering av omfang mellom studiesteder.
- En større andel av praksisstudiene legges til kommunene, forutsatt at dette bidrar til at studentene oppnår forventet læringsutbytte.
- En større andel praksisstudier legges til privat sektor, forutsatt at dette bidrar til at studentene oppnår forventet læringsutbytte, og forutsatt forpliktende avtaleverk og hensiktsmessig finansieringsordning.
- Selv om det er organisatorisk og logistisk utfordrende, bør det legges til rette for at tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) også kan skje i reelle pasient/klient/brukersituasjoner. Det bør utarbeides læringsutbyttebeskrivelser for tverrprofesjonell samhandlingskompetanse i praksisstudier.

---

<sup>3</sup> se kapittel 5: *Forslag til endringer i omfang og type praksis*.

- Studentposter bør i større grad anerkjennes som en god pedagogisk modell. Der det er organisatorisk gjennomførbart, kan TPS inngå som en del av læringsutbyttene.
- Det unike med ekstern veiledet praksis er at det skjer i autentiske yrkessituasjoner, i møte med pasienter/klienter/brukere. Andre pedagogiske virkemidler, som for eksempel casestudier, simulering og ferdighetsstudier, benyttes som målrettet forberedende undervisning. Der dette understøtter læringsutbyttebeskrivelsene i praksisstudiene og bidrar til mer sammenhengende og integrerte overganger mellom teori og praksis, kan det også integreres i praksisstudiene.

### 1.2.3 Utrede behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer

For å besvare denne delen av oppdraget, har prosjektgruppen innhentet erfaringer fra utdanninger i Norge som har godkjenningsordninger for praksissteder (lærer, lektor, politi).<sup>4</sup> Til tross for etablerte godkjenningsordninger, er mangelen på praksisplasser så stor, at praksissteder også ved disse utdanningene tas i bruk uten at alle kriterier er oppfylt.

Prosjektets hovedkonklusjon på dette punktet er at det ikke er behov for en egen ordning for godkjenning av praksissteder, og har følgende anbefalinger:

- En ny type godkjenningsordning av praksissteder vil ha begrenset nytteverdi for styrking av kvalitet og relevans.
- Kvalifikasjonsrammeverket og NOKUTs tilsynsordning er tilstrekkelige virkemidler til å utvikle og kontrollere kvalitet på praksisstudiene. Dette forutsetter at
  - læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene utarbeides i samarbeid mellom utdanning og praksisfelt,
  - krav til kvalitet i praksisstudiene forskriftsfestes og hjemles i NOKUTs studietilsynsforskrift,
  - det initieres et prosjekt som tester ulike metoder for hvordan NOKUT, evt i samarbeid med Helsetilsynet, kan føre tilsyn med kvalitet og relevans i praksisstudier.
- Mer lik lovfesting og finansiering av praksisstudier er en viktigere forutsetning for gode læringsarenaer i praksisfeltet enn en ny type godkjenningsordning.

## 1.3 Behovet for bedre lovfesting og finansiering av veiledet praksis

I prosjektoppdraget inngikk ikke å utrede kostnader ved gjennomført god kvalitet på veiledet praksis for alle studentgrupper, eller å vurdere behovet for endringer i andre rammebetingelser. Dette er under utredning i en interdepartemental prosess. Imidlertid har viktige rammebetingelser som lovfesting, finansiering og styring vist seg som både hindringer og forutsetninger gjennom

---

<sup>4</sup> Se kapittel 7, Godkjenning av praksissteder som læringsarenaer.

hele prosjektet når det handler om å øke kvalitet og sikre relevans i praksisstudiene.

Praksisprosjektets klare anbefalinger er derfor følgende:

- Mer lik lovfesting og finansiering av praksisstudier er en forutsetning for at universitet og høyskoler, i samarbeid med praksisfeltet, kan sørge for tilstrekkelig tilgang til praksisplasser, og god kvalitet og relevans i praksisstudiene.
- Alle virksomhetsområder må få klare bestemmelser om sektorenes medansvar for utdanning generelt og et sørge for-ansvar for praksisstudier spesielt. Lovteksten må formuleres i samme klartekst, slik at den ikke blir gjenstand for ulik tolkning av partene.
- Styringskrav og rapporteringskrav knyttet til utdanningsoppgaven må formuleres likt fra sektordepartementene til underliggende tjenester og praksisinstitusjoner, og svare på kravene fra Kunnskapsdepartementet.
- Kostnader til praksisstudier må kartlegges og budsjetteres.
- Praksisstudier må finansieres mere likt, og være i tråd med de krav som stilles og ressurser som utløses.
- Det må innføres incitamenten både i utdanningsinstitusjonen og praksisinstitusjonen som bidrar til å øke både kvaliteten og statusen på praksisstudiene.

Studenter utgjør en stor ressurs for praksisstedene. Gode praksisarenaer er attraktive arbeidsplasser for nyutdannede, og dermed viktig i rekrutteringsøyemed. Et gjensidig forpliktende samarbeid om utdanning bidrar til utvikling av kunnskapsbaserte tjenester og kunnskapsbasert utdanning.

#### 1.4 Anbefalte oppfølgingsprosjekter

Det er viktig at partene nå bygger videre på det momentum for endring som er skapt gjennom praksisprosjektet. Basert på et videre samarbeid mellom UH-sektoren og helse- og velferdstjenestene, anbefaler prosjektet rask oppstart av følgende oppfølgingsprosjekter:

- Det bør utvikles en nasjonal modell for veiledningsutdanning, inklusive læringsutbyttebeskrivelser for det som kan være felles innhold.
- Det bør utvikles modeller for kombinerte stillinger som kan tilpasses alle profesjonsgrupper innen helse- og sosialfeltet, inklusiv organisering og finansiering.
- Det bør iverksettes et prosjekt som skal foreslå en modell for utviklingstilsyn av praksissteder, som en oppfølging av anbefalingene knyttet til oppgave 3. Modellen bør utvikles i et samarbeid mellom UH, praksisinstitusjon, Helsetilsynet og NOKUT.
- Kvalitetsindikatorne bør testes ut og brytes ned i målbare størrelser i et prosjekt.
- Som en oppfølging av kravene i EUs Yrkesdirektiv, bør det iverksettes et prosjekt som utreder nytten av å utvide varigheten av sykepleierutdanningen til mer enn 3 år.

## 2. Bakgrunn

### 2.1. Samfunnsutfordringene og framtidens kompetansebehov

*HelseOmsorg21* (juni 2014) er den nasjonale strategien for en målrettet, helhetlig og koordinert innsats for FOU og innovasjon innen helse og omsorg. Strategien peker på at velferdssystemets bærekraft utfordres av blant annet demografiske endringer, økonomiske svingninger og svakere oppslutning om omfanget og bredden av velferdsordningene. Behovet for helsehjelp og omsorgstjenester vil øke, og det vil bli knapphet på arbeidskraft. Hovedprioriteringene i strategien er bl.a. et kunnskapsløft for kommunene og et kunnskapsbasert helse- og omsorgssystem.

Viktige utviklingstrekk er at flere personer med et større mangfold av lidelser vil få sine tilbud i kommunale og gradvis mer teknologiske helse- og omsorgstjenester. Videre vil omfanget av tiltakstrengende personer øke så sterkt at forebyggende tiltak og tidlig intervensjon vil måtte få langt større oppmerksomhet og synlig effekt.

Arbeids- og velferdsområdet er i stor grad styrt av myndighetenes mål om høy sysselsetting. Ikke bare med tanke på tilgang til arbeidskraft og nasjonaløkonomiske hensyn, men også for å motvirke økonomiske, helsemessige og sosiale forskjeller. Den positive helsegevinsten yrkesdeltagelse har på enkeltindivider er et undervurdert helsegode også innenfor helsetjenestene (Waddell og Burton, 2006).

Fattigdomsbegrepet kobles til manglende yrkesdeltakelse og i sterkere grad knyttes det til bosatte flyktninger. Ut fra antallet flyktninger som i dag oppholder seg på akuttmottak har behovet for bosetting i kommunene økt kraftig. Økningen har gitt akutte utfordringer på mange områder, alt fra praktiske til helsemessige og medisinske. Den økende tendensen til «utenforskap» i flyktninggruppen kan bli ytterlig forsterket dersom ikke kvaliteten på integreringsarbeidet økes.

Pågang og behov for tjenester fra barnevernet er økende. Barn med behov er ofte avhengig av hjelp fra flere tjenester, på flere områder og i flere faser i livet. Disse må fanges opp tidligere på de arenaene de befinner seg utenfor hjemmet, som barnehage, skole og helsestasjon.

Det forespeiles også en sterk vekst i de eldste aldersgruppene og økning i livsstilsrelaterte sykdommer som kreft, hjerte-/karsykdommer, KOLS, diabetes, muskel-/skjelettsykdommer, rusmisbruk, psykisk sykdom og demens. Dette er folkesykdommer med behov for langvarig oppfølging.

Reduksjon av angst, depresjon og rusproblem er et annet sentralt mål. Utvikling av denne type problem gir ofte behov for behandling fra sammensatte tjenester, krever sterke tjenester utenfor institusjon og nye faglige tilnærminger.

Meld. St. 26 (2014–2015) Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Primærhelsetjenestemeldingen) forsterker behovet som beskrevet i *HelseOmsorg21* –strategien for å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Når forskning blir en integrert del av praksis foregår en kontinuerlig faglig oppdatering av personell som gir grunnlag for å drive kunnskapsbasert undervisning og veiledning.

*Kunnskapsbasert praksis* er betegnelsen på en tenke- og arbeidsmåte for å utvikle tjenestene gjennom systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder. Altså, at faglige avgjørelser er fundert i systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og det berørte menneskets ønsker og behov i den gitte situasjonen.

Kunnskapsbasert praksis i *praksisstudier* betyr at studentene trenes i å etterspørre, kritisk vurdere, og formidle kunnskap i samspill med relevante andre. Det er kun i de eksterne praksisstudiene at studenten kan erfare kombinasjonen av disse tre elementene i *autentiske situasjoner*.

I Primærhelsetjenestemeldingen problematiseres at kommunehelsetjenesten ikke brukes nok som praksisarena i utdanningen av helsepersonell. Det er et mål å øke praksisandelen i kommunehelsetjenesten. Dette følges opp gjennom *Kompetanseløft 2020, For dei samla helse- og omsorgstenestene i kommunane*, som er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling. En av strategiene er å sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov. Videre vil man heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis.

De samme hovedtrekkene og anbefalingene støttes gjennom Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar* og i Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Også her understrekes betydningen av at innholdet i utdanning av helsepersonell må gjenspeile samfunnets behov, og at det er nødvendig med bedre samspill mellom utdanning og helsetjenestene.

I de nevnte meldingene trekkes videre fram behovet for mer tverrfaglig kompetanse og teamarbeid som ett av virkemidlene for å skape «pasientens helsetjeneste». Kompleksiteten og bredden i oppgavene som skal løses i helse- og velferdstjenesten øker; det er stadig flere som har behov for hjelp fra mer enn en profesjon. Meld. St 13 (2011–2012), *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* (Samspillsmeldingen) slår fast at «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» (s41).

Begrepet *tverrprofesjonell samarbeidslæring* (TPS) ble i Samspillsmeldingen beskrevet som en læringsform der studenter fra to eller flere yrkesretninger lærer om, av og sammen med hverandre. Dvs. interaktiv læring der en både erfarer tverrprofesjonelt samarbeid og lærer om hverandres kompetanseområde, alt i reelle pasient/klient/brukersituasjoner. TPS kan også skje ved casestudier, ferdighetstrening og andre læringsaktiviteter.

*Handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (2015-2018)* oppsummerer både utfordringer og løsninger ved å si at regjeringen ønsker å legge til rette for god fysisk og psykisk helse gjennom hele livsløpet og vil utvikle en helse- og omsorgstjeneste som leverer

kunnskapsbaserte, likeverdige og trygge tjenester. Regjeringen vil bedre kvaliteten og øke relevansen i helse- og sosialfagutdanningene ved å følge opp 3 av prosjektene etter Samspillsmeldingen; nemlig prosjektene Felles innhold, Kvalitet i praksisstudier og Lovfesting av utdanningsoppgaver i kommunene.

*Prosjektet Kvalitet i praksisstudier* (Praksisprosjektet) er ett av flere prosjekter i oppfølgingen Samspillsmeldingen. Her behandles hele det helse- og sosialfaglige utdanningsområdet i lys av disse utdanningenes samfunnsoppdrag, og som et helhetlig utviklings- og satsningsområde. Meldingen så på reformer, utvikling og endringer i helse og velferdstjenestene som vil være av betydning for tjenestenes kunnskaps- og kompetansebehov på kort og lang sikt.

## 2.2. Mandat og mandatforståelse

Målet er å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid som skal bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i alle 19 helse- og sosialfagutdanninger for å møte *framtidens kompetansebehov*. Mandatet beskriver tre oppgaver:

1. Vurdere behovet for og foreslå endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning med utgangspunkt i samfunnets behov. Arbeidet skal skje i et samarbeid mellom utdanningen og praksisfeltet, og se på hvilken rolle praksisstudier på ulike læringsarenaer skal ha i arbeidet med å sikre studentene et relevant læringsutbytte etter endt utdanning.
2. Foreslå kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene.
3. Utrede behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer.

Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) i helse- og sosialfagutdanningene er et utdanningspolitisk mål for å imøtekomme arbeidslivets behov for bedre tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenestene. TPS skal på bakgrunn av dette være en del av oppdraget og knyttes til punkt 1 og 2 ovenfor.

Til grunn for arbeidet ligger yrkeskvalifikasjonsdirektivet for de harmoniserte utdanninger, det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket og politiske føringer i Samspillsmeldingen. Oppdragsgiver forventer konkrete forslag til endringer i omfang og type praksisstudier.

Mandatet er innrettet mot å sikre den *kvalitative relevansen* i eksterne praksisstudier, altså hvordan innhold og arbeidsprosesser bør utformes for å være optimalt nyttige for det arbeidslivet det siktes mot (NOKUT, 2015). Kontakt og samarbeid mellom utdanning og arbeidsliv er viktig for å oppnå dette, og prosjektets arbeidsform gjenspeiler dette.

I prosjektet inngår alle 19 helse- og sosialfaglige grunnutdanninger med tilhørende videre- og mastergradsutdanninger. Prosjektet bygger på erfaringer som de enkelte utdanningsinstitusjoner har gjort i arbeidet med å utvikle gode samarbeidsstrukturer med både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektet har forankring både hos

institusjonsledelsen og den faglige ledelsen, og har søkt en bredest mulig involvering av fagpersoner på tvers av institusjoner. Prosjektet er gjennomført i et nært samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren, helse- og velferdstjenestene og ansvarlige myndigheter.

I oppdraget inngår ikke å vurdere endret lovfesting og finansiering av eksterne praksisstudier, da dette har vært utredet parallelt av en tverrdepartemental arbeidsgruppe. Prosjektgruppen har likevel belyst behovet for endringer i rammebetingelsene, slik at de bedre understøtter formålet med de eksterne praksisstudiene.

### 2.3. Prosjektorganisering og arbeidsform

*Oppdraget* ble gitt av Kunnskapsdepartementet (KD) til Universitet og høgskolerådet (UHR), som står som prosjekteier.

*Styringsgruppeleder* har vært avdelingsdirektør Bente Skulstad fra Helsedirektoratet.

*Sekretær for styringsgruppen* er Trine Grønn i UHRs sekretariat.

*Styringsgruppen* har vært representert av deltakere/ledere fra de nasjonale profesjonsrådene, de involverte departementene, partene i arbeidslivet og studentene.<sup>5</sup>

*Prosjektleder* er helsefaglig sjef Grete Ottersen Samstad fra St. Olavs Hospital (50 % engasjement), som i tillegg har knyttet til seg prosjektmedarbeider (20 % engasjement).

*Prosjektgruppen* har vært likt representert med studentrepresentant og 6 representanter fra hhv UH og praksisfelt. Alle har hatt oppnevnte varaer. En vara har blitt fast medlem.<sup>6</sup>

*Arbeidsgrupper:* For å bidra til løsning av oppgave 1, ble det oppnevnt i alt 14 utdanningsspesifikke arbeidsgrupper, også disse likeverdig sammensatt.

Medregnet vararepresentanter, har nær 200 personer fra hele landet bidratt i Praksisprosjektet.

Åpenhet omkring framdrift og løsning har vært en strategi for få innspill underveis i prosessen, og lette implementeringen dersom endringsforslagene blir vedtatt. Det er opprettet et nettsted for prosjektet: [http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet\\_i\\_praksisstudier](http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet_i_praksisstudier)

---

<sup>5</sup> Se vedlegg I

<sup>6</sup> Se vedlegg II



### 3. Praksisstudier

Praksisprosjektet har erfart at man bruker begrepene ulikt når man omtaler praksisstudier. I det følgende gis derfor definisjoner på sentrale begreper som anvendes. Videre beskrives formålet med praksisstudier, og sammenhengen mellom læringsutbytter, læringsformer og vurdering. Hensikten er å skape en omforent forståelse og utgangspunkt for diskusjon.

#### 3.1. Sentrale begreper for å forstå praksisstudier

*Profesjonsutdanninger:* Disse utdanningene er basert på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag og kvalifiserer til bestemte yrker, hvor praksiskunnskap og praktiske ferdigheter står sentralt. Profesjonsutdanninger skiller seg fra disiplinfag ved at de utdanner til et spesifikt yrke, og studentene skal også lære å løse bestemte praktiske oppgaver. Et kjennetegn ved profesjonsutdanningene er at de *både* skal være FoU-baserte *og* praktiske, og at FoU i stor grad har en anvendt karakter (*Utdanning + FoU = Sant*. UHR, 2010).

*Praksisperiode:* En praksisperiode er gjerne beskrevet som et emne, med egne læringsutbyttebeskrivelser, arbeidsmåte (læringsaktiviteter som gjør det mulig for studentene å oppnå læringsutbyttet), samt vurderingsordning som er egnet til å vurdere om læringsutbyttene er oppnådd.

*Ekstern veiledet praksis:* Ekstern veiledet praksis kjennetegnes av at studentene for en tidsbestemt periode befinner seg i en situasjon hvor de skal arbeide omtrent som en yrkesutøver. Kravene til oppgaver, omfang og utførelse vil være ulikt avhengig av hvor i studieløpet studenten befinner seg. Praksisstudiene gjennomføres utenfor utdanningsinstitusjonens egen ramme med en fagperson på praksisstedet som veileder.<sup>7</sup> En mulig definisjon på praksisstudier forstått slik, er «planmessig opplæring som foregår i autentiske yrkesituasjoner under veiledning av person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis» (Brandt, 2005:11).

*Intern veiledet praksis:* Flere utdanninger benytter i tillegg interne veiledete praksisstudier som læringsform, og disse gjennomføres i regi av egen utdanningsinstitusjon. For utdanninger som har intern praksis, sees dette som en viktig forberedelse og en premiss for ekstern praksis ved utdanningsstedene.<sup>8</sup>

*Praksisveileder og kontaktlærer:* *Praksisveileder* er den fagpersonen fra praksisstedet som har ansvar for å følge opp studenten som er i praksis. *Kontaktlærer* er den fagpersonen ved utdanningsinstitusjonen som utgjør et bindeledd mellom praksisstedet og utdanningen, og som bidrar i pedagogiske og faglige spørsmål. Utdanningsinstitusjonen har i hht *Lov om universitet og høyskoler* ansvaret for vurdering av studenten.

---

<sup>7</sup> Se Kunnskapsdepartementets rundskriv F-03-14 der det vises til brev fra UHR 22.6.08.

<sup>8</sup> Se også rapporten «Praktisk øving i tannhelseutdanningene i Norge. En sammenligning av studiemodeller» (NIFU, 2015).

*Veiledning og veiledningskompetanse:* Veiledning beskriver en rekke pedagogisk tilrettelagte aktiviteter. Praksisprosjektet lener seg på Løw (2009), som beskriver veiledning som en fellesbetegnelse som inkluderer rådgivning, supervisjon, konsultasjon, mentorfunksjon og coaching. Betegnelsen veiledning bør forbeholdes den komplementære relasjonen mellom den mer erfarne og kompetente, og den mindre erfarne eller mindre kompetente i en undervisnings-, utdannings- eller yrkessammenheng. Handlingskompetanse som veileder innebærer å planlegge, begrunne, gjennomføre, vurdere og reflektere over veiledning og coaching i en-til-en- situasjoner, i grupper, på ulike arenaer og i endrings- og utviklingsarbeid.

*Læringsutbytte:* I tråd med nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) er læringsutbyttet det en person *vet, kan* og er i stand til å *gjøre* som resultat av læringsprosessen. Det uttrykkes i form av kunnskaper, ferdighet og generell kompetanse, og nivået på læringsutbyttet er avhengig av kompleksiteten hos disse.

### 3.2. Formålet med praksisstudier og sammenhengen mellom læringsutbytte, læringsaktiviteter og vurderingsformer

Det er flere måter å beskrive formålet med praksisstudier på. Caspersen og Kårstein (2013) skiller mellom kunnskapsformålet, sosialiseringformålet og rekrutteringsformålet i praksis.

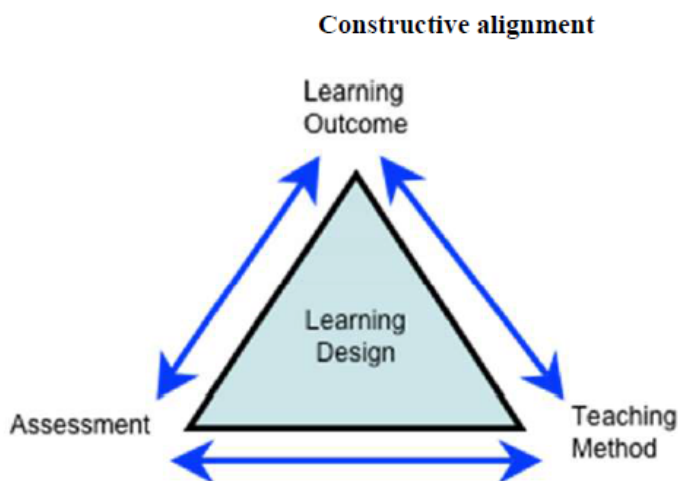
*Kunnskapsformålet* handler om hvordan den praktiske treningen skal gi studentene anledning til å knytte kunnskapen de har jobbet med på skolen til det situasjonsbestemte i arbeidsfeltet.

Praksisopplæringen har også et *sosialiseringformål*, der studentene skal bli kjent med hvordan yrkesfeltet er organisert, og hvordan arbeidet gjennomføres rent praktisk. 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 til en profesjonsutøver. *Rekrutteringsformålet* med praksis handler om at praksisfeltet skal finne arbeidskraft på kort og lang sikt, og at studentene skal komme i kontakt med fremtidige arbeidsgivere (Caspersen og Kårstein, 2013).

Benner et al. (2010) fremhever at hensikten med praksisstudier er å lære ved å gjøre, observere og delta i et arbeidsfellesskap. I praksisstudiene erfarer studentene 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.

I dagens rammeverk for høyere utdanning utgjør læringsutbyttebeskrivelser en sentral komponent som skal ligge til grunn for valg av undervisnings- og vurderingsformer i hver enkelt utdanning. Sammenhengen mellom læringsutbytte, vurderingsformer og undervisning kan forstås ved hjelp

av «Constructive alignment» (Biggs og Tang, 2011). Det er et læringsprinsipp som er godt forankret i relevant læringsteori for høyere utdanning, og forfekter at læringen får høy kvalitet når læringsutbytte, vurderingsformer og undervisning samsvarer godt med hverandre. Hvis man for eksempel ønsker at studenter skal lære å samhandle med andre yrkesgrupper, bør studentene også *vurderes* på hvor godt de faktisk samhandler med andre, og undervisningen bør gi studentene god anledning til å *trene* på slik samhandling.



John Biggs (1999) What the Student Does: teaching for enhanced learning, Higher Education Research & Development, 18:1, 57-75, DOI: [10.1080/0729436990180105](https://doi.org/10.1080/0729436990180105)

I lys av dette utgjør eksterne praksisstudier viktig undervisning som legger til rette for at studentene kan oppnå ønsket læringsutbytte. Utover tilrettelegging for målrettet læring, gir også eksterne praksisstudier *opportunistisk* og *implisitt* læring (Morris og Blaney 2010). Det innebærer at studentene i praksisstudiene eksponeres for situasjoner som er velegnet til læring, men som ikke kan planlegges (f.eks. hjertestans) eller som er vanskelig å måle (f.eks. utvikling av profesjonalitet, holdninger, taus kunnskap). Ønskede læringsutbytter for hver enkelt utdanning er først og fremst UH-sektorens ansvar å definere og vedlikeholde, men helse- og velferdstjenesten bør påvirke dette både i form av å stille krav om kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse for de nyutdannede, og i form av inkludering og involvering av studenter i egen profesjonsutøvelse i løpet av studietiden.

## 4. Aktører, lover og forskrifter

Kvalitet i praksisstudiene utfordres ved at praksisstudier skjer på mange ulike arenaer hvor forpliktelsen til å motta studenter er regulert av ulike lovverk, med ulik ordlyd. I dette kapitlet beskrives først aktørene i praksisstudier og deres ansvar for høyere utdanning generelt og ansvar for praksisstudier spesielt. Videre gjengis ulike rammeverk som bestemmer hvordan studier skal beskrives og hvordan partene skal samarbeide. Her fremgår hvilke krav som stilles til praksisstedet når det gjelder kompetanse. Hensikten med kapitlet er å vise hvilket handlingsrom vi har til å foreslå endringer i praksisstudier samt å vurdere om åpenbare kvalitetsforbedrende tiltak allerede er dekket av rammeverket.

### 4.1. Aktører og aktuelle lover og forskrifter som regulerer ansvaret for utdanning generelt og praksisstudier spesielt

Hovedaktørene innen praksisstudier er universitet og høyskoler, de fire regionale helseforetakene og deres underliggende helseforetak, kommuner, privat virksomhet med avtaler med kommuner og helseforetak, fylkeskommuner, apotekene, barnevernsinstitusjoner, NAV osv. (UHR, 2010, tabell 3 s. 17).<sup>9</sup>

Utdanningsinstitusjonenes overordnede ansvar for akkrediterte studier reguleres av Universitets- og høyskoleloven, og gjelder både teori- og praksisstudier. Akkreditering av studieprogram er basert på en faglig vurdering av studietilbudet ihht. Studietilsynsforskriften og etter NOKUTs utdypning av forskriften i NOKUT sin 'Veiledning til studietilsynsforskriften' (NOKUT 2013). I tillegg må krav i rammeplan og yrkesdirektiv være oppfylt før akkreditering kan gis (NOKUT, 2013; Studietilsynsforskriften, 2013).

Helse- og sosialfagutdanningene benytter et vidt spekter av yrkesfelt og praksisarenaer til praksisstudier for studenter. I noen tilfeller er tjenestenes plikt til å ta imot og veilede studenter i praksis tydelig forankret i lovverk: For spesialisthelsetjenesten benyttes uttrykket *sørge for*, når det gjelder ansvaret for å dekke behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige studenter innen helseregionen. (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-5. Om deltakelse i undervisning og opplæring) For apotek benyttes uttrykket at studenter *har rett til* praktisk opplæring osv. (Apotekloven § 4-6. Praktisk opplæring i praksisapotek) For praksisarenaer innen spesialisthelsetjenesten og apotekvesenet innebærer dette en lovhjemlet plikt til å ta imot og veilede studenter (UHR, 2010).

Loven er ikke formulert i samme klartekst for praksis i kommunehelsetjenesten: Her benyttes uttrykket *plikter å medvirke til* undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: § 8-1. Undervisning og praktisk opplæring) Tilsvarende

---

<sup>9</sup> De involverte departementene er styrt av ulike lovverk. For oversikt over involverte departementer med underliggende aktører og sentrale praksisarenaer, se vedlegg III.

uttrykk å *medvirke til* benyttes også for tannhelsetjenesten. (Tannhelsetjenesteloven: § 6-1. Undervisning og praktisk opplæring). At loven ikke er formulert i samme klartekst fører til ulik tolkning av partene.

Praksisarenaer som ikke har bestemmelser om gjennomføring av praksisstudier er blant annet barnevernstjeneste, kriminalomsorg, ortopediske verksted, optiske forretninger, private laboratorier, sosialtjeneste, m.m. Det er uheldig for kvalitet i praksisstudier at for eksempel sosialtjenesteloven, barnevernsloven og straffegjennomføringsloven ikke har klare bestemmelser og en tydelig ansvars- og arbeidsdeling for sektorenes medansvar for utdanning gjennom tilrettelegging for praksisstudier (UHR, 2010, s. 18-19).

#### 4.2. Rammeverk som styrer innhold og omfang av praksisstudiene

Kvalifikasjonsrammeverk, rammeplaner og fag/studie/programplaner er styrende for praksisstudiene. De utgår fra KD og er hjemlet i Lov om Universitet og høyskoler (UH-loven).

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR) fastslår at alle studier skal beskrives gjennom *læringsutbyttebeskrivelser*, dvs hvilken kompetanse kandidaten skal ha etter endt studium. Programplanen gir én total læringsutbyttebeskrivelse på programnivå. Studiets innhold (emnene) og oppbygning skal samsvare med og være tilpasset læringsutbyttebeskrivelsen på programnivå slik at læringsutbyttet oppnås. Hvert emne skal også ha sine læringsutbyttebeskrivelser og disse skal fremgå av programplanen.

Nasjonale rammeplaner for høyere utdanning er hjemlet i Universitet og høyskoleloven og har bestemmelser om felles og utdanningsspesifikt innhold. De inneholder mål for hva utdanningene skal kvalifisere til, viser utdanningenes omfang og innhold og gir retningslinjer for vurderingsordninger og arbeids- og studieformer, krav til praksis. Av de utdanningene som Praksisprosjektet omfatter, har 8 av 19 grunnutdanningene og 10 videreutdanningene rammeplaner.

Prosjektet *Nytt system for kompetansekrav* (ett av flere prosjekter i oppfølgingen av Samspillmeldingen) foreslår blant annet å erstatte de utdanningsspesifikke rammeplanene med en felles rammeplan/forskrift for alle utdanningene. For de fleste rammeplanstyrte utdanningene innebærer dette et større handlingsrom. For sykepleierutdanningen, som i tillegg er styrt av Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, vil ikke handlingsrommet bli vesentlig endret. Her fastslår direktivet at minst halvparten av studietiden skal foregå i praksis (2.300 timer), og at det skal innebære pasientkontakt. I vedlegg nevnes 7 områder som den kliniske undervisningen skal omfatte.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Praksis defineres slik (artikkel 31.5): «Klinisk utdanning er den delen der sykepleierstudenter, som en del av et lag og i direkte kontakt med friske eller syke enkeltpersoner og/eller grupper, lærer å organisere, gi og evaluere den nødvendige samlede sykepleie, på grunnlag av den kunnskap og de ferdigheter de har tilegnet seg».

I tillegg til sykepleierutdanningen, er også lege-, jordmor-, provisorfarmasøyt- og tannlegeutdanningene styrt av Yrkeskvalifikasjonsdirektivet, men ikke tilsvarende detaljert.

#### 4.3. Formelle krav til fagmiljø, veiledning og praksisveileders kompetanse

KDs rammeverk beskriver forpliktelsene til både utdanningsinstitusjon og praksisinstitusjon. De viktigste reguleringene av praksisstudier er Studietilsynsforskriften (2013) og Forskrift om kvalitet i høyere utdanning (2010).

Studietilsynsforskriften (2013) med NOKUT sin veileder til denne, sier blant annet at:

- Fagmiljøets sammensetning, størrelse og samlede kompetanse skal være tilpasset studiet slik det er beskrevet i plan for studiet og samtidig tilstrekkelig for å ivareta den forskning og de faglige og kunstneriske utviklingsarbeidet som utføres. Med fagmiljø menes de personene som gir regelmessig og direkte bidrag til utvikling, organisering og gjennomføring av studiet.
- Størrelsen på fagmiljøet må være tilpasset antall studenter og den undervisning og veiledning som inngår i studiet.
- Fagmiljøet skal samlet ha den kompetansen som studiet krever og inneha tilstrekkelig undervisnings- og veiledningskompetanse.
- Minst 50 prosent av årsverkene knyttet til studiet skal utgjøres av tilsatte i hovedstilling ved utdanningsinstitusjonen. Av disse skal det være personer med minst førstestillingskompetanse i de sentrale delene av studiet. For første syklus (bachelor) gjelder også at minst 20 prosent av det samlede fagmiljøet må være ansatte med førstestillingskompetanse. Med førstestillingskompetanse menes stillingskategoriene førstelektor, førsteamanuensis, post.doc., dosent og professor. Fagmiljøet skal drive aktiv forskning, faglig og/eller kunstnerisk utviklingsarbeid.
- For studier med praksis skal fagmiljøet ved utdanningsinstitusjonen og eksterne praksisveiledere ha hensiktsmessig erfaring fra praksisstedet.

#### 4.4. Samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og praksisinstitusjoner for kvalitet og relevans

Både Folkehelsemeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan understreker viktigheten av samspill mellom utdanning og yrkesliv for å sikre kompetanse i tråd tjenestenes behov. Samspillmeldingen framhever dette som avgjørende for den samlede studiekvaliteten.

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (2011) stiller krav om at læringsutbyttebeskrivelsene formuleres på en måte som er lett å forstå både i utdanningssektoren og arbeidslivet. Dette følges opp i Studietilsynsforskriften (2013), som fastslår at studiet skal ha en tydelig faglig relevans for arbeidsliv og/eller videre studier. UH-institusjonene gjør faglige og pedagogiske vurderinger av hvilke kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse som bygger opp til kompetansen som er

beskrevet i læringsutbyttebeskrivelsene, men vurderingen skal også foregå i samarbeid med de helse- og velferdstjenestene som etterspør sluttkompetansen.

Studietilsynsforskriften (2013) sier følgende om samarbeidsavtaler:

- "For studier med praksis skal det foreligge tilfredsstillende avtaler som regulerer vesentlige forhold av betydning for studentene." (Fra paragraf 7-1. *Grunnleggende forutsetninger for akkreditering*).
- "En tilfredsstillende praksisavtale må inneholde bestemmelser om eksterne praksisveileders kompetanse og kapasitet, regulere tiltak for oppfølging av studentene og vise institusjonens ansvar og retningslinjer for kvalitetssikring." (Fra Merknader til paragrafene, her paragraf 7.1).

Det er den vitnemålsutstedende utdanningsinstitusjon som er ansvarlig for kvalitetssikring av praksisstudiene. Utdanningsinstitusjonen er også ansvarlig i de tilfellene der studenten ikke får veiledning eller følges opp eksternt (NOKUT, 2013).

Muligheten til å påvirke læringsutbyttebeskrivelser, kravet om praksisveileders kompetanse og kapasitet samt synliggjøring av ansvar gjennom avtaler, kommuniseres ikke tilsvarende fra eierdepartementene til de ansvarlige praksisinstitusjonene.

Unntaket her er HOD. Her reguleres samarbeidet mellom de regionale helseforetakene (RHF) og universitet og høyskoler om forskning, utdanning og innovasjon gjennom *Instruks fra HOD til styrene for de fire RHFene* (revidert i 2013). Denne ivaretar universitetenes og høyskolenes behov for undervisning, opplæring og veiledning av studenter, og at utdanning og forskning er i tråd med behovene til spesialisthelsetjenesten. Instruksen beskriver hvordan rammeavtaler skal inngås, hvordan avtalene skal følges opp av regionale samarbeidsorgan og føringer for en likeverdig sammensetning av disse. Av aktuelle temaer for rammeavtalene nevnes tilrettelegging for forskning og innovasjon, tilrettelegging for undervisning (herunder praksisplasser, veiledning og ivaretagelse av studenter), kombinerte stillinger, og IKT-tilganger og IKT-støtte.

Det gis også føringer fra HOD til RHFene gjennom de årlige oppdragsdokumentene: RHFet skal inngå rammeavtaler med universiteter og høyskoler, og arbeide for at helseforetak det eier inngår særskilte avtaler med aktuelle universitet og høyskoler om helseforetakenes forsknings- og utdanningsoppgaver. Helseforetakene skal ivareta utdanningsoppgaver med god systematikk, kvalitet og i tråd med behov. Som måltall angis antall studenter fra de utdanningene som har praksis i helseforetakene.

HOD har per i dag ikke føringer for rapportering på utdanningsoppgaven i helseforetakene, verken på kompetanse, kapasitet eller kvalitetssikring. Tilsvarende føringer gis heller ikke fra øvrige departementer til de underliggende praksisinstitusjonene.



#### 4.5. Kort om finansiering av praksisstudier

Utdanningene er finansiert av KD ut fra ulike finansieringskategorier, som ikke synes å ha noen sammenheng med omfang, type eller krav til de respektive utdanningers praksisstudier.

Prosjektgruppen erfarer at det finnes få incitament i praksisinstitusjonene for å ta i mot studenter, det være seg i form av honorar/frikjøp, ressurser (tid, rom og utstyr), status eller karriereveier. I spesialisthelsetjenesten, hvor utdanningsoppgaven er lovpålagt, ligger det midler i den årlige budsjetttrammen og som skal kompensere for sykehusenes merkostnader ved å motta studenter i den kliniske virksomheten. Det er ikke mulig å identifisere disse midlene. Hvorvidt en avdeling tar i mot få eller mange studenter i løpet av budsjettåret, utgjør ingen forskjell på avdelingens budsjett. Derved blir det heller ikke synliggjort i regnskapet.

Fortsatt har man ikke beregnet hva det faktisk koster å ha studenter i praksis. Dette til tross for at HOD i sitt oppdragsdokument til de regionale helseforetakene flere år på rad bad om at det skulle etableres et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.

#### 4.6. Oppsummering

Utdanning, samt krav til kvalitet og samarbeid rundt praksisstudier er regulert av en rekke lover, forskrifter og rammeverk, som har sitt utspring fra KD. Utdanninger er for øvrig ulikt styrt og ulikt finansiert, og har dermed ulike handlingsrom for å gjøre endringer i praksisstudier.

Utdanningsoppgavene i praksisinstitusjonene styres ulikt av lover og forskrifter. I tillegg formidles styringskravene fra de respektive eierdepartementene ulikt. Der styringskravene er relativt tydelige, innen spesialisthelsetjenesten, er det likevel ingen *krav* om å rapportere tilbake til HOD.

Praksisinstitusjonene har ikke beregnet kostnader knyttet til utdanningsoppgavene.

## 5. Forslag til endringer i omfang og type praksis

Dette er første gang man vurderer behovet for endringer i både *omfang* og *type* praksis for alle utdanningene samlet. I kapittel 1 ble det henvist til utviklingstrekk og sentrale føringer som peker på behovet for å øke kvalitet og relevans i helse- og sosialfagutdanningene. Gjennom å beskrive forventede samfunnsendringer, ble særlig behovet for samarbeid mellom UH og tjenester, mer praksis i kommunene, kunnskapsbaserte praksisstudier, og TPS i praksisstudier belyst.

Behovet for endringer beskrives også i litteraturen. Det er dokumentert store variasjoner i volum veiledet praksis mellom utdanningene. Forskning viser viktigheten av å ha klare begrunnelser både for når i studiet praksisstudiene skal være, hvor de skal gjennomføres og lengden på praksisperiodene. (UHR, 2010) Praksisstudienes rolle i studentenes oppnåelse av fastsatte læringsmål for utdanningen må altså vurderes, sammen med integrasjonen av teori og praksis, som del av den helhetlige vurderingen av relevansen og kvaliteten i utdanningen (Kårstein og Caspersen, 2014).

Det store omfanget av praksisstudier i spesialisthelsetjenesten, sammenlignet med øvrige helse- og velferdstjenester, er også en problemstilling. Høyt press på praksisarenaene går utover innhold og kvalitet (UHR, 2010, Kårstein og Caspersen, 2014). Samhandlingsreformen gir faglige argumenter for å benytte primærhelsetjenesten som læringsarena i større grad. Også innen NAV, barnevern og privat sektor meldes om behov for å legge til rette for flere studenter (UHR, 2010).

I dette kapitlet presenteres først mandatet som prosjektgruppen ga til oppnevnte arbeidsgrupper, og gruppenes arbeidsform. Mandatet er en utdyping av oppgave 1 i Praksisprosjektet. Deretter oppsummeres og presenteres arbeidsgruppens besvarelser hver for seg og i sum, organisert etter mandatets punkter. Resultatene diskuteres, hvorpå kapitlet munner ut i prosjektgruppens anbefalinger.

### 5.1. Mandat og metode

Prosjektets første oppgave har vært å vurdere behovet for og foreslå endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning med utgangspunkt i samfunnets behov. Hvilken rolle skal praksisstudier på ulike praksisarenaer ha i arbeidet med å sikre studentene et relevant læringsutbytte etter endt utdanning? Det var føringer for at arbeidet skulle utføres i et samarbeid mellom utdanningen og praksisfeltet.

Prosjektet vurderte det derfor hensiktsmessig å oppnevne 14 arbeidsgrupper for de 19 helse- og sosialfagutdanningene (januar 2015). Disse har vært sammensatt med likeverdig deltakelse fra UH og tjenester, samt studentrepresentasjon.

Det ble innledningsvis holdt 2 likelydende oppstartskonferanser for deltakerne.<sup>11</sup> Det ble også utarbeidet et bakgrunnsdokument til hjelp i arbeidet, hvor aktuelle problemstillinger ble belyst, inklusiv prosjektgruppas forslag til kvalitetsområder med underliggende indikatorer.

Alle arbeidsgruppene har nedlagt et stort arbeid, og kommet med mange gode forslag for praksisstudiene som bør deles. Rapportene er derfor gjort tilgjengelige på nett.<sup>12</sup>

Når det gjelder behandling av arbeidsgruppens utdanningsspesifikke forslag og anbefalinger, trekker prosjektgruppen i denne sluttrapporten først og fremst fram fellesnevnerne for alle utdanninger: Omfang praksis, type praksis og tiltak som kan bedre kvalitet og relevans i praksis, samt hvilke forutsetninger som bør være til stede for god kvalitet i praksisstudier. Videre, så er noen forslag fra enkeltutdanninger trukket fram spesielt.

#### *Arbeidsgruppens mandat i prosjektet for kvalitet i praksisstudier*

Med tanke på å beskrive praksisstudienes rolle i å sikre studentene et relevant læringsutbytte ble arbeidsgruppene bedt om å vurdere behovet for å foreslå endringer i omfang og type praksisstudier for sine utdanninger. De ble bedt om å ta utgangspunkt i bakgrunnsdokumenter, prosjektplan og annen relevant litteratur for å:

- vurdere behovet for, og foreslå endringer i omfang og type praksisstudier,
- gi en faglig og pedagogisk begrunnelse både for type praksisstudier, mengde og innplassering i studieforløpet,
- beskrive og begrunne de forutsetninger som må være til stede for at forslagene skal kunne realiseres,
- foreslå virkemidler/tiltak.

Den samme problemstillingen skulle besvares for de mest sentrale master- og videreutdanninger.

Arbeidsgruppene ble videre bedt om å utdype følgende punkter:

- Vil det gi bedre kvalitet og relevans i grunnutdanningen dersom en større andel av veiledet praksis legges til primærhelsetjenesten, andre kommunale helse- og velferdstjenester og private helsetjenester?
- Når og på hvilke læringsarenaer er det mest aktuelt å samordne praksisstudier med andre utdanninger slik at studenter kan lære av, om og sammen med hverandre i reelle pasient/klientsituasjoner? (TPS)
- Kan samme læringsutbytte nås ved å erstatte noe av ekstern veiledet praksis med andre pedagogiske virkemidler? (For eksempel simulering, øvingsposter, teknologi.)
- Gi en vurdering av hvordan arbeidsgruppens forslag kan understøttes av prosjektgruppens forslag til indikatorer for kvalitet og relevans i praksisstudiene. Kom gjerne med innspill til indikatorforslaget.

---

<sup>11</sup> Se vedlegg IV for program.

<sup>12</sup> [http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet\\_i\\_praksisstudier/dokumenter](http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet_i_praksisstudier/dokumenter)

## 5.2. Resultater

### 5.2.1. Kort oppsummering av forslag til endringer fra arbeidsgruppene

#### Audiograf

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Audiograf (3-årig bachelor)</b>  |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon  |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Kunnskap om pasientenes hørsel og livssituasjon. Kunnskap om hørsel og lydmiljø i et folkehelseperspektiv. Kompetanse til å gjøre funksjonsvurderinger og gi råd for mestring av hverdagen med optimal bruk av hjelpemidler |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 16 uker (22 studiepoeng)  |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Syv uker i 2. semester og ni uker i 4. semester.  |
| <i>Typer praksis</i>              | Offentlige hørselssentraler og ØNH avtalespesialister/audiografer   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring av dagens omfang, forutsatt opprettholdelse av kandidattall (29)   |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Eventuelle endring av innplassering følger av endring av type praksis.  |
| <i>Endringer av type</i>          | Både spesialist- og kommunehelsetjenesten samt både privat og offentlig sektor. Tverrprofesjonell samarbeidslæring bør inngå.   |

#### Optiker

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Optiker (3-årig bachelor)</b>  |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon  |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Førstelinjetjeneste innen synsfunksjon og øyehelse. Kompetanse til å gjøre funksjonsvurderinger og gi råd for mestring av hverdagen med optimal bruk av synssansen i kombinasjon med synshjelpemidler.                          |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 10,5 uker i ekstern virksomhet. I tillegg totalt 4 uker i praksis på intern klinikk.  |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Praksis i ekstern virksomhet: 1 uke i 1. semester, 1 uke 4. semester, 8 uker 6. semester. 2,5 observasjonsdager i 5. semester.<br>Praksis i intern virksomhet: 5 dager 4. semester, 11 dager 5. semester, 11 dager 6. semester. |
| <i>Typer praksis</i>              | Privat og offentlig virksomhet. Intern og ekstern praksis.  |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring av dagens omfang, eller moderat økning.  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Praksis ønskes innført også i 3. og 5. semester   |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <i>Endringer av type</i> | Ønskelig med praksis både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. |
|--------------------------|--|

#### Barnevernspedagog

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Barnevernspedagog (3-årig bachelor)</b>  |
| <i>Styring</i>                    | Rammeplan   |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Kompetanse for å hjelpe utsatte barn, unge og familier. Kunnskaper om barns behov og oppvekst samt hva som hemmer og fremmer barns utvikling  |
| <i>Omfang av praksis</i>          | Minimum 30 studiepoeng (17-24 uker)   |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | 1-2 praksisperioder   |
| <i>Typer praksis</i>              | Kommunale barneverntjenester, døgninstitusjoner i barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien og sosialpedagogiske tiltak direkte rettet mot utsatte barn og unge   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Ingen reduksjon av omfang, men praksisen må være sammenhengende i minimum 12-16 uker.   |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Hoved praksisen legges til siste halvdel av studieløpet, med mulighet for kortere praksisperioder tidligere   |
| <i>Endringer av type</i>          | Minimum 30 studiepoeng sammenhengende praksis innen arbeid med utsatte barn og unge, som kommunalt og statelig barnevern, spesielt barnevern og institusjon for utsatte barn og unge, enslige mindreårige flyktninger/asylsøkere, og barne- og ungdomspsykiatri |

#### Sosionom

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                | <b>Sosionom (3-årig bachelor)</b>  |
| <i>Styring</i>                  | Rammeplan  |
| <i>Kjernekompetanse</i>         | Kompetanse til å forebygge og hjelpe utsatte personer i alle aldre i vanskelige og komplekse livssituasjoner gjennom bl.a. relasjonsarbeid. Kunnskap om hva som utvikler, forebygger og reduserer sosiale problem på ulike nivå i samfunnet. Arbeider med forebygging og tiltak på individ-, gruppe-, institusjons- eller samfunnsnivå. Koordinerer tiltak og hjelp mellom ulike instanser og organisasjoner i velferdsstaten. |
| <i>Omfang av praksis</i>        | 30SP (ferdighetstrening og feltarbeid ikke inkludert), minst 17 uker totalt  |
| <i>Innplassering av praksis</i> | Per i dag varierer dette mellom studiene: Flertallet har to praksisperioder; en kort praksis i første studieår + en lengre praksisperiode i 4. eller 5. semester eller kun en lengre praksisperiode i 4. eller 5. semester. Noen studier har prosjektpraksis som en kortere første praksisperiode.   |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Typer praksis</i>              | Ekstern veiledet klientrettet praksis innenfor tjenester som NAV og barnevern, skole, rusomsorg, eldreomsorg, statlige helseforetak, barnevernsinstitusjoner, arbeid med personer med psykisk utviklingshemning, flyktninger, internasjonal praksis, forskningspraksis  |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Minimum 17 uker totalt  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | En kortere praksisperiode (min 4 uker) i begynnelsen av studieløpet.<br>En lengre praksisperiode (min 13 uker) i slutten av studieløpet.  |
| <i>Endringer av type</i>          | Det er uenighet innad i arbeidsgruppen om hvor mye av praksisperioden som skal gjennomføres i kommunenes førstelinjetjenester, hvor arbeidsgruppens tre representanter fra praksisfeltet ønsker en sterkere føring på at praksisperiodene skal skje innenfor NAV, barneverntjeneste eller andre tjenester i kommunenes 1.linjetjeneste. Resten av gruppen mener at minst en av praksisperiodene bør være lokalisert til 1.linjetjenestene i kommunene. Helseforetakene er også en viktig arena for praksis. |

#### Vernepleier

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Vernepleier (3-årig bachelor)</b>  |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon og rammeplan   |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Tilrettelegging for brukere med funksjonsnedsettelse for å fremme læring, utvikling, deltakelse og livskvalitet                                 |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 60 studiepoeng (inkludert ferdighetstrening og direkte brukerrettet praksis)  |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | To til tre perioder fordelt over studieløpet  |
| <i>Typer praksis</i>              | Kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring evt. moderat økning av dagens omfang   |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Tre perioder fordelt over studieløpet på til sammen 32 uker   |
| <i>Endringer av type</i>          | Kommunale tjenester: Minst én periode mot brukere med utviklingshemning og minst én periode mot brukere med komplekse helsemessige utfordringer |

#### Bioingeniør

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>         | <b>Bioingeniør (3-årig bachelor)</b>  |
| <i>Styring</i>           | Autorisasjon og rammeplan   |
| <i>Kjernekompetanse</i>  | Arbeid i alle typer medisinske laboratorier som ledd i forebygging, screening, diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom. Arbeid i andre typer laboratorier og industriell virksomhet utenfor helsevesenet. |
| <i>Omfang av praksis</i> | 20-30 studiepoeng   |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Varies ved de ulike lærestedene   |
| <i>Typer praksis</i>              | Medisinske laboratorier   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Potensiell reduksjon, krav om 15 studiepoeng  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Alle tre studieår, fra observasjonspraksis første studieår til nivå som beskrives med gradering av ferdighet og kunnskap i tredje studieår                |
| <i>Endringer av type</i>          | I henhold til forslag til nye læringsutbyttebeskrivelser. Primærhelsetjenesten anbefales som praksisarena, som for eksempel hos distriktmedisinske senter |

#### Ergoterapi

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Ergoterapeut (3-årig bachelor)</b>   |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon og rammeplan   |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | ET arbeider med mennesker i alle aldre som har, eller står i fare for å få, funksjonsbegrensninger både på individ-, gruppe og samfunnsnivå. Kartlegger hvilke aktiviteter som er viktige for den enkelte, analyserer funksjon, ferdighet, aktivitet og miljø/omgivelser. På bakgrunn av analyser legges det til rette for aktivitet og deltakelse gjennom motivering, trening, tilpasning/gradering og kompensering. |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 43-60 studiepoeng   |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Innplassering organiseres i dag noe ulikt ved de ulike lærestedene  |
| <i>Typer praksis</i>              | Alle arenaer innenfor ulike fagområder der ET jobber/ kan jobbe. Både institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester og innenfor de ulike spesialistområdene: allmennhelse, arbeidshelse, barns helse, eldres helse, folkehelse, psykisk helse og somatisk helse. Offentlige og private sammenhenger.   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | 60 studiepoeng fordelt over tre år  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Etter foreslått mal, med praksisperioder av lengre varighet (10 uker eller mer), hovedsakelig i andre og tredje studieår  |
| <i>Endringer av type</i>          | Først og fremst en harmonisering mellom lærestedene   |

#### Farmasøyt (reseptar)

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>        | <b>Reseptarfarmasøyt (3-årig bachelor)</b>   |
| <i>Styring</i>          | Autorisasjon   |
| <i>Kjernekompetanse</i> | Ekspedisjonsrett i apotek. Tjenester og oppfølging av enkeltpersoner og grupper innen forebygging av sykdom, kartlegging av helserisiko, oppstart, endring og oppfølging av behandling. Ekspedere resepter, gi legemiddelinformasjon og tilrettelegge for brukermedvirkning. Kunne kommunisere på en forsvarlig måte med alle brukere av farmasøytiske tjenester |



|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <i>Omfang av praksis</i>           | 4 måneder   |
| <i>Inn plassering av praksis</i>   | Tredje studieår, både første og siste semester                    |
| <i>Typer praksis</i>               | Apotek  |
| <i>Endringer av omfang</i>         | Videreføring av dagens omfang                                     |
| <i>Endringer av inn plassering</i> | Tredje studieår, siste semester                                   |
| <i>Endringer av type</i>           | Primærapotek: Med økt fokus på samhandling i primærhelsetjenesten |

#### *Farmasøyt (provisor)*

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>                   | <b>Provisorfarmasøyt (2-årig master)</b>  |
| <i>Styring</i>                     | Autorisasjon og yrkesdirektiv   |
| <i>Kjernekompetanse</i>            | Ekspedisjonsrett i apotek. Tjenester og oppfølging av enkeltpersoner og grupper av pasienter som forutsetter kunnskaper innen forebygging av sykdom, kartlegging av helserisiko (test/screening av blodtrykk, kolesterol, blodsukker), samt oppstart, endring og oppfølging av behandling |
| <i>Omfang av praksis</i>           | 2 måneder   |
| <i>Inn plassering av praksis</i>   | Varierer ved de ulike lærestedene   |
| <i>Typer praksis</i>               | Apotek  |
| <i>Endringer av omfang</i>         | Videreføring av dagens omfang   |
| <i>Endringer av inn plassering</i> | Fjerde studieår, høst- eller vårsemesteret.   |
| <i>Endringer av type</i>           | Sykehusapotek noen uker, resten primærapotek: En periode avsatt til pasientgrupper med høy grad av komorbiditet og komplekse legemiddelregimer, fortrinnsvis spesialisthelsetjenesten, men kan være primærhelsetjenesten, som sykehjem, legekantor eller hjemmebaserte tjenester.         |

#### *Fysioterapeut*

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                 | <b>Fysioterapeut (3-årig bachelor + 1 år turnustjeneste)</b>   |
| <i>Styring</i>                   | Autorisasjon og rammeplan  |
| <i>Kjernekompetanse</i>          | Undersøke og behandle mennesker med plager knyttet til bevegelsessystemet, og forebygging av slike plager. Kvalifisert for behandlende, habiliterende og rehabiliterende virksomhet, helsefremmende og forebyggende arbeid, og arbeid innen både offentlige og private samt nasjonale og internasjonale virksomhetsarenaer |
| <i>Omfang av praksis</i>         | 30 uker (45 studiepoeng)   |
| <i>Inn plassering av praksis</i> | Praksis i hele studieførløpet, noe ulikt plassert på lærestedene   |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Typer praksis</i>              | Primær- og spesialisthelsetjenesten  |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring av dagens omfang  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Naturlig progresjon for praksis gjennom studieløpet, ikke kun med tanke med faglige krav, men også praksisperiodenes varighet  |
| <i>Endringer av type</i>          | Større andel i primærhelsetjenesten og i private klinikker, minimumskrav i psykiatri, praksis som sikrer at en møter alle aldersgrupper, helsefremmende og forebyggende arbeid |

#### *Klinisk ernæringsfysiolog*

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Klinisk ernæringsfysiolog (5-årig)</b>  |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon   |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Undersøke, stille diagnoser og veilede om forebygging og behandling av kostholdsrelaterte sykdommer og tilstander som påvirker omsetning og behov for næringsstoffer. Andre kompetansefelt er vekst og utvikling hos friske og syke barn og kroniske eller akutte sykdommer hos voksne i alle aldre, som for eksempel kreftsykdom, magetarmsykdom og lungesykdom. Bidrar også til å forebygge, veilede og behandle livsstilssykdommer, som hjerte- og karsykdom, diabetes type 2 og overvekt |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 6,5 uker (opptil 33 dager)   |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Ulikt organisert ved lærestedene, men felles er 20 dager praksis i 5. studieår   |
| <i>Typer praksis</i>              | Fire uker i spesialisthelsetjenesten   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Økning til totalt 14 uker  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Fordeles over studiets fem år  |
| <i>Endringer av type</i>          | Økt andel i kommunale arenaer inkludert helsefremmende, forebyggende og behandlende tilbud. TPS bør inkluderes både i primær- og spesialisthelsetjenesten  |

#### *Lege*

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                | <b>Lege (6-årig)</b>   |
| <i>Styring</i>                  | Autorisasjon og yrkesdirektiv  |
| <i>Kjernekompetanse</i>         | I tillegg til å være medisinske eksperter skal leger kunne kommunisere, forske, lede og samarbeide |
| <i>Omfang av praksis</i>        | Omtrent 23 uker ekstern praksis (totalt ca 36 uker praksis)  |
| <i>Innplassering av praksis</i> | Hovedsakelig i studiets to (fire) siste år   |
| <i>Typer praksis</i>            | Spesialist- og primærhelsetjenesten  |
| <i>Endringer av omfang</i>      | Minimum 20 uker ekstern praksis  |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Endringer av innplassering</i> | Videreføring, ekstern praksis mot slutten av studiet   |
| <i>Endringer av type</i>          | Økt bruk av primærhelsetjenesten (sykehjem og kommunale akutte døgnenheter). I spesialisthelsetjenesten anbefales økt bruk av akuttmottak, døgneheter og poliklinikker |

#### Tannlege

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Tannlege (Integrert 5-årig masterstudiet i odontologi)</b>  |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon og yrkesdirektiv  |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Diagnostisere, forebygge og behandle sykdommer i munnhulen og kjeve, tannstillingsfeil og utviklingsforstyrrelser. Forskningsbasert teoretisk og klinisk utdanning i biologiske, medisinske og odontologiske fag. Atferdsfag og kommunikasjon vektlegges for å planlegge og gjennomføre tannhelsetjeneste, samt å drive helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid |
| <i>Omfang av praksis</i>          | Ulikt, fra 3 til 28 uker. Dette skyldes lærestedenes ulike modeller for ekstern praksis, og andel klinisk praksisstrening som skjer på lærestedet (intern praksis)   |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Ulikt ved de ulike studiestedene, men med hovedvekt i 7. – 10. semester  |
| <i>Typer praksis</i>              | Den offentlige tannhelsetjenesten, hospitering i privat allmenn eller spesialist praksis hvor det er mulig, samt på syke og aldershjem og i spesialist helsetjenesten.   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Økning ved UIB fra 3 til 5 uker, videreføring av dagens omfang hos de andre utdanningsinstitusjonene   |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Videreføring av dagens innplassering   |
| <i>Endringer av type</i>          | Økt samarbeid mellom offentlig og privat virksomhet på tannhelsefeltet om praksisstudiene, herunder kobling mot spesialisthelsetjenesten. Det må også tilrettelegges for tverrprofesjonell samhandling og tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) ved alle lærestedene  |

#### Tannpleier

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>         | <b>Tannpleier (3-årig bachelorstudiet i tannpleie)</b>   |
| <i>Styring</i>           | Autorisasjon   |
| <i>Kjernekompetanse</i>  | Utføre oppgaver innenfor et bredt område av den forebyggende tannpleien. Forskningsbasert teoretisk og klinisk utdanning i biologiske, medisinske og odontologiske fag. Atferdsfag og kommunikasjon er viktige element i det helsefremmende og forebyggende arbeidet |
| <i>Omfang av praksis</i> | Ulikt mellom lærestedene, fra 5 til 24 uker (30 uker totalt inkludert observasjon- og prosjektpraksis)   |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Ulikt ved lærestedene  |
| <i>Typer praksis</i>              | Ulikt ved lærestedene, men inkluderer den offentlige tannhelsetjenesten, privat praksis og kommunene   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring av dagens omfang  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Videreføring av dagens innplassering   |
| <i>Endringer av type</i>          | Økt samarbeid mellom offentlig og privat virksomhet på tannhelsefeltet om praksisstudiene, herunder kobling mot spesialisthelsetjenesten. Det må også tilrettelegges for tverrprofesjonell samhandling og tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) ved de ulike lærestedene. TVEPS innført ved utdanningene ved UiB. |

#### Tanntekniker

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Tanntekniker (3-årig bachelor)</b>  |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon   |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Framstille tannerstatninger til pasienter som har mistet eller skadet tennene sine, det vil si fastsittende tannerstatninger (kroner, broer, implantatkonstruksjoner mm.) og avtakbare løsninger (gebiss). Materialer til tannerstatninger omfatter keramer, legeringer og akrylater. Tanntekniske produkter omfatter også kjeveortopediske reguleringsplater og ulike typer bittskinner. Tannteknikeren jobber i nært samarbeid med tannlege, og det blir stadig vanligere å ha pasientkontakt. |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 20 uker  |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | 16 uker bedriftspraksis i 5. semester.<br>4 uker observasjonspraksis i 6. semester   |
| <i>Typer praksis</i>              | Tanntekniske bedrifter og selvvalgt praksissted  |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring av dagens omfang  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Videreføring av dagens innplassering, men styrke koblingen mot andre odontologiske fag for Tverrprofesjonell samhandling og TPS  |
| <i>Endringer av type</i>          | Økt samarbeid mellom offentlig og privat virksomhet på tannhelsefeltet om praksisstudiene, herunder kobling mot spesialisthelsetjenesten. Det må også tilrettelegges for tverrprofesjonell samhandling og tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS). 16 uker må foregå i tannteknisk bedrift.   |

#### Ortopediingeniør

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <i>Profesjon</i>        | <b>Ortopediingeniør (3-årig bachelor + to års turnustjeneste)</b> |
| <i>Styring</i>          | Autorisasjon  |
| <i>Kjernekompetanse</i> | Medisinsk-teknisk kompetanse- Kliniske vurderinger, måltagning,   |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
|                                   | <p>utforming og tilpasning av ortopediske og tekniske hjelpemidler til mennesker som har fått en skade eller en varig funksjonshemming. Kompetanse til å vurdere livssituasjon, grad av funksjonshemming og helsetilstand til hver enkelt pasient for å finne hvilke hjelpemidler som passer best, samt veilede i bruken av disse. Yrket utføres i nært samarbeid med pasienten selv, familie og andre fagpersoner som ortopediteknikere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter</p>   |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 21 uker, tilsvarende 30 studiepoeng totalt   |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | 7 uker i hvert studieår  |
| <i>Typer praksis</i>              | 3 praksisperioder: 1) Underekstremitetsproteser 2) Hjelpemidler for foten 3) Trunkus og underekstremitetsortoser   |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring av omfang og antall praksisuker i ortopeditekniske emner i tråd med dagens ordning  |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Videreføring av dagens innplassering   |
| <i>Endringer av type</i>          | <p>Hovedinnholdet videreføres uendret, men med mer vekt på samarbeidet mellom ortopediingeniør og ortopeditekniker gjennom TPS – og mellom ortopediingeniør og administrativt personell på praksissted. Større fokus på bruk av tverrprofesjonelle arenaer som praksisstedene har etablert innenfor primærhelsetjenesten, sykehus avdelinger, samt habilitering- og rehabiliteringsinstitusjoner</p> <p>Ved eventuell øket praksis i ortopediingeniørstudiet, bør man vurdere å innføre tverrprofesjonell praksis, hvor ortopediingeniør - studenter samarbeider med fysioterapi- og ergoterapistudenter i praksisoppgaver ved pleie- og omsorgsinstitusjoner.</p> |

### Psykolog

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                | <b>Psykolog (6-årig)</b>   |
| <i>Styring</i>                  | Autorisasjon   |
| <i>Kjernekompetanse</i>         | Grunnleggende vitenskapelig holdning til, og bred kompetanse i å forstå, forebygge og behandle psykologiske problemer. Grunnlag for å utføre alle de viktigste formene for psykologisk arbeid med barn, ungdom og voksne. Bred teoretisk og praktisk kunnskapsplattform, samt grunnopplæring i vitenskapelig tenking og metode |
| <i>Omfang av praksis</i>        | Ulikt på lærestedene: 30-60 studiepoeng ekstern veiledet praksis (minimum 5 måneder fulltid og 11-43 uker deltid)  |
| <i>Innplassering av praksis</i> | Ulikt ved lærestedene, men felles med hovedpraksis sent i studieløpet  |
| <i>Typer praksis</i>            | Familvernkontor, psykisk helsevern: spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjenester, somatisk spesialisthelsetjeneste  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <i>Endringer av omfang</i>        | Hovedpraksis bør ha normert lengde på seks måneder (full arbeidsuke), likt på tvers av universitetene   |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Innføring av profesjonell virksomhet i første del av studiet  |
| <i>Endringer av type</i>          | Økt standardisering og samkjøring med kravene til omfang i Europsy.<br>I større grad inkludere kommunale tjenester.<br>Kompetansemodell hvor man sikrer at hver enkelt student oppnår grunnleggende ferdigheter.<br>Praksis i tjenester som til sammen dekker et livsløpsperspektiv<br>Bedre sikring av et bredt spekter av temaer i praksis:<br>1) Klinisk psykologiske tema (utredning og behandling av pasienter i primær- helsetjeneste og i spesialisthelsetjeneste)<br>2) Tjenester for barn/unge, voksne og eldre (livsløpsperspektiv)<br>3) Skole- og opplæringspsykologiske oppgaver<br>4) Samfunns-psykologiske tema (kontekstuelle og samfunnsmessige faktorerens betydning for psykisk helse og livskvalitet, forebygge sykdom og fremme helse gjennom lokalsamfunns- og system-baserte tiltak)<br>5) Tverrprofesjonell samarbeidslæring-samhandlingskompetanse |

#### *Radiograf*

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                  | <b>Radiograf (3-årig bachelor)</b>   |
| <i>Styring</i>                    | Autorisasjon og rammeplan  |
| <i>Kjernekompetanse</i>           | Fremskaffe informasjon om menneskekroppen gjennom egnet bildemateriale. Kunnskap om medisinsk diagnostikk, utredning og behandling. Faget er basert på bruk av bildediagnostisk og terapeutisk teknologi. Den sterke teknologiske utviklingen har bidratt til endrede arbeidsformer ved bildediagnostiske avdelinger i form av både modalitetsglidning, nye diagnostikk- og behandlingsformer og oppgavedelinger. Økende tendens til at beslutningene tas direkte på bakgrunn av bildediagnostiske undersøkelser |
| <i>Omfang av praksis</i>          | 60 studiepoeng (40 uker)   |
| <i>Innplassering av praksis</i>   | Ulikt plassert, men gjennom hele studiet. Praksis ved somatiske avdelinger ønskes tidlig i studiet og er plassert 2-4 semester   |
| <i>Typer praksis</i>              | Sykehus og andre helseinstitusjoner, i radiologiske avdelinger, bildediagnostiske sentre eller stråleterapiavdelinger  |
| <i>Endringer av omfang</i>        | Videreføring av totalt omfang, men reduksjon av klinisk praksis til 4 uker til fordel for modaliteter i sterk framgang og eventuelle nye modaliteter   |
| <i>Endringer av innplassering</i> | Minimum én lengre praksisperiode, med modalitetsbytte undervegs.   |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <i>Endringer av type</i> | Fokus på læringsutbytte framfor spesifiserte praksisarenaer. Deler av læringsutbyttene kan oppnås i primærhelsetjenesten eksempelvis ved korttids sykehjem med høyspesialiserte funksjoner på 1,5 linje nivået. Kortere praksis i somatisk avdeling kan suppleres med ferdighetstrening i enkle prosedyrer |
|--------------------------|--|

### *Sykepleier*

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <i>Profesjon</i>                   | <b>Sykepleier (3-årig)</b>   |
| <i>Styring</i>                     | Autorisasjon, rammeplan og yrkesdirektiv   |
| <i>Kjernekompetanse</i>            | Sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse. 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. Kompetanse i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. Kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen. Utdanningen skal fremme en yrkesetisk holdning og en flerkulturell forståelse av helse og sykdom  |
| <i>Omfang av praksis</i>           | 75 studiepoeng i samarbeid med pasienter og pårørende (gjennomsnittlig 30 timer per uke)<br>15 studiepoeng til ferdighetstrening, forberedelser til og refleksjon over praksis   |
| <i>Inn plassering av praksis</i>   | Ulikt plassert, men gjennom hele studiet   |
| <i>Typer praksis</i>               | Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten  |
| <i>Endringer av omfang</i>         | Videreføring av dagens omfang  |
| <i>Endringer av inn plassering</i> | 1. studieår: 20 ECTS kommunehelsetjeneste, 2. studieår: 35 ECTS, kommune/spesialisthelsetjeneste. 3. studieår: 35 ECTS kommune/spesialisthelsetjeneste   |
| <i>Endringer av type</i>           | Mer fleksibel integrering og tettere samarbeid mellom teori og praksis. Det tradisjonelt tydelige skillet mellom praksis i kommune og spesialisthelsetjenesten bør bygges ned. Minimum 10 uker veiledet praksis, hvorav minimum 6 ukers kirurgisk praksis i spesialisthelsetjenesten, <i>må</i> sikres for alle studenter. Medisinske pasientforløp kan helt eller delvis gjennomføres ved kommunale intermediæravdelinger. 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. |



### 5.2.2. Foreslåtte endringer i omfang

Oppsummeringene over viser at omfang praksisstudier i den enkelte utdanning varierer mellom utdanningsstedene. Hvordan man oppgir omfanget (i uker, studiepoeng eller tilsvarende *ects*) varierer mellom utdanningene.

De fleste arbeidsgruppene foreslår en videreføring og/eller en større grad av harmonisering av omfang praksisstudier mellom studiesteder. Dette gjelder audiograf, barnevernspedagog, farmasøyt, fysioterapeut, lege, tannpleier, tanntekniker, ortopediingeniør, radiograf og sykepleier.

Sosionom foreslår en potensiell reduksjon med forslag om minimumskrav på 17 uker, som innebærer en endring for flere av lærestedene, der praksisomfanget i dag er ulikt. Det samme gjelder bioingeniør som foreslår et minimumskrav på 15 studiepoeng ekstern praksis, der det i dag er 20-30 studiepoeng.

Klinisk ernæringsfysiologi foreslår en økning fra 6,5 uker til 14 uker. Ergoterapi foreslår en potensiell økning hos noen av sine læresteder, fra dagens 43-60 studiepoeng, med krav om 60 studiepoeng fordelt over tre studieår. Tannlege foreslår en økning i ekstern praksis for ett av sine læresteder, UIB, fra tre uker til fem uker. Psykolog anbefaler en økning/endring fra dagens fem måneder heltid og 11-43 uker deltid ekstern praksis til en felles normert lengde på seks måneder (full arbeidsuke). En mer moderat økning foreslås også av optiker og vernepleier.

### 5.2.3. Foreslåtte endringer i type praksis

#### 5.2.3.1. Dreining fra spesialisthelsetjeneste til den kommunale helse- og omsorgstjenesten

De fleste utdanningene foreslår kommunene som praksisarena, og flere foreslår en økt andel eksterne praksisstudier her: Audiograf, bioingeniør, ortopediingeniør, sosionom, ergoterapeut, lege, klinisk ernæringsfysiolog, radiograf, fysioterapeut og farmasøyt. De som er mest tydelige på en *økt* andel i primærhelsetjenesten er fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, lege, psykolog, radiograf og sykepleier.

Optiker, klinisk ernæringsfysiolog, psykolog, vernepleier, barnevernspedagog og ergoterapeut ønsker også kommunale tjenester som praksisarena for sine studenter.

For lege, sykepleier, ortopediingeniør og tannlege er spesialisttjenesten en sentral praksisarena. Arbeidsgruppa for lege ser at akuttmottak, dagesheter og poliklinikker er gode, nye arenaer for praksisstudier for legestudenter. Sykepleier anbefaler også et minimumskrav om ti uker veiledet praksis i spesialisthelsetjenesten, som *må* innbefatte kirurgisk pasientforløp og *kan* innbefatte medisinsk pasientforløp.

Audiograf, optiker og provisorfarmasøyt ønsker også mer praksis i spesialisthelsetjenesten.

#### 5.2.3.2. *Bruk av privat sektor som praksisarena*

Arbeidsgruppene beskriver forskjellige behov for å benytte privat sektor som praksisarena, men flertallet nevner at egen yrkesgruppe arbeider i både offentlig og privat sektor.

I hver sin ende av skalaen finner vi sykepleie, som ikke nevner privat sektor som praksisarena, mens ortopediingeniørutdanningen på sin side er helt avhengig av praksis i private bedrifter. Flere utdanninger, som odontologiske fag, medisin og fysioterapi, løfter fram privat sektor som en viktig praksisarena for å gi studentene nødvendig faglig bredde, men at det er utfordrende å skaffe praksisplasser.

Farmasi skiller seg ut, og problematiserer i liten grad praksis i apotek. De oppfatter studentveiledning som positiv markedsføring overfor framtidige farmasøyter, og en måte å rekruttere dyktige fagpersoner på.

#### 5.2.3.3. *Tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudier*

Arbeidsgruppene er positive til TPS i praksisstudiene: Flere av utdanningene har erfaring med TPS, og arbeidsgruppene mener at de tverrprofesjonelle arenaene må utnyttes bedre. Noen få mener at arenaer utenfor de eksterne praksisstudiene egner seg vel så godt for TPS. Felles er at tverrprofesjonell samhandlingskompetanse bør være del av læringsutbyttet til studentene, enten i de eksterne praksisstudiene eller på andre arenaer.

Arbeidsgruppe sosionom ser økt behov innen NAV og barneverntjenesten for bedre samhandling med yrkesgrupper med betydning for brukerne, for eksempel jurister og helsepersonell. Sosionomer trekkes også inn på nye arenaer for helse og pleie, og kan bidra med annen type kunnskap enn dagens personell. Andre temaer/arenaer for TPS kan være folkehelsearbeid og forebyggende arbeid med barn og unge.

Arbeidsgruppe barnevern ser behov for å møte flere profesjonsgrupper for tverrprofesjonell samarbeidslæring. Her nevnes lærer-, barnehagelærer-, politi- og helsesøsterstudenter. De mener utviklingspotensialet ligger i et tydeligere fokus på tverrprofesjonelt arbeid og ved å tydeliggjøre dette i læringsutbyttet for studentene.

Arbeidsgruppe vernepleie oppgir sykehjem som en egnet TPS-arena, hvor de sammen med medisin-, sykepleier- og farmasøytstudenter observerer, vurderer og kommer med forslag til tiltak når det gjelder konkrete pasienter under kompetent veiledning.

Arbeidsgruppe sykepleie mener at veiledning i TPS-praksis bør gis ut fra hva som er hensiktsmessig på praksisstedet, for eksempel i form av strukturerte TPS-læringsverksteder i samarbeid med veiledere fra samarbeidende utdanninger. Trening i tverrprofesjonelt samarbeid bør i hovedsak finne sted i studentenes yrkesfelt, som del av praksisstudiene. TPS må forankres i emneplaner for praksisstudier i sykepleierutdanning, og tilsvarende i emneplaner for praksisstudier i øvrige helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger.

Arbeidsgruppe bioingeniør foreslår TPS med sykepleierstudenter, og at gruppene underviser hverandre i for eksempel pasientidentifisering eller tema knyttet til kjemifaget. TPS foreslås gjennomført på ulike måter, som felles case-oppgaver (f. eks. prøvetaking) eller simuleringsøvinger (der man løser praktiske oppgaver omkring en pasient, sammen).

Arbeidsgruppen farmasi mener at tverrprofesjonell samarbeidslæring med studenter fra andre helsefagutdanninger vil være mulig å få til om disse har et opphold i et sykehusapotek eller i en farmasøytisk avdeling.

Arbeidsgruppe medisin mener at TPS ikke nødvendigvis må være en del av alle eksterne praksisstudier, men kan gjennomføres som et selvstendig prosjekt hvor studenter fra ulike profesjoner involveres og samles spesifikt for TPS-prosjektet. Som del av økt bruk av sykehjem til eksterne veiledete praksisstudier, kan TPS bidra til å sikre den eldre befolkningens framtidige behov for helsetjenester og øke medisinstudenters evne til samarbeid med annet helsepersonell.

For odontologiske fag handler TPS om å sikre krysningspunkt med andre utdanninger og helseprofesjoner (f.eks. mellom helsesøster og tannpleier). Dette kan være på arenaer der samarbeid er naturlig, f.eks. helsestasjon, barnehage, skole og sykehjem.

Arbeidsgruppen fysioterapeut mener at egnede praksisarenaer for TPS kan være innsatsteam, hverdagsrehabilitering, arbeid med Individuell plan eller i tverrprofesjonelle team i spesialist- og primærhelsetjenesten. Studentene må få erfaring i samarbeid med andre profesjoner, både ferdigutdannede og studenter.

Klinisk ernæring foreslår TPS i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Bruken av TPS i primærhelsetjenesten er også gunstig for at kommunene skal bli bevisste på klinisk ernæringsfysiologi som profesjon.

Arbeidsgruppen ergoterapeut foreslår at flere studenter fra ulike studier kan dra på hjemmebesøk til brukere og samarbeide om kartlegging og oppfølging. Disse lærings situasjonene kan så benyttes i refleksjoner sammen med veileder rundt ulike tema.

Arbeidsgruppen ortopediingeniør mener kravet om TPS i praksisstudier utfordrer til fornyet tenkning i forhold til tverrprofesjonelle arenaer, og kan bety endringer hvor ortopediingeniøren har tettere kontakt med omsorgs- og pleieinstitusjoner – og kommunehelsetjenesten. Læringsarenaer hvor både bruker, lege og ortopediingeniør samhandler er derfor viktig å ta del i for studenter i praksis. Videre, samarbeidet mellom ortopediingeniør og administrasjon er en læringsarena der studenter kan praktisere og hente kunnskap om NAVs regelverk og annet regel-/lovverk som omhandler helsetjenester og pasientrettigheter.

Arbeidsgruppen radiograf anbefaler at TPS legges til egne sentre for TPS-opplæring, alternativt til somatisk praksis hvor det er mulig å samarbeide med andre studenter i reelle pasientsituasjoner. Det kan også tenkes at praksisstudier på korttids sykehjem kan åpne opp for mer tverrprofesjonell samarbeidslæring og mulige samarbeidsprosjekter.

Arbeidsgruppen psykologi mener psykologer kan brukes i mange roller i TPS. Psykisk helsevern med krav til faglig samarbeid er en åpenbar arena. Fremtidens føringer om flere psykologer i kommunene gir muligheter for ulike arenaer, inkludert samarbeidslæring med kommunalt helsepersonell, men også faggrupper som driver tilrettelegging av velferdstilbud i kommunene. I tillegg til å være en bidragsyter med sitt fag, har psykologer opplæring i temaer som kan fasilitere gruppeprosesser.

De fleste arbeidsgruppene påpeker at praksisfeltet må se mulighetene og tilrettelegge for TPS, mens utdanningsinstitusjonen må ha hovedansvaret for samordning av studieplaner og gjennomføring. Læringsutbyttet for studentene må tydeliggjøres. Det foreslås både korte og lange perioder med fokus på TPS, inkl. punktpraksis. Arbeidsgruppe psykologi foreslår egne koordinatorstillinger for å sikre gjennomføring av TPS i praksisstudier.

Utfordringene ligger hovedsakelig i det organisatoriske og logistiske, hvordan kan man samkjøre praksisstudier for flere (store) studentgrupper, og utfordringer med hensyn til arealer og veiledning. Samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene er viktig.

#### 5.2.3.4. Andre læringsformer og forholdet ekstern/intern praksis

Simulering, ferdighetstrening og bruk av e-læringsressurser inngår i større eller mindre grad i alle utdanningene. Det anses som svært nyttig at studentene for eksempel får mulighet til mengdetrening på praktiske prosedyrer og bruk av teknisk utstyr. Simulering brukes blant annet til å øve på klinisk beslutningstaking og tverrfaglig teamarbeid, og gir rom for systematisk refleksjon rundt egen prestasjon. Samtidig har dette begrensninger, som ressurskrevende utstyr og begrensning knyttet til antall studenter som kan trene samtidig.

Flere utdanninger, som for eksempel tannlege og tannpleierutdanningene, har en stor andel intern veiledet praksis i utdanningsinstitusjonens regi, hvor studentene møter autentiske pasienter.

I rapportene slås det fast at slike og andre alternative læringsformer ikke kan *erstatte* praksis i yrkesrelevant virksomhet, men at disse kan fungere som forberedelse og supplement til eksterne praksisstudier.

I ekstern veiledet praksis møter studentene yrkesfeltets faktiske krav på en måte som ikke kan gjenskapes fullgodt i en simuleringssituasjon. I praksis møter studentene yrkesutøvere og pasienter/klienter i det virkelige miljø, og de må utøve sitt fag i situasjoner som ikke er standardiserte. Ved å delta i relevante yrkessituasjoner sammen med en veileder av samme profesjon, og få tilbakemelding fra henne, er ekstern veiledet praksis sentralt i utviklingen av yrkesidentitet.

Helhetlige studier med hensiktsmessige, ulike læringsformer vil gi studentene trygghet i praksissituasjonen gjennom muligheten til å trene på ferdigheter og kliniske situasjoner også *før* de skal anvende disse i møte med pasienter/klienter i praksis.

Arbeidsgruppe sykepleie er opptatt av å få økt sammenheng og integrerte overganger mellom teori og praksis i studiet, og mellom praksisstudier i kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og foreslår at ferdighetstrening og simulering, forberedelser til og refleksjon over praksisstudier bør skje i strukturert og vedvarende samhandling mellom læringsarenaene og defineres som en integrert del av praksisstudiene.

#### **5.2.4. Forslag til endringer i de eksterne praksisstudiene i masterstudier og videreutdanninger**

I arbeidsgruppens mandat inngikk også en vurdering av behovet for endringer i omfang og type praksisstudier for de videreutdanninger og mastergradsprogram de anså som mest sentrale for fagområdet, og som det med hensyn til dagens praksismodell er særlig viktig å vurdere. Arbeidsgruppene ble bedt om å vurdere grunnutdanningene først, for så å se om prinsippene for endring og forbedring av praksisstudiene også kan gjelde for videreutdanninger og masterstudier.

I forkant hadde UHR kartlagt alle aktuelle videre-/og masterutdanninger (upublisert). Også disse utdanningene har sin hovedtyngde av praksisstudier i spesialisthelsetjenesten, men de beskrevne endringer i organisering av helsetjenesten medfører også her behov for å vurdere om en større andel praksisstudier kan skje utenfor spesialisthelsetjenesten. Utfordringene for disse utdanningene er sammenfallende med de man finner på grunnutdanningene, både med tanke på veiledningskompetanse, forutsigbarhet og tilgang til praksisplasser.

Utfordringer knyttet spesifikt til videre- og masterutdanninger er lite omtalt og vurdert i arbeidsgrupperapportene. Unntakene er hos arbeidsgruppene sykepleie og fysioterapeut. For fysioterapi er finansieringsordninger, veilederkompensasjon og avtaler om praksisplasser sentrale utfordringer. Arbeidsgruppe sykepleie ser behov for kvalitetssikring av praksisstudiene på masternivå, og anbefaler masterkompetansekrav hos praksisveiledere som veileder masterstudenter.

#### **5.2.5. Forutsetninger som bør ligge til grunn for kvalitet og relevans i praksisstudiene**

##### *5.2.5.1. Lovverk*

For flertallet av arbeidsgruppene er lik lovfesting av plikten til å delta i utdanning og tilhørende utdanningsaktiviteter, for både UH og praksisfeltets offentlige og private aktører, en forutsetning for framtidig kvalitet og relevans i praksisstudier.

##### *5.2.5.2. Finansiering*

Praksissteders manglende ressurser til utdanning av praksisveiledere og tilrettelegging for opprettholdelse av veiledningskompetanse er et hinder for kvalitet og relevans. Arbeidsgruppene problematiser også at det ikke settes av tid på arbeidsplanen til studentveiledning, og at begrenset tilgang til arealer og utstyr er en utfordring.

Utdanninger i prosjektet som bruker privat sektor nå, eller ønsker økt bruk av privat sektor i framtiden understreker at det er helt avgjørende å få på plass en finansieringsordning for

praksisstudier som sikrer privat sektor kompensasjon for reelle utgifter til lokaler, utstyr, veiledning og samarbeid mellom praksissted og utdanningsinstitusjon. Her er det også nødvendig å få inn forpliktende ordninger i avtaleverk.

#### *5.2.5.3. Like sluttkompetansebeskrivelser*

Arbeidsgruppene, som har vært sammensatt av representanter fra flere utdanningssteder og tjenester, har problematisert at det er relativt store ulikheter mellom lærestedene i omfang og type praksisstudier innenfor sine utdanninger. Dette vil kunne få konsekvenser for kandidatenes sluttkompetanse. Det er også slik at lærestedene ikke har felles sluttkompetansebeskrivelser, med unntak av sykepleierutdanningene. Det er enighet på tvers av arbeidsgruppene om behovet for felles læringsutbytte- og sluttkompetansebeskrivelser på tvers av utdanningsinstitusjoner nasjonalt, og internasjonalt for de utdanningene det er få av. Arbeidsgruppen for sykepleierutdanningen anbefaler også felles læringsutbytte per studieår.

#### **5.2.6. Tiltak for økt kvalitet og relevans**

På bakgrunn av NIFUs litteraturgjennomgang (Kårstein og Caspersen, 2014), prosjektgruppens erfaringer og diskusjoner med Styringsgruppen, forelå det i januar 2015 et første forslag til kvalitetsindikatorer for eksterne praksisstudier. Arbeidsgruppene ble bedt om å vurdere indikatorene og komme med innspill. Dette er behandlet ulikt av gruppene, der noen kommenterte indikatorslagene systematisk og eksplisitt, mens andre støtter indikatorforslagene implisitt gjennom forslag til tiltak som kan bedre kvalitet og relevans i praksisstudiene. Sentrale forslag til tiltak i arbeidsgrupperapportene, som vil være felles for alle utdanningene, nevnes her. Disse anbefales videreført som kvalitetsområder og -indikatorer, og utdypes i kapitlet som behandler oppgave 2.

#### *5.2.6.1. Bedre samspill mellom UH og tjenester*

Flertallet av arbeidsgruppene framhever at bedre samspill mellom UH og tjenester er det viktigste tiltaket, og en forutsetning for å øke kvalitet og relevans i praksisstudiene. Det handler om likeverd mellom aktørene, om ledelsesforankring og om å skape arenaer for gjensidig ansvar og påvirkning. Arbeidsgruppene kom fram til flere omforente forutsetninger for hvordan samspillet mellom utdanning og praksisfelt kan og bør styrkes:

Et bredt samarbeid er vesentlig for en gjensidig forståelse av fremtidige kandidaters kunnskapsbehov. Samarbeidet mellom aktørene må derfor ledelsesforankres og formaliseres, og utdanning, yrkesfelt og studenter må involveres i utarbeidelsen av avtaleverk.

Samarbeidsavtalene kan omfatte kompetanseutveksling, undervisning og forskning, og må bidra til å avklare ansvarsforhold og forventninger. Det er også viktig at samarbeidsavtalene dekker samarbeidet på *alle* nivå, fra nasjonalt nivå til den enkelte praksisveileder, student og kontaktlærer.

Partene må samarbeide, ikke bare om å heve veiledningskompetansen i praksisstudiene, men også om rammefaktorer som tid, areal og utstyr. Avtalene bør derfor også 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.

For full effekt av avtalene må det være krav om jevnlig (felles) evaluering av hvordan avtalene følges opp og praktiseres. Dette også for å unngå pulverisering av ansvar. Det bør også foreligge krav om jevnlig rapportering. For å unngå at undervisningsoppgaver blir ekstraarbeid som det ikke er avsatt tid til, må praksisstedets veiledningsoppgaver inngå i praksisstedets virksomhets- og personellplanlegging.

Det bør også iverksettes tiltak som øker statusen på det å være praksisveileder. Veiledning og veiledningskompetanse, og kombinasjonsstillinger trekkes fram som viktige virkemidler for økt status, kvalitet og relevans, og som derfor bør avtalesfestes.

#### 5.2.6.2. *Veileders kompetanse*

Å øke veileders kompetanse er av arbeidsgruppene løftet fram som et viktig grep for å sikre kvalitet og relevans i praksisutdanningene. Det gjelder profesjonskompetanse, akademisk kompetanse, veiledningskompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert. Det forslås at kompetansekravet til praksisveiledere samkjøres nasjonalt og utdanningsinstitusjonene må derfor tilby veilederutdanning i studentveiledning. For å få til dette i praksis bør praksisveiledere bli kjøpt fri for å delta. Utdanningsinstitusjonene har i dag ulike kompetansegivende veiledningskurs for praksisveiledere, fra målrettede dagskurs til formelle studiepoengivende veiledningsutdanninger på 30 studiepoeng.

Arbeidsgruppe fysioterapi konstaterer at all praksis skal være kunnskapsbasert, og at dette vil stille nye krav til veileders evne til å jobbe kunnskapsbasert. Også arbeidsgruppe bioingeniør hevder at studentene møter kunnskapsbaserte tjenester i sine praksisstudier, og henviser til at prosedyrer er basert på kunnskapsbaserte praksis. Det er viktig at studentene bevisstgjøres på dette.

Akademisk kompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert, handler om å kunne stimulere studenten til å reflektere over egen praksis, til å stille kritiske og konstruktive spørsmål og til å begrunne og evaluere egne vurderinger og handlinger. Ikke alle praksisveiledere er trygge i denne rollen. For å oppnå dette foreslås kombinasjonsstillinger. Som felles krav til akademisk kompetanse anbefales at praksisveileder har minimum samme akademiske grad som studenten hun veileder utdannes til.

Profesjonskompetanse handler om at studenten skal erfare å bli veiledet av en erfaren yrkesutøver, som et ledd i å utvikle yrkesidentitet. Enkelte argumenterer for at veileder skal ha minimum ett års relevant yrkeserfaring.

Som et premiss for dette ligger økt anerkjennelse, og status og støtte til praksisveilederrollen. En tydelig satsning og verdsetting av dedikerte praksisveiledere kan bidra til at praksisveiledningen



får økt kvalitet for studenten og til at praksisveiledere ikke taper karrieremessig på å ta på seg veiledningsoppgaver. Flere peker her på lønnskompensasjon som et effektivt virkemiddel. Et annet virkemiddel er nye modeller for veiledning, for eksempel gjennom å samle veiledningskompetansen, og derved et økt antall studenter, i et utdannings- eller veiledningssenter.

#### 5.2.6.3. *Kombinasjonsstillinger*

Arbeidsgruppene har sett på kombinasjonsstillinger som virkemiddel for økt kvalitet og relevans i praksisstudier.

Med kombinasjonsstillinger menes her at man har ett tilsetningsforhold i en institusjon, men avtalte arbeidsoppgaver i både utdanningsinstitusjon og praksisinstitusjon. Formålet er å knytte ansatte i institusjonene sammen for å fremme praksisnær undervisning og veiledning av studenter i praksis, sikre lærere førstehåndskjennskap til den kliniske hverdag, etablere nye samarbeidsformer og nye samarbeidsarenaer, samt bedre koordinering av praksis.

#### 5.2.6.4. *Nye praksismodeller*

Tradisjonelt har studenten i praksisstudiene mottatt veiledning fra veileder innen egen profesjon. Praksis har også hovedsakelig vært observasjon av egen profesjonsutøvelse. Med bakgrunn i Samhandlingsreformen og behovet for å møte nye utfordringer i dagens og morgendagens helsevesen bør man også se til andre modeller for praksis.

Spesielt skyggepraksis («shadowing») pekes på som et enkelt, men lærerikt tiltak. Det er flere mulige modeller for skyggepraksis:

- Skyggepraksis (aktiv observasjonspraksis) innen spesialiserte tjenester og på nye praksisarenaer
- Skyggepraksis i samhandling med andre yrkesgrupper (TPS)

En annen modell som løftes fram av arbeidsgruppene er studentbemannede sykehjem- og sykehusposter, hvor tverrprofesjonelle studentgrupper tar fullt ansvar for inneliggende pasienter, under veiledning av yrkesutøvere.

Tverrprofesjonelt samarbeid, e-læring, innovasjon og velferdsteknologi øker utfordringene for studentene på en positiv måte. Studenten skal se seg selv som profesjonsutøver og som en helsetjenesteyter.

### 5.3. Diskusjon

De 14 arbeidsgruppene fikk i oppgave å vurdere behovet for og foreslå endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning med utgangspunkt i samfunnets behov og de utfordringene rundt praksisstudier som er beskrevet.

#### *Omfang praksisstudier*



Med unntak av sykepleierutdanningen, kan det synes som om omfanget av praksisstudier allerede ligger på et minimum, noe som kan være en forklaring på at det ikke foreslås konkrete reduksjoner av betydning. Det foreslås en harmonisering mellom utdanningssteder, slik at det i sum for alle utdanningene synes å bli en videreføring av dagens omfang.

#### *Type praksisstudier*

De fleste arbeidsgruppene foreslår at en større andel av praksisstudiene legges til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Prosjektgruppen er positiv til at en større del av praksisstudiene kan legges der behovet for sammensatte tjenester er størst, og hvor pasienter, klienter og brukere oppholder seg mest. Samtidig ser man utfordringer med organisering og oppfølging av flere studenter og studentgrupper på et geografisk mer spredt område, med svake styringssignaler og relativt få veiledningsressurser. Dette forutsetter en styrking av både kapasitet og kompetanse i kommunene, som igjen forutsetter en finansieringsordning for praksisstudier som også dekker utdanningsoppgavene i kommunal sektor.

Privat sektor utgjør en viktig praksisarena for flere utdanninger, men er ikke tilsvarende forpliktet som offentlig sektor. Privat sektor tar imot ferdig utdannede profesjonsutøvere, til en viss grad i konkurranse med offentlige tjenestetilbud. En skjevhet i ansvar for utdanning mellom private og offentlige virksomheter kan ikke fortsette med det behov for praksisplasser man ser for seg i framtiden.

Studier som bruker privat sektor nå, eller ønsker økt bruk av privat sektor i framtiden understreker at det er helt avgjørende å få på plass en finansieringsordning for praksisstudier som sikrer privat sektor kompensasjon for reelle utgifter til lokaler, utstyr, veiledning og samarbeid mellom praksissted og utdanningsinstitusjon. Det er også nødvendig å få inn forpliktende ordninger i avtaleverk. For eksempel må kommunalt ansvar for utdanning også omfatte private aktører med kommunale avtaler (fysioterapeuter, leger, mv) og telle med i tilpliktningsoppgaver. Tilbud om å være praksisplass/studentveiledning skal legges inn som del av anbud.

#### *Tiltak som kan bedre kvalitet og relevans*

Prosjektgruppen har trukket fram behovet for trygge og kunnskapsbaserte tjenester, økt samhandling på tvers av fagbakgrunn og tjenester. Trygge tjenester innebærer at helsepersonell har kompetanse innen pasientsikkerhet og forbedringsarbeid og at studentene i sine praksisstudier må få anledning til å delta i arbeidet med systematisk forbedringsarbeid og pasientsikkerhet gjennom utvikling, forbedring og etterlevelse av prosedyrer og rutiner. Studentene må få tilgang til aktuelle temaer for oppgaveskriving, samt tverrprofesjonelle læringssituasjoner hvor pasientsikkerhet og forbedring av samhandling praktiseres.

Selv om det er organisatorisk og logistisk utfordrende, mener de fleste arbeidsgruppene at det bør legges til rette for at TPS kan skje i reelle pasient/klient/brukersituasjoner. Prosjektgruppen støtter dette, men viser til at studenter kan få erfaring med TPS også ved å delta i tverrfaglige team med utdannet personell (ikke bare studenter), i interne praksisstudier eller gjennom andre

læringsaktiviteter. Læringsutbyttebeskrivelser for TPS er viktig, videre at utdanningsinstitusjonen har hovedansvar for organisering.

En løsning som har vært lite omtalt i rapportene, er det som av noen benevnes studentpost, studenttette poster, veiledningsposter eller utdanningscentre. Studentpost kan innebære at studenter fra flere profesjoner er på samme praksissted til samme tid. Noen fellestrekk er at to eller flere studenter følges opp av samme veileder (tospann), og at hele døgnet tas i bruk gjennom styrt turnus. Gjennomgående trekk ved evaluering av slike poster har vært god.

Arbeidsgruppene beskriver på ulike måter at det unike med veiledet praksis er at det skjer i autentiske yrkessituasjoner, i møte med pasienter/klienter/brukere. Andre pedagogiske virkemidler, som for eksempel casestudier, simulering og ferdighetsstudier, benyttes som målrettet forberedende undervisning. Det foreslås at der dette understøtter læringsutbyttebeskrivelsene i praksisstudiene, kan det også integreres i praksisstudiene. Forutsetningen er at de da gjennomføres som integrerte studier, i et tett samarbeid mellom praksisfeltet og utdanningen, og basert på mer moderne faglige og pedagogiske prinsipper. Dette vil kunne bidra til mer helhetlige utdanninger. Prosjektgruppen mener at prinsippet om integrasjon mellom ulike læringsaktiviteter i profesjonsutdanninger som skal kvalifisere både til akademiske grader og spesifikke yrkesfelt bør veie tungt, og bør gjelde for alle helse- og sosialfagutdanninger.

En bekymring fra tjenestenes side er at et stadig større ansvar for oppfølging av studenter i praksis blir overlatt til praksisstedet. Lærers tilstedeværelse har vist seg av stor betydning for å sikre kvalitet i praksisstudier, og spesielt i utdanninger der praksis utgjør en vesentlig del av studiet må dette sikres via samarbeidsavtaler, kombinerte stillinger og avsatte ressurser fra utdanningsstedets side. Prosjektgruppen mener både kontaktlærers bidrag på praksisstedet og samarbeidet mellom partene om læringsutbyttebeskrivelser og læringsaktiviteter bør forskriftsfestes, og foreslås derfor som kvalitetsindikatorer.

Kunnskapsbasert utdanning kan ikke bare handle om det som skal læres, men også hvordan det læres. Prosjektgruppen anbefaler derfor et økt fokus på pedagogisk forskning, med et spesielt fokus på arbeidsformer og læringsutbytte i praksisstudier.

### *Forutsetninger*

Flere av arbeidsgruppene problematiseres at praksisarenaene er ulikt forpliktet og at rammevilkårene, kompetansen og kapasiteten i praksisfeltet er for dårlig. Dette utgjør en risiko for kvalitet og relevans i praksisstudier.

Utdanningene, inklusive kravene til praksisstudiene er juridisk regulert av Kunnskapsdepartementet. Gjennomgangen av lover, forskrifter og rammeverk som styrer utdanning, samt krav til kvalitet og samarbeid rundt praksisstudier, viser imidlertid at praksisinstitusjonene ikke dekkes av de samme lover og forskrifter som utdanningsinstitusjonene.

Muligheten til å påvirke læringsutbyttebeskrivelser, kravet om praksisveileders kompetanse og kapasitet samt synliggjøring av partenes ansvar gjennom avtaler, kommuniseres ikke tilsvarende fra ansvarlig departementene til praksisinstitusjonene. Følgelig er det (med få unntak) heller ingen krav om rapportering tilbake eier på utdanningsoppgaver, slik det er for andre lovpålagte oppgaver i tjenestene. Det er heller ingen tilsynsordning som følger opp utdanningsoppgaver, slik det er for en rekke andre oppgaver i tjenestene. Den lave oppmerksomheten fra de ulike departementene, og det at styringssignaler og rapporteringskrav fra praksisinstitusjonenes departement ikke er samkjørte med KD sine, er en medvirkende årsak til de store utfordringer knyttet til tilgang på praksissteder, kvalitet og relevans i helse- og sosialfagutdanningene.

Utdanningene er finansiert av KD ut fra ulike finansieringskategorier, som ikke synes å ha en direkte sammenheng med omfang, type eller krav til praksisstudier. Utdanningsinstitusjonene vektlegger og budsjetterer praksisdelen av studiene ulikt. Kravet til FoU i utdanningsinstitusjonene er stort, og praksisdelen av studiene synes å ha lavere status enn teoridelen.

Presset på praksisinstitusjonene er stort, men det finnes få incitamenter i praksisinstitusjonene for å ta i mot studenter, det være seg i form av honorar/frikjøp til veiledningsutdanning, ressurser (tid, rom og utstyr), status eller karriereveier.

Spesialisthelsetjenesten har finansiering av utdanningsoppgaver i rammeoverføringene, mens kommunehelsetjenesten og privat sektor ikke har tilsvarende finansiering av utdanningsoppgaver. Selv om utdanningsoppgavene i tjenestene ikke er tydelig finansiert, ivaretas like fullt veiledningsoppgaver overfor et høyt antall studenter i store deler av tjenestene gjennom store deler av året. Det betyr at en tydeligere og mer målrettet finansiering ikke nødvendigvis vil bety en tilsvarende stor økning av budsjetttrammene. Det som åpenbart vil måtte utløse ekstra ressurser, er kravet om veiledningskompetanse og utbredelsen av kombinasjonsstillinger. For utdanningsinstitusjonene vil lærers økte bidrag på praksisstedet kreve en omdisponering, evt. en økning av ressurser.

### **5.3.1. Prosjektgruppens anbefalinger**

#### *Endringer i omfang og type praksisstudier*

- Omfanget av praksisstudier i sum foreslås videreført, men med en større grad av harmonisering av omfang mellom studiesteder.
- En større andel av praksisstudiene bør legges til kommunene og primærhelsetjenesten, forutsatt at dette bidrar til at studentene oppnår læringsutbyttene.
- En større andel praksisstudier bør også legges til privat sektor, forutsatt at dette bidrar til at studentene oppnår læringsutbyttene, og forutsatt forpliktende avtaleverk og hensiktsmessig finansieringsordning.
- Selv om det er organisatorisk og logistisk utfordrende, bør det legges til rette for at TPS kan skje i reelle pasient/klient/brukersituasjoner. Det bør utarbeides læringsutbyttebeskrivelser for tverrprofesjonell samhandlingskompetanse i praksisstudier.

- Studentposter bør i større grad anerkjennes som en god pedagogisk modell. Der det er organisatorisk gjennomførbart, kan TPS inngå som en del av læringsutbyttene.
- Det unike med ekstern veiledet praksis er at det skjer i autentiske yrkessituasjoner, i møte med pasienter/klienter/brukere. Andre pedagogiske virkemidler, som for eksempel casestudier, simulering og ferdighetsstudier, benyttes som målrettet forberedende undervisning. Der dette understøtter læringsutbyttebeskrivelsene i praksisstudiene og bidrar til mer sammenhengende og integrerte overganger mellom teori og praksis, kan det også integreres i praksisstudiene.

#### *Tiltak for å øke kvalitet og sikre relevans i praksisstudier*

- De ulike utdanningsstedene må ha like sluttkompetansebeskrivelser.
- Det skal være forpliktende samarbeid om praksisstudier som reguleres av samarbeidsavtaler. De viktigste områdene for samarbeidet inngår i felles rammeplan/forskrift.
- Det må stilles krav til veileders kompetanse. Det gjelder både profesjonskompetanse, akademisk kompetanse, veiledningskompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert. Kravet om formell veilederutdanning forskriftsfestes, likedan utdanningsinstitusjonenes ansvar for å tilby veilederutdanning og kontaktlærers bidrag på praksisstedet.
- Det er behov for å øke status på praksisdelen av utdanningene, både i UH og tjenester. Det bør skapes en karrierevei for de som har en stor andel praksisveiledning i jobben.
- Kombinerte stillinger etableres for å utvikle et tett og forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt, og for å øke både kvalitet og relevans i utdanningene.
- Nye praksismodeller utvikles, utprøves, evalueres og utveksles i et likeverdig samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksissted.
- Studentene må få tilgang til aktuelle temaer for oppgaveskriving, samt tverrprofesjonelle læringssituasjoner hvor pasientsikkerhet og forbedring av samhandling praktiseres.
- Det anbefales økt satsning på utdanningsforskning, med et spesielt fokus på arbeidsformer og læringsutbytte i praksisstudier.

#### *Forutsetninger*

- Alle virksomhetsområder må få klare bestemmelser om sektorenes medansvar for utdanning generelt og et sørge for-ansvar for praksisstudier spesielt. Lovteksten må være formulert i samme klartekst, slik at den ikke blir gjenstand for ulik tolkning av partene.
- Styringskrav og rapporteringskrav må formuleres likt fra ansvarlig departementene til praksisinstitusjonene, og svare på kravene fra Kunnskapsdepartementet.
- Kostnader til praksisstudier må kartlegges og budsjetteres.
- Praksisstudier må finansieres mere likt, og være i tråd med de krav som stilles og ressurser som utløses.
- Det må innføres incitamentet både i utdanningsinstitusjonen og praksisinstitusjonen som bidrar til å øke både kvaliteten og statusen på praksisstudiene.

## 6. Forslag til kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene

I dette kapitlet presenteres først mandat, metode og begrepsbruk, aktuelle litteraturstudier og til slutt de indikatorene som prosjektgruppen mener har størst betydning for kvalitet og relevans i praksisstudiene for alle helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger.

### 6.1. Mandat og metode

Oppgave 2 i Praksisprosjektet er å *utarbeide forslag til kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene*, basert på både utdanningene og tjenestenes vurdering, og hva som er mulig å måle med rimelig bruk av tid. Empirisk testing av kvalitetsindikatorer har ikke vært del av prosjektgruppens mandat og arbeid.

#### 6.1.1. Tolkning og avgrensning av mandatet

Prosjektgruppen forstår det slik at kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner god kvalitet og relevans i praksisstudiene, skal være på nasjonalt nivå og innrettes mot rammeplan/felles forskrift.

Det har vist seg utfordrende å utvikle presise og målbare indikatorer når forskningsgrunnlaget er varierende. Det fører til at styrken på indikatoren vil variere, og også målbarheten. «*En kvalitetsindikator vil i denne forstand fungere som indikasjoner på om prosesser er igangsatt og fungerer og om mål er oppnådd. Kvalitetsindikatorerne må således betraktes som en del av arbeidet med kontinuerlig forbedring og en systematisk overvåkning og evaluering av kvalitet og relevans i praksisstudiene*» (Kårstein og Caspersen, 2014:66). Dette betyr at hensikten med å implementere og følge opp de foreslåtte kvalitetsindikatorerne ikke er å underkjenne praksissteder, men å forbedre *både* tjenestene og praksisstudiene. Det betyr også at utviklingen av kvalitetsindikatorer er del av et større forbedringsarbeid med samme hensikt for UH og tjenester.

#### 6.1.2. Metode

Som utgangspunkt for arbeidet fikk NIFU (Kårstein og Caspersen, 2014) i oppdrag å gjøre en litteraturgjennomgang fra de siste 5-10 år knyttet til kvalitetsutfordringer rundt eksterne praksisstudier. Denne avdekket følgende områder for kvalitet og relevans i praksisstudier: Organisering, styring og struktur, samarbeid mellom yrkesfelt og utdanningsinstitusjon, praksisveiledning og kvalitetssikring av veiledning, utfordringer knyttet til å fremskaffe gode og relevante praksisplasser, finansiering og samarbeidslæring på tvers av sektorer og profesjoner. Prosjektets innledende forslag til kvalitetsindikatorer ble basert på bestilt litteraturgjennomgang, samt lover, forskrifter og andre forpliktende samarbeidsavtaler. Prosjektgruppen innhentet også ytterligere litteratur og dokumentasjon omkring praksisstudier, men erfarte at NIFU fanget utfordringsbildet godt i sin rapport.

Arbeidet i prosjektgruppen har bestått av diskusjoner sett fra både utdanningenes, studentenes og tjenestenes sider knyttet til utfordringer ved de ulike kvalitetsområdene, betydningen av disse,

hvilke potensielle indikatorer som kunne være på et nasjonalt nivå og inngå i en fremtidig forskrift, hvilke potensielle indikatorer som måtte være mer fleksible/dynamiske og derfor inngå i en samarbeidsavtale, hvordan en samarbeidsavtale kunne se ut og hvordan en kunne tenke seg at indikatorene kunne bli målt og rapportert.

Prosjektets innledende indikatorforslag ble presentert i januar 2015 og ble diskutert i Styringsgruppen, samt på konferanser og møtearenaer der både utdanningsinstitusjoner og aktører fra arbeidslivet har vært representert. De utdanningsspesifikke arbeidsgruppene fikk også som mandat å vurdere hvorvidt de foreslåtte indikatorene ville bidra til økt kvalitet og relevans i praksisstudiene innen sine utdanninger.

Tilbakemeldingene fra Styringsgruppen og fagmiljøene på indikatorforslagene har i all hovedsak vært positive. De mest konkrete indikatorforslagene har utløst mest debatt. Der forslagene ikke er konkrete nok, er prosjektgruppen blitt bedt om å konkretisere, operasjonalisere og gjøre målbart. Det har gjennom hele prosessen vært god oppslutning om *intensjonene* bak forslagene.

Tilbakemeldingene fra arbeidsgruppene har også vært positive og forslagene har vært vurdert som *relevante, gjenkjennelige og viktige*. Følgelig er det ikke store endringer fra det første forslaget til kvalitetsindikatorer til det endelige.

#### 6.1.2.1. Kvalitetsindikator

I likhet med Kårstein og Caspersen (2014) benytter prosjektet følgende definisjon på kvalitetsindikator, som et *indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles*. Prosjektet har videre valgt å se til Kunnskapssenterets definisjon (2010) av nasjonale kvalitetsindikatorer, som et sett av indikatorer som sier noe om både *strukturer, prosesser og resultater* innen tjenesten. Prosjektet bruker også betegnelsen *kvalitetsområde* for de fem temaene eller dimensjonene som i sum skal dekke strukturer, prosesser og resultater. Omsatt til Praksisprosjektet handler det om forberedelser til, gjennomføring av, evaluering og forbedring av praksisstudier. Under hvert kvalitetsområde foreslås fra 2 – 5 kvalitetsindikatorer, totalt 13. Disse må kunne måles direkte eller indirekte gjennom et sett av tematisk like spørsmål, eller indekser, som gir informasjon om indikatoren. Slik kan man skissere tre nivåer: 1) kvalitetsområder, 2) kvalitetsindikatorer og 3) operasjonalisering av kvalitetsindikatorene i målbare størrelser.

## 6.2. Kvalitetsområder for økt kvalitet og relevans i praksisstudier

### 6.2.1. Gjensidig forpliktende samarbeid om praksisstudier

Som beskrevet i bakgrunnskapitlet, fremheves et godt samspill mellom utdanning og yrkesliv som en av de viktigste forutsetningene for å sikre kvalitet og relevans i profesjonsutdanningene (Meld. St. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja*, Samspillmeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen, Folkehelsemeldingen, Nasjonal helse- og sykehusplan) Flertallet av de utdanningsspesifikke arbeidsgruppene i Praksisprosjektet framhevet det samme i sine arbeidsgrupperapporter.

Utdanningene, inklusive kravene til praksisstudiene, er juridisk regulert av Kunnskapsdepartementet. Men muligheten til å påvirke læringsutbyttebeskrivelser, kravet om praksisveileders kompetanse og kapasitet, samt synliggjøring av ansvar gjennom avtaler, kommuniseres ikke tilsvarende fra eierdepartementene til de ansvarlige praksisinstitusjonene. Dette utfordrer både kvalitet og relevans.

Samarbeidet om praksisstudier i kommunesektoren og privat sektor er uoversiktlig, selv om det også her foreligger visse føringer i lovverket til å medvirke til utdanning. Her er det ingen fellesinstans med et opplagt koordineringsansvar. Det betyr at den enkelte utdanningsinstitusjon og/eller hvert enkelt studieprogram må inngå avtaler med enkeltvis aktører i praksisfeltet – noe som viser seg å være utfordrende å få på plass i enkelte praksisarenaer i dag. Spesielt utfordrende er samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjoner og kommunale og statlige sosialtjenester, barnevernstjenester, NAV og pedagogisk sektor (UHR, 2010).

Der det er inngått samarbeidsavtaler med private praksisarenaer, varierer detaljeringsgraden i disse. De momentene som oftest inngår er forventninger til veileder og veiledning og praksisstedets, og utdanningsinstitusjonens og studentenes rettigheter og plikter (Kårstein og Caspersen, 2014).

Generelt viser litteraturgjennomgangen at utdanningene opplever problemer med å identifisere avtalemotparter for avtaler på institusjonsnivå, sikre progresjon i avtalearbeidet, avtalenes innhold og grad av forpliktelse for alle parter, og etterlevelse av inngåtte avtaler. Et punkt som utmerket seg som særlig uklart var knyttet til ansvars- og oppgavefordeling og finansiering (veilederkostnader primært) (Kårstein og Caspersen, 2014, s 26).

For å oppnå kvalitet i praksisstudiet er det vesentlig at det foreligger klare planer for praksisstudiet, med tydelige læringsutbyttebeskrivelser, som blir gjort kjent for alle relevante parter. Faste kanaler og rutiner for informasjonsutveksling, og faste rutiner for kvalitetssikring av praksis er vesentlige for å sikre en god praksis.

Rutinene og avtalene må omfatte veiledernes veiledning, faglærernes tilstedeværelse i praksis og faglærernes veiledning. Samarbeidsavtalene må videre systematisk evalueres og reforhandles (Kårstein & Caspersen J, 2014).

### **6.2.2. Praksisveiledning**

Gjennomgangen av lovverket i kapittel 4 viser at det stilles formelle krav til det samlede fagmiljøets størrelse og kompetanse, samt til praksisveileders kompetanse og kapasitet. Også her ser vi at utspringet i hovedsak er KD, uten at øvrige departementer krever det samme av praksisinstitusjonene.

De utdanningsspesifikke arbeidsgruppene mener at å øke veileders kompetanse vil være et viktig grep for å sikre kvalitet og relevans i praksisutdanningene. Det gjelder profesjonskompetanse, akademisk kompetanse, veiledningskompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert. Det

forslås at kompetansekravet til praksisveiledere samkjøres nasjonalt og utdanningsinstitusjonene tilbyr veilederutdanning i studentveiledning.

Litteraturstudien viser at god praksisveiledning betinger at hele kjeden fra ledelse ved utdanningsinstitusjon og praksissted, til kontaktlærer og praksisveileder ser viktigheten av tydelige systemer for veiledning og kunnskapsoverføring (Kårstein og Caspersen, 2014).

God veiledning er vesentlig for god kvalitet i praksisstudiene. Praksisveilederens primære oppgave og funksjon er å bidra til, og støtte den enkelte student i dens læring og utvikling av kunnskapsbasert handlingskompetanse. For å lykkes med dette, kreves kompetanse og avsatt tid. Veiledning av studenter i praksis må sees som en del av kjernevirksomheten på tjenestestedet, ikke som en tilleggsoppgave (Kårstein og Caspersen, 2014). Dette støttes av et regionalt forskningsprosjekt i Helse Midt-Norge som fant at i tillegg til tid, var også økonomi, samarbeid med utdanningsinstitusjonen og forankring på arbeidsstedet viktige rammefaktorer (Møreforsking, 2015).

Relasjonen mellom student og veileder er også viktig for hvordan praksisstudiene oppleves, noe som også virker inn på studenters læringsprosesser. Studier fra spesialisthelsetjenesten viser at tillit og gode relasjoner er viktig for studenters læringsutbytte (Haugan et al. 2012).

Praksisstudier må integreres i utdanningen på en helhetlig måte, der det gis mulighet for refleksjon og dialog både i forkant og etterkant av praksisstudier. Integrering innebærer også en integrasjon mellom undervisningen ved utdanningsstedet og veiledningen i praksis, det vil si mellom de ulike emnene i studiet (Kårstein og Caspersen, 2014). Praksisveileder må derfor kjenne studiets og praksisemnets læringsutbytter, innhold, arbeidsmåter, vurderingsformer og øvrige rammebetingelser. Tilsvarende må kontaktlærer være oppdatert på praksisfeltets problemstillinger. I samarbeid med kontaktlærer må praksisveileder kunne identifisere læringsaktiviteter på praksisstedet som gjør det mulig for studentene å oppnå læringsutbyttet for emnet.

Nyere studier fra sykepleiefaget konkluderer med at studentene lærer best når lærerne forsøker å integrere klasserom og arbeid. Det viser at det må fremmes en sterk kobling mellom læring i klasserommet og praktisk klinisk og organisatorisk erfaring med arbeidsplassen (Kårstein og Caspersen, 2014).

Prosjektet har erfart, spesielt i utdanninger hvor praksis utgjør en stor del av studietiden, at kontaktlærers tilstedeværelse vil være av stor betydning for å sikre tilstrekkelig veiledning av studentene, progresjon i studiet og vurderingsgrunnlag ved avsluttet praksisperiode.

Praksisveiledning må foregå på en systematisk og strukturert måte. Dette fordrer kunnskap om faser i veiledning, veilederrollen, veiledningsprosesser og veiledningsmodeller, samt kunne utøve spesifikke veilederferdigheter. Praksisveileder må kunne samhandle og analysere faktorer som fremmer og hemmer kommunikasjon og samhandling. Man må kunne planlegge, gjennomføre, evaluere og reflektere over veiledning og undervisning som tilrettelegger for læring.



Praksisveiledere som veileder grupper må ha kompetanse om læring og samspill i grupper og det spesielle ved veiledning av tverrprofesjonelle grupper. Man må også ha kunnskap om gruppeprosesser og gruppeledelse. Videre omfatter veiledningskompetanse å kunne tilpasse veiledning i forhold til ulike situasjoner og praksisarenaer (HIOA, 2015).

Det er imidlertid store variasjoner i kvaliteten på veiledningen i praksisstudiene. På grunn av knappe ressurser og stort arbeidspresst følges ikke alltid kravene til veiledning og veileders kompetanse opp av arbeidsgiver. Det gjelder både veiledningskompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert (Kårstein og Caspersen, 2014). Undersøkelser viser at når man må prioritere mellom ulike typer kompetanseheving, veier gjerne de fagspesifikke behovene tyngre enn de mer generelle og tverrfaglige. Dette til tross for at veilederne mener det er viktig med formell veilederkompetanse. Utfordringene med å skaffe seg veilederkompetanse kan knyttes til både ledelsen og samarbeidet mellom høgskole og praksisfelt. God støtte fra nærmeste leder oppleves som en motivasjonsfaktor i det å påta seg veiledningsoppgaver (Møreforskning, 2015).

### **6.2.3. Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS)**

Samhandling på tvers av fagbakgrunn og tjenester framheves av myndighetene som avgjørende for kvaliteten i tjenestene og som et av virkemidlene for å skape «pasientens helsetjeneste». Stortingsmeldinger forutsetter at samfunnets framtidige behov for tverrprofesjonell samhandlingskompetanse må gjenspeiles i innholdet i helse- og sosialutdanningene, jfr kap. 2.

De utdanningsspesifikke arbeidsgruppene er positive til TPS i praksisstudier og har mange forslag til arenaer og grupper de vil samarbeide med. Selv om det er organisatorisk og logistisk utfordrende, mener de fleste arbeidsgruppene at TPS bør skje i reelle pasient/klient/brukersituasjoner. Tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudiene kan også skje når studenter fra en yrkesretning deltar i tverrfaglige team og hvor praksisveileder er av en annen profesjon.

Effektivt tverrprofesjonelt samarbeid krever både relasjonell kompetanse, kjennskap til ulike yrkesgruppers kompetanseområder og kunnskap om helse- og velferdssystemet. Koblingen av felles kompetanse med den profesjonsfaglige kompetansen beskrives i Samspillmeldingen som *dobbel identitet*; kandidaten skal betrakte seg selv ikke bare som en utøver av sin egen profesjon, men også som en helse- og velferdsarbeider som inngår i et større velferdssystem der ulike profesjoner til sammen besitter den nødvendige kompetansen.

Prosjekt *Felles Innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene* (UHR, 2015) har i sitt arbeid identifisert TPS som et eget felles kompetanseområde og utformet læringsutbyttebeskrivelser, der forutsetningen er at studentene utfordres i konkrete tverrprofesjonelle møter.

Litteraturstudien viser at det finnes lite forskning om TPS i Norge, men har identifisert at grunnleggende forutsetninger for at man skal lykkes med TPS, er at det satses institusjonelt, at ledelsen tar ansvar og at det settes inn strategisk arbeid og ressurser for å etablere ordninger på

tvers av utdanninger og miljøer. Videre må relasjonskompetanse få en tydelig plass i utdanningene (Bjørke et al. 2012).

#### **6.2.4. Kunnskapsbasert praksis i praksisstudier**

Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse fremheves som et sentralt virkemiddel som kan bidra til å sikre god kvalitet og troverdighet i tjenestene. Dette 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» (Meld. St. 13 (2011-2012):41)

Kravet om forskningsbaserte utdanninger og kunnskapsbaserte tjenester forsterkes i stortingsmeldinger, strategier og handlingsplaner, med særlig fokus på å styrke kunnskapsgrunnlaget i kommunene.

Universitet og høyskoler bidrar til kunnskapsbaserte tjenester gjennom å kvalifisere for akademiske grader, og tilby høyere utdanning som er basert på det fremste innen forskning, faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap.<sup>13</sup> All undervisning skal være basert på forskning, og studentene må lære seg vitenskapelig metode og tenkemåte på alle nivåer i utdanningene (UHR, 2010b). På bachelornivå vil muligheten for å drive forskeropplæring være begrenset, men opplæring i vitenskapelig metode og tenkemåte bør likevel vektlegges. For eksempel bør studentene kjenne til trinnene i kunnskapsbasert praksis og ha kunnskap om ulike databaser/ informasjonskilder, samt ferdigheter til kritisk vurdering av ulike forskningsartikler. Med denne kompetansen kan de reflektere over om praksis er kunnskapsbasert, og benytte kunnskapen når de selv er i praksis. Dette vil bringe ny erfaring inn i praksisfeltet og bidra til læring og kunnskapsheving.

UHR-prosjektet *Felles Innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene* (UHR, 2015) har utarbeidet læringsutbyttebeskrivelser for *Kunnskapsbasert praksis* som et felles kompetanseområde for alle studentgrupper. De utdanningsspesifikke arbeidsgruppene i Praksisprosjektet er også svært bevisste på at all praksis bør være kunnskapsbasert, og at dette stiller krav til veileders evne til å jobbe kunnskapsbasert og stimulere studenten til å reflektere over egen praksis. Et foreslått virkemiddel for å oppnå dette er gjennom kombinasjonsstillinger, hvor også utdanningsinstitusjonenes personell bidrar med sin akademiske kompetanse.

For å kunne fremstå som en god rollemodell, og demonstrere for studenten hva det vil si å jobbe kunnskapsbasert, må praksisveiledere holde seg oppdatert på forskningsresultater innen relevante fagfelt og pedagogikk, lese fagtidsskrifter og implementere dette i sin veilederrolle.

---

<sup>13</sup> Se universitets- og høyskoleloven § 1-3

### 6.2.5. Systematisk kunnskapsutveksling og -utvikling

Samfunnsendringer utløser behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetansen i tjenestene og arbeidslivet. Blant annet må kompetansen hos de ansatte heves, med målsetning om å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis. Bedre samspill mellom utdanning, forskning og arbeidsliv trekkes fram som avgjørende for kvalitetsutvikling av både utdanningene og yrkesutøvelsen gjennom relevant forsknings og utviklingsarbeid. Videre er økt satsing på innovasjon og entreprenørskap et sentralt utviklingsområde for bedre helse- og velferdstjenester.

De utdanningsspesifikke arbeidsgruppene i praksisprosjektet legger vekt på samarbeidet mellom partene, og at samarbeidsavtalene skal omfatte kompetanseutveksling, undervisning, forskning og innovasjon. Kombinasjonsstillinger trekkes fram som et viktig virkemiddel for økt kvalitet og relevans, og bør derfor avtales.

Kunnskapsutveksling mellom UH-sektor og spesialisthelsetjenesten har lengre tradisjoner enn mellom UH og øvrige praksisinstitusjoner. De såkalte «Samarbeidsmidlene» er ment å skulle benyttes til fellesprosjekter mellom høyskolene og praksisstedene, spesielt knyttet til praksisundervisning, forsknings, og utviklingsarbeid. Ordningen har imidlertid ikke fungert etter intensjonen og det er særlig de minste utdanningsgruppene som har minst praksis som får lite ut av ordningen. (Caspersen, 2011, Kårstein og Caspersen, 2014)

Litteraturgjennomgangen avdekker få eksempler på studier av problemstillinger knyttet til nyskaping, forskning og innovasjon i helse- og sosialfagutdanningene relatert til praksisstudiene. Samtidig uttrykkes en klar forventning i offentlige dokumenter om at teknologi, innovasjon og forskning skal spille en viktig rolle i utdanningene, også i den de eksterne veiledete praksisstudiene (Kårstein og Caspersen, 2014:59).

Til tross for at en stor andel ansatte på undervisningsinstitusjonene driver med FoU, formidles egen forskning i liten grad i undervisningen. På samme tid er undervisere gjennomgående positive til involvering av studenter i FoU (Kårstein og Caspersen, 2014).

Kompetanse kan utvikles på ulike måter og på ulike læringsarenaer. Hospitering der man deltar i andres arbeid på en annen arbeidsplass med mål om relevant læring for eget arbeid er en planlagt form for uformell læring.

Kombinasjonsstillinger framheves i litteraturen som et sentralt virkemiddel for både å sikre kvalitet og relevans i profesjonsutdanningene. Med kombinasjonsstillinger menes her at man har ett tilsetningsforhold i en institusjon, men avtalte arbeidsoppgaver i både utdanningsinstitusjonen og praksisinstitusjonen. Dette til forskjell fra bistillinger som innebærer at en person har to formelle tilsetningsforhold. Evalueringer fra utprøving og etablering av kombinasjonsstillinger innen helsefagutdanningene ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet og Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) etter modell fra medisinerutdanningen, viser

oppløftende resultater for begge institusjoner, og ønskes derfor videreført og videreutviklet. Et sentralt suksesskriterie for ordningen er forankring både oppover og nedover i institusjonene.<sup>14</sup>

### 6.3. Prosjektgruppens forslag til kvalitetsindikatorer

I det følgende presenteres prosjektgruppens forslag til 5 kvalitetsområder med 13 underliggende kvalitetsindikatorer. I forståelsen av indikatorene, er det viktig å differensiere mellom begrepene *praksissted* og *praksisstudier*. Noen av kravene skal oppfylles på hvert enkelt praksissted, mens andre skal oppfylles minimum en gang i løpet av praksisstudiene.

#### *Kvalitetsområde 1 Likeverdig og gjensidig forpliktende samarbeid*

- Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene utarbeides, implementeres, videreutvikles og evalueres i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet.
- Resultater fra evaluering av praksisstedet som læringsarena rapporteres i organisasjonenes kvalitetssystemer og danner grunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.
- Veiledningsoppgaver i praksisstudier inngår i personal- og virksomhetsplanlegging ved praksisstedet og utdanningsinstitusjonene.
- Samarbeidsavtaler regulerer ansvar, roller, kapasitet på praksisplasser, kompetanse og samarbeidsarenaer på alle relevante nivå, samt forsknings-, utviklings- og innovasjonssamarbeid.

#### *Kvalitetsområde 2 Praksisveiledning*

- Praksisstedet har ansvar for den daglige veiledning og oppfølging av studenten.
- Kontaktlærer med ansvar for å følge opp studenter på praksisstedet, skal være oppdatert i praksisfeltets problemstillinger og skal bistå praksisveileder i pedagogiske spørsmål (planlegging av læringsaktiviteter, veiledningsmetodikk, vurdering av skikkethet og evaluering).
- Praksisveileder skal ha formell veiledningskompetanse, definert med læringsutbytter, og tilsvare minimum 10 studiepoeng i omfang. Det utarbeides en plan for hvordan oppnå dette.
- Utdanningsinstitusjonen tilbyr utdanning i veiledning og kunnskapsbasert praksis tilpasset praksisstedet.
- Praksisveileder skal som hovedregel være av samme profesjon som den som blir veiledet.

#### *Kvalitetsområde 3 Tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudier*

- Studentene skal i løpet av praksisstudiene erfare tverrprofesjonelt samarbeid.

#### *Kvalitetsområde 4 Kunnskapsbaserte praksisstudier*

- Studentene skal møte kunnskapsbaserte tjenester på praksisstedet.

---

<sup>14</sup> Evalueringsrapport (2014) og tilhørende rapport for forbedringer av etablert ordning med kombinerte stillinger foreligger (2015)

- Studentene skal involveres i FoUI-arbeid i løpet av praksisstudiene.

#### *Kvalitetsområde 5 Systematisk kunnskapsutvikling og –utveksling*

- Praksisinstitusjonen og utdanningsinstitusjonen skal samarbeide om kunnskapsutveksling og –utvikling.

#### **Samarbeidsavtaler**

Kvalitetsindikatorene skal konkretiseres i samarbeidsavtalen. Samarbeidsavtalen bør omfatte utdypende punkter om planlegging, gjennomføring, evaluering og utvikling:

#### **8 indikatorer som bør inngå i samarbeidsavtale:**

##### *Planlegging*

- Partene samarbeider om å forberede praksisstudier, identifisere og tilrettelegge læringsaktiviteter på praksisstedet i tråd med læringsutbyttebeskrivelsene.
- Partene samarbeider om å utvikle praksisarenaer og veiledningsmodeller, inklusiv modeller for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS).
- Partene samarbeider om å forberede studentene for kliniske praksisstudier før de starter.

##### *Gjennomføring*

- Studentene deltar i arbeidsfellesskapet på praksisstedet.
- Praksisveileder er faglig oppdatert og benytter ulike kunnskapskilder i sin yrkesutøvelse.

##### *Evaluering*

- Praksisstedet evalueres av student, praksissted og utdanningsinstitusjon.

##### *Utvikling*

- Det er etablert kombinerte stillinger og hospiteringsordninger mellom tjenestene og utdanningssektor.
- Praksisfelt og UH-sektor initierer og gjennomfører felles prosjekter.

## 7. Godkjenning av praksissteder som læringsarenaer

### 7.1. Mandat og metode

Mandatets oppgave 3 henger nært sammen med oppgave 2, å utarbeide forslag til kriterier og indikatorer for god praksis. Prosjektet skal først og fremst utrede behovet, ikke nødvendigvis komme med konkrete forslag til godkjenningsordninger. Prosjektet skal skaffe kunnskapsgrunnlag for en senere beslutning.

Prosjektgruppen har operasjonalisert oppdraget i følgende spørsmål

- Er det eller kommer det til å bli så store utfordringer knyttet til tilgang, kvalitet og relevans på praksissteder i helse- og sosialfagutdanningene at nasjonale intervensjoner er nødvendig?
- Hvis ja, er det sannsynlig at etablering av en godkjenningsordning av praksissteder vil bidra til nødvendige forbedringer?

For å besvare spørsmålene, har prosjektgruppen

- gjennomgått bakgrunnsdokumentasjonen i Praksisprosjektet for å undersøke a) hva som beskrives om for lav kvalitet og relevans og b) om godkjenningsordninger nevnes som tiltak for å øke dette.
- identifisert utdanninger i Norge som har godkjenningsordninger for praksissteder og oppsummert erfaringer fra disse (lærer, lektor, yrkesfagskole, spesialistutdanning for leger, politi)
- gjennomgått eksisterende ordninger som skal bidra til å sikre kvalitet og relevans i praksisstudiene: a) rammeplaner b) Kvalifikasjonsrammeverket, c) NOKUT og d) Statens helsetilsyn
- diskutert med NOKUT en mulig utvidet rolle i å følge opp kvalitet og relevans i praksisstudier.

### 7.2. Resultat

#### 7.2.1. Bakgrunns litteratur

Utfordringer knyttet til kvalitet og relevans praksisstudier er belyst i tidligere kapitler. Her beskrives utfordringer med å sikre tilgang, kvalitet og relevans innen praksisstudier for helse- og sosialfagsstudenter. Utfordringene ses i sammenheng med organisering og struktur, samarbeid, veiledning og finansiering.

Ulike lovforpliktelser og styringssignaler samt ulik/manglende finansiering av ressursinnsatsen i praksisfeltet beskrives som en utfordring for både kvalitet og kapasitet. Ved høyt press på praksisarenaene, blir fokus på innhold og kvalitet for svakt.

I grunnlagsdokumentene foreslås viktige fokusområder og tiltak, både for å gi bedre kapasitet, bedre samarbeid og styrking av kvalitet og relevans. Lovfesting, finansiering og møteplasser trekkes frem som viktige forutsetninger.

Grunnlagsdokumentene berører i liten grad spørsmålet om godkjenningsordninger.

### **7.2.2. Erfaringer fra utdanninger som har godkjenningsordninger**

Politiutdanning, grunnskolelærerutdanning og lektorutdanning trinn 8-13 har en godkjenningsordning av praksissteder, hvor utdanningsinstitusjonen er godkjenningsinstans.

I tillegg har prosjektgruppen sett på spesialistutdanning for leger og lærlinger fra videregående skole. Disse er imidlertid ansatt i praksisinstitusjonen, som derved har det faglige ansvaret.

Det er lite informasjon om hvilke konsekvenser det medfører for praksisstedet å bli underkjent. For de tre utdanningene hvor utdanningsinstitusjonen har det faglige ansvaret, må de i slike tilfeller ta ansvar for at studenten får et nytt praksissted.

Fra flere av eksemplene fremkommer det imidlertid at alle praksissteder blir godkjent fordi utdanningene mangler praksisplasser.

### **7.2.3. Eksisterende ordninger som skal bidra til å sikre kvalitet og relevans i praksisstudiene**

Deler av dette er beskrevet i kapittel 4. Her gjøres en ny vurdering når det gjelder behovet for godkjenningsordninger:

- Nasjonale rammeplaner er den viktigste styringsmekanismen når det gjelder innhold og organisering av utdanningene. Kun 8 av de 19 helse- og sosialfaglige utdanninger som Praksisprosjektet omfatter er regulert av rammeplaner, i tillegg til en del videreutdanninger.
- All formell utdanning i Norge omfattes av Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). Et av formålene er å legge til rette for vurdering, dokumentasjon og formell anerkjennelse av kvalifikasjoner oppnådd utenfor det formelle utdanningssystemet. NKR gir en mulighet for at utdanning og praksisfelt samarbeider om læringsutbyttebeskrivelsene.
- Statens helsetilsyn skal medvirke til at tjenestene drives forsvarlig. Helsetilsynet har per i dag ingen rolle i å kontrollere praksisstudier som UH-sektoren har det faglige ansvaret for.
- NOKUTs rolle er bl.a. å bidra til å sikre, utvikle og informere om kvaliteten i norsk høyere utdanning og fagskoleutdanning. NOKUT skal bidra til både kontroll og utvikling.
- NOKUTs tilsynsrolle er todelt
  1. Førre tilsyn med institusjonenes interne kvalitetssikring av egen utdanningsvirksomhet (Stikkord: Kvalitetssikringssystem)
  2. Førre tilsyn med at institusjonenes utdanningstilbud tilfredsstillers nasjonale standarder (Stikkord: Godkjenning/akkreditering)

- Det er den vitnemålsutstedende utdanningsinstitusjon som er ansvarlig for kvalitetssikring av praksisstudiene. Utdanningsinstitusjonen er også ansvarlig i de tilfellene der studenten ikke får veiledning eller følges opp eksternt.
- NOKUT kan per i dag ikke gi pålegg og sanksjonere direkte mot praksisstedene, men pålegge utdanningene å gjøre endringer i bruk av praksisplasser dersom kvaliteten ikke er god nok.

#### 7.2.4. Fra diskusjonen med NOKUT

Studietilsynsforskriften skal revideres. En mulig endring i NOKUTs tilsynsrolle vil bl.a. være et sterkere fokus på eksisterende utdanning og de større institusjonene, og et skarpere blikk på institusjonenes håndtering av programnivået og fokus på læringsutbytte.

Hvis det kommer en forskrift om kvalitet og relevans i praksisstudier kan denne hjemles i studietilsynsforskriften. Derved får NOKUT en mer direkte rolle overfor praksisstedene.

### 7.3. Diskusjon

Gjennomgang av aktuelle dokumenter som beskriver utfordringer og muligheter i praksisstudier tyder på at selv om det er variasjoner mellom utdanning og praksisfelt, er det store utfordringer knyttet til tilgang, kvalitet og relevans på praksissteder i helse- og sosialfagutdanningene. Dette skjer til tross for aktuelle lovbestemmelser, nasjonale rammeplaner, kvalifikasjonsrammeverk og de mulighetene som ligger i NOKUTs tilsynsfunksjon. Mye forklares med uklare styringssignaler, ulike og for dårlige rammebetingelser, mangelfullt samarbeid mellom utdanning og praksisfelt samt for lav kapasitet og kompetanse i praksisfeltet.

Erfaringene med de utdanninger som oppgir å ha en godkjenningsordning er de samme som ved helse- og sosialutdanningene; ved mangel på praksisplasser reduserer man kravene til kvalitet og relevans. Underkjenning av praksissteder forekommer sjelden eller aldri. Vi har altså ingen garanti for at en ny type godkjenningsordning av praksissteder vil sikre tilgang, kvalitet og relevans i praksisstudiene.

Prosjektgruppen erfarer at eksisterende ordninger som skal øke kvalitet og sikre relevans ikke er godt nok utnyttet. Spesielt synes mulighetene som ligger i å samarbeide om læringsutbyttebeskrivelser (jfr. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk) og NOKUTs tilsynsordning å være dårlig utnyttet.

Mange av tiltakene som foreslås i bakgrunns litteraturen for å bedre kvalitet og relevans, er tatt inn i prosjektgruppens forslag til kvalitetsindikatorer. Dersom krav til kvalitet og relevans i praksisstudier forskriftsfestes og hjemles i NOKUTs studietilsynsforskrift, vil NOKUT kunne føre direkte tilsyn med praksisstedet, og derved bidra til å utvikle kvalitet og relevans i praksisstudier. Dette vil imidlertid være ny tilsynsarena NOKUT, og denne formen for utviklingstilsyn bør utvikles i samarbeid med for eksempel Helsetilsynet, som et eget prosjekt.

Til tross for store utfordringer og høye ambisjoner knyttet til kvalitet og relevans i utdanningene, finnes få eller ingen incentiver overfor praksisstedene, som kan stimulere til å heve status og



kvaliteten på utdanningsoppgavene i praksisfeltet, i konkurranse med andre viktige og lovpålagte oppgaver i en travel hverdag.

Dagens rammebetingelser synes å utgjøre en risiko når det gjelder endring og utvikling av praksisstudiene. Prosjektgruppen mener at mer lik lovfesting og finansiering av praksisstudiene er en forutsetning for å sikre tilgang, kvalitet og relevans.

#### 7.4. anbefaling

Prosjektgruppens vurdering er at det ikke er behov en ny type godkjenningsordning av praksissteder:

- 1 En ny type godkjenningsordning av praksissteder vil ha begrenset nytteverdi for styrking av kvalitet og relevans.
- 2 Kvalifikasjonsrammeverket og NOKUTs tilsynsordning er tilstrekkelige virkemidler til å utvikle og kontrollere kvaliteten på praksisstudiene. Dette forutsetter at
  - a. læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene utarbeides i samarbeid mellom utdanning og praksisfelt.
  - b. krav til kvalitet i praksisstudiene forskriftsfestes og hjemles i NOKUTs studietilsynsforskrift.
  - c. det initieres et prosjekt som prøver ut ulike metoder for hvordan NOKUT, evt i samarbeid med Helsetilsynet, kan føre tilsyn med kvalitet og relevans i praksisstudier.
- 3 Mer lik lovfesting og finansiering av praksisstudier er en forutsetning for at universitet og høyskoler i samarbeid med praksisfeltet kan sørge for tilstrekkelig tilgang til praksisplasser, og god kvalitet og relevans i praksisstudiene.

### 8. Oppsummering, avslutning og videre arbeid

Målet med Praksisprosjektet har vært å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid for å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene, slik at de kan møte framtidens kompetansebehov.

Det er dokumentert store utfordringer når det gjelder tilgang, kvalitet og relevans på praksissteder i helse- og sosialfagutdanningene. Utfordringene handler om struktur, samarbeid, veiledning og finansiering. Problemene har utviklet seg over tid, til tross for aktuelle lovbestemmelser og forskrifter, rammeplaner, kvalifikasjonsrammeverk og de mulighetene som ligger i NOKUTs tilsynsfunksjon. Mye forklares med uklare styringssignaler, ulike og for dårlige rammebetingelser, mangelfullt samarbeid mellom utdanning og praksisfelt. Konsekvensen blir et misforhold mellom volum og behov på den ene siden, og kapasitet og kompetanse på den andre siden.

Litteratur og arbeidsgrupper presiserer at de viktigste virkemidlene for å bidra til studentenes læring, er god veiledning og tett oppfølging fra både praksisveileder og kontaktlærer. Det er

derfor behov for å øke status på praksisdelen av utdanningene, både i UH og tjenester. Videre bør skapes en karrierevei for de som har en stor andel praksisveiledning i jobben.

Praksisveiledere må ha veiledningskompetanse, og kontaktlærer må være oppdatert på praksisfeltets problemstillinger. Ved å samarbeide om læringsutbyttet for det enkelte praksisemnet, blir det også naturlig å samarbeide om å finne relevante læringsaktiviteter, som igjen gjør det enklere å vurdere den enkelte students utvikling. Slik vil man også kunne sikre at praksisstudiene har en god sammenheng med teoristudiene. En bedre integrasjon mellom teoristudier og praksisstudier, og en bedre sammenheng mellom ulike typer praksisstudier, vil bidra til mer effektiv læring og mer helhetlige utdanninger.

God ledelsesforankring og et likeverdig og forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og praksisinstitusjoner vil bety økt kvalitet i praksisstudiene. Samarbeidet må styrkes på alle nivå og innenfor alle områder, inklusiv forskning, utvikling og innovasjon. Kombinasjonsstillinger kan bidra til å bygge bro mellom utdanningsinstitusjoner og praksisinstitusjoner, øke kompetansen på begge steder og bidra til mer relevante utdanninger.

Dersom prosjektets indikatorforslag støttes av oppdragsgiver, vil neste steg være å operasjonalisere indikatorene i målbare størrelser, slik at vi kan få informasjon om indikatorene. Dersom krav til kvalitet i praksisstudiene forskriftsfestes og hjemles i NOKUTs studietilsynsforordning vil NOKUT, evt i samarbeid med Helsetilsynet, kunne føre tilsyn med kvalitet og relevans i praksisstudier. Hensikten er å forbedre *både* tjenestene, utdanningene og praksisstudiene.

Prosjektgruppen mener det er godt dokumentert at lovfesting av utdanningsoppgaver i tjenestene er en av de viktigste forutsetningene for økt kvalitet og relevans i praksisstudier. Videre må rammevilkårene bedres. Praksisstudier må finansieres mere likt, og være i tråd med de krav som stilles og ressurser som utløses.

\*

Praksisprosjektet har vært et utviklingsprosjekt som har pågått i snart to år. Det har vært mange involverte, med representanter fra både tjenester og utdanninger fra hele landet fra departementsnivå til student-/praksisveileder-/lærernivå. Engasjementet har vært stort, med mye kraft i samme retning. De foreløpige resultatene og anbefalingene er bredt presentert for involverte parter gjennom prosjektperioden, og blitt justert under veis.

Prosjektet foreslår en rekke til tiltak. Selv om ikke tiltakene er store og banebrytende hver for seg, vil de i sum, dersom de blir implementert, utgjøre en stor forskjell på kvalitet og relevans i praksisstudier, og føre til bedre samarbeid og mer kunnskapsbaserte tjenester. Her kan man vise til at praksisstudier har både et kunnskapsformål, sosialiseringformål og rekrutteringsformål.

Både utdanningene og tjenestene skal være kunnskapsbaserte. Det er store faglige gevinster med å ha studenter i praksis. Og profesjonenes særpreg er nettopp at praksiskunnskap og praktiske ferdigheter utgjør en sentral del av kunnskapsgrunnlaget, sammen med forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Økt kvalitet og relevans i praksisstudiene vil bety økt kvalitet og tryggere og mer sammenhengende tjenester for pasienter, klienter og brukere, i tråd med samfunnets behov.

### 8.1. Anbefalte oppfølgingsprosjekter

Det er viktig at partene nå bygger videre på det momentum for endring som er skapt gjennom praksisprosjektet. Basert på et videre samarbeid mellom UH-sektoren og helse- og velferdstjenestene, anbefaler prosjektet rask oppstart av følgende oppfølgingsprosjekter:

- ❖ Det bør utvikles en nasjonal modell for veiledningsutdanning, inklusive læringsutbyttebeskrivelser for det som kan være felles innhold.
- ❖ Det bør utvikles modeller for kombinerte stillinger som kan tilpasses alle profesjonsgrupper innen helse- og sosialfeltet, inklusiv organisering og finansiering.
- ❖ Det bør iverksettes et prosjekt som skal foreslå en modell for utviklingstilsyn av praksissteder, som en oppfølging av anbefalingene knyttet til oppgave 3. Modellen bør utvikles i et samarbeid mellom UH, praksisinstitusjon, Helsetilsynet og NOKUT.
- ❖ Kvalitetsindikatorene bør testes ut og brytes ned i målbare størrelser i et prosjekt.
- ❖ Som en oppfølging av kravene i EUs Yrkesdirektiv, bør det iverksettes et prosjekt som utreder nytten av å utvide varigheten av sykepleierutdanningen til mer enn 3 år.

## Litteratur

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010): Å utdanne sykepleiere: Behov for radikale endringer. Oslo: Akribes.

Biggs, J. (1999) What the student Does: Teaching for enhanced learning. Higher Education Research & Development, 18:1, 57-75.

Biggs, J. B., & Tang, C. (2011): Teaching for quality learning at university: what the student does. Berkshire: Open University Press.

Bjerknes, M., og Christiansen, B. (Eds.). (2015): Praksisveiledning med sykepleierstudenter. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørke et al. (2012): Sluttrapport: Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren. HiOA's småskrift 2012, nr 3. Oslo: Høgskolen i Oslo.

Brandt, E. (2005): Kartlegging av praksisbasert høyere utdanning. NIFU STEP skriftserie, 8, 2005.

Caspersen, J. (2011): Evaluering av samarbeidsmidler i helse- og sosialfagutdanningene. NIFU-rapport 29/2011. <http://www.nifu.no/files/2012/11/NIFUrapport2011-29.pdf>

Caspersen, J. og Kårstein, A. (2013): Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere. NIFU-rapport 14/2013. <http://www.nifu.no/files/2013/04/NIFUrapport2013-14.pdf>

FOR-2010-02-01-96 Forskrift om kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i høyere utdanning og fagskoleutdanning. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-02-01-96>

FOR-2013-02-28-237 Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-02-28-237>

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 rammeplan: Høgskolen i Oslo.

Handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien (2015-2018). Forskning og innovasjon i helse og omsorg (2015-2018). [https://www.regjeringen.no/contentassets/3dca75ce1b2c4e5da7f98775f3fd63ed/handlingsplan\\_ho21.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3dca75ce1b2c4e5da7f98775f3fd63ed/handlingsplan_ho21.pdf)

Haugan, G., E. Aigeltinger og V. Sørli (2012): Relasjonen til veilederen betyr mye for sykepleierstudenter i sykehuspraksis, Sykepleien Forskning 2012 7(2):152-158.

Helse og omsorgsdepartementet (2014): HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014. [https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21\\_strategi\\_web.pdf?id=2266705](https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf?id=2266705)

Helsedirektoratet (2015): Kompetanseløft 2020, For samla helse- og omsorgstjeneste i kommunane.

Kunnskapssenteret 2010: Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/forslag-til-rammeverk-for-et-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helsetjenesten>

HiOA (2015): : <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Veiledning-tverrprofesjonell-tilnaerming-paa-individ-og-gruppenivaa>

HOD (2013): Instruks fra HOD til styrene for de fire RHFene (revidert i 2013)

KD (2014): Kunnskapsdepartementets rundskriv F-03-14 der KD viser til brev fra UHR 22.6.08

Kårstein, A. og Caspersen, J. (2014): Praksis i helse- og sosialfagutdanningene. En litteraturgjennomgang. NIFU-rapport 16/2014. <http://www.nifu.no/files/2014/05/NIFU-rapport2014-16.pdf>

LOV-1983-06-03-54 Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

LOV-1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

LOV-2000-06-02-39 Lov om apotek (apotekloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>

LOV-2005-04-01-15 Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>

LOV-2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

LOV-2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Løw, Ole (2009): Intern konsultation – konsulent i mellomkollegiale relationer i skolen. Liv i skolen, 11 (2).

Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Meld. St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Morris, C., Blaney, D. (2010): Work-Based Learning. I: Swanwick T (ed.) Understanding medical education: Evidence, Theory and Practice. Association for the Study of Medical Education, s. 69–82.

Møreforskning (2015): Kvalitet og kompetanse i praksisveiledning av studenter i helse- og sosialfag i spesialisthelsetjenesten. <http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/helse--utdanning/kvalitet-og-kompetanse-i-praksisveiledning-av-studenter-i-helse--og-sosialfag-i-spesialisthelsetjenesten/1239/2972/>

Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR):

[https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/voksnes\\_laering\\_og\\_kompetanse/artikler/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk/id601327/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/voksnes_laering_og_kompetanse/artikler/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk/id601327/)

NIFU (2015): Praktisk øving i tannhelseutdanningene i Norge. En sammenligning av studiemodeller. NIFU-rapport 12/2015.

NOKUT (2013): Veiledning til studietilsynsforordningen. from

[http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk\\_utdanning/Akkreditering/Veiledning\\_s%c3%b8knad\\_om\\_akkreditering\\_f%c3%b8rste\\_syklus\\_mai\\_2013.pdf](http://www.nokut.no/Documents/NOKUT/Artikkelbibliotek/Norsk_utdanning/Akkreditering/Veiledning_s%c3%b8knad_om_akkreditering_f%c3%b8rste_syklus_mai_2013.pdf)

NOKUT (2015): Arbeidslivsrelevans i høyere utdanning. Undersøkelse om universiteters og høgskolers arbeidslivskontakt og studienes relevans for arbeidslivet.

NOU (2008): Sett under ett. Ny struktur i høyere utdanning (Stjernøutvalget). Kunnskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b45efd2ef1d4960a73a2bc7d0e9ec98/no/pdfs/nou200820080003000dddpdfs.pdf>

Prop. 1 S(2013–2014): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) For budsjettåret 2014, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo

Prop. 29 S(2007-2008): Om samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning nr. 142/2007 av 26. oktober 2007 om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1c8ae4b81923482e8417fc5e21c2735b/no/pdfs/stp200720080029000dddpdfs.pdf>

Prosjektplanen for det samlede prosjektet 'Kvalitet i praksisstudier (Praksisprosjektet)', Prosjekteier UHR, Oppdragsgiver KD  
([http://www.uhr.no/documents/Prosjektplan\\_Praksisprosjektet\\_juni\\_2014.pdf](http://www.uhr.no/documents/Prosjektplan_Praksisprosjektet_juni_2014.pdf))

Rambøll Management Consulting (2013): Samarbeid mellom kommunesektoren og UH-sektoren for økt kvalitet og relevans i UH-utdanning. Rapport skrevet på oppdrag fra KS.

Rammeplaner for høyere utdanning: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/rammeplaner/id435163/>

St.meld. 44 (2008-2009): Utdanningslinja.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/8ccdb8d0af81437e95d2144649864169/no/pdfs/stm200820090044000dddpdfs.pdf>

Strategi HelseOmsorg21. Delrapport om Kunnskapssystemet, datert 18.2. 2014.  
[www.helseomsorg21.no](http://www.helseomsorg21.no)

UHR (2010a): Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av eksternt, veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger.

[http://www.uhr.no/documents/ny\\_kortv\\_m\\_forside\\_FOKUS\\_P\\_PRAKSISSTUDIENE\\_3.pdf](http://www.uhr.no/documents/ny_kortv_m_forside_FOKUS_P_PRAKSISSTUDIENE_3.pdf)

UHR (2010b): Utdanning + FoU = Sant. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Universitets- og Høgskolerådet. [http://www.uhr.no/documents/utdanningogfou\\_ferdigrappport\\_260810.pdf](http://www.uhr.no/documents/utdanningogfou_ferdigrappport_260810.pdf)

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

UHR (2015b): Arbeidsgrupperapporter prosjektet Kvalitet i praksisstudier.  
[http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet\\_i\\_praksisstudier/dokumenter](http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet_i_praksisstudier/dokumenter)

UHR (2016): Kvalitet i praksisstudier [http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet\\_i\\_praksisstudier](http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet_i_praksisstudier)

Waddel, G. og A.K. Burton (2006): Is work good for your health and well-being? TSO, London 2006.



## Vedlegg I: Styringsgruppens medlemmer

| STYRINGSGRUPPEN PROSJEKT KVALITET I PRAKSISSTUDIER          |   |  |
|---|---|--|
| Leder for styringsgruppen                                   | <b>Bente Skulstad</b>                             | avd.dir, Avd Utdanning og Personell, Helseidrettsdirektoratet  |
| Det nasjonale fakultetsmøtet for medisin                    | <b>Nina Langeland</b>                             | dekan, Det medisinsk-odontologiske fakultet, UiB   |
| Det nasjonale fakultetsmøtet for odontologiske fag          | <b>Pål Barkvoll</b>                               | dekan, Det odontologiske fakultet, UiO   |
|   | vara: Anne Merete Aass                            | studiedekan, Det odontologiske fakultet, UiO   |
| Profesjonsrådet for psykologiutdanning                      | <b>Ingunn Skre</b>                                | instituttleder, Institutt for psykologi, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet |
|   | vara: Stian Solem                                 | førsteamanuensis, Psykologisk institutt, NTNU  |
| Profesjonsrådet for farmasiutdanning                        | <b>Thrina Loennechen</b>                          | instituttleder, Institutt for farmasi, UiT   |
| tidl. Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning (NRHS) | <b>Kristin Ravnanger</b>                          | dekan, avd for helse- og sosialfag, HiB  |
|   | <b>Heidi Kapstad</b>                              | dekan, Fakultet for helsevitenskap, HBV  |
|   | <b>Kjell Ivar Iversen</b>                         | dekan, Avdeling for pedagogikk og sosialfag, HiL   |
| Norsk student-organisasjon (NSO)                            | første periode: <b>Jonas Ohlgren Østvik</b>       | siste periode: (Marie Karoliussen)   |
| AV-dir/NAV  | <b>Kristin Kvanvig</b>                            | stedfortredende seksjonssjef, Tjenesteavdelingen   |
|   | vara: Anne Høgetveit, NAV                         |  |
| Bufdir  | <b>Katarina Øi Heidem</b>                         | seniorrådgiver   |
| Unio  | <b>Jarle Grumstad</b>                             | ass. fagsjef, fag og helsepolitisk avd., Norsk sykepleierforbund   |
| LO/FO   | første periode: <b>Geir Johannessen</b>           | medlem av arbeidsutvalget i FO   |
|   | siste periode: <b>Kathrine Haugland Martinsen</b> | medlem av FOs forbundsledelse  |
| Spekter   | første periode: <b>Magne Hustavenes</b>           | helsefaglig sjef, Lovisenberg Diakonale Sykehus  |
|   | siste periode: <b>Kari Raaum Hovde</b>            | spesialrådgiver, Oslo universitetssykehus  |
| KS  | <b>Liv Overaae</b>                                | seniorrådgiver, Avd helse og velferd   |
| Virke   | <b>Tormod Skjerve</b>                             | seniorrådgiver   |
| styringsgruppeseekretær                                     | <b>Trine Grønn</b>                                | prosjektkoordinator og seniorrådgiver, UHR   |

## Vedlegg II: Prosjektgruppens medlemmer

Prosjektleder: Grete Ottersen Samstad, St. Olavs Hospital

| <b>Prosjektgruppemedlem</b>                              | <b>Vara</b>  |
|--|--|
| Anne Mette Koch, Helse Bergen                            | Hege R. Persson, UNN (møtt fast i 2015)  |
| Beate Ytreberg, privat praksis/UiT                       | Yngve Røe, privat praksis/HIOA   |
| Børge Lillebo, NTNU                                      | Per Hjortdal, UiO (2014)<br>Elin Olaug Rosvold, UiO (2015)                               |
| Claes Høyland, Bufetat Region Øst                        |  |
| Ingrid Narum, HIOA                                       | Anne June Iversen, UiT   |
| Jorunn Gjedrem, UiA                                      | Laila Luteberget, Diakonhjemmet høyskole   |
| Knut Steinar Eitungjerdet, NAV Sogn og Fjordane          | Per Inge Langeng, Arbeids- og velferdsdirektoratet                                       |
| Kristin S. Klock, UiB                                    | Kristin Walter, UiB  |
| Merete Rusdal, UiS                                       | Toril Forbord, HiST  |
| Margrete Kanstad, NSO (2014)<br>Mia Andresen, NSO (2015) |  |
| Norman Anderssen, UiB (2014)<br>Stian Solem, NTNU (2015) | Per Einar Binder, UiB  |
| Tove Akre, Larvik kommune                                | Lars Inge Byrkjefot, universitetsklinikken i Tromsø (representerte Fylkeskommunen)(2014) |

Prosjektmedarbeider perioden tom juni 2015 : Silje Paulsen, Helse Midt-Norge

Prosjektmedarbeider perioden 24.08.15 – 29.02.16: Thea Sofie Melhuus Hojem, NTNU

Vedlegg III: Oversikt over involverte departementer, aktører og sentrale praksisarenaer (UHR 2010)

**Tabell 3: Oversikt over involverte departementer med underliggende aktører og sentrale praksisarenaer**

| Dept  | KD <sup>4</sup><br>+ NOKUT                      | HOD  |   |                                 |   | AD   | BLID   | JD                                  |
|---|---|--|---|---------------------------------|---|--|--|-------------------------------------|
| <b>Mest relevante lovverk</b>                         | UH-loven; opplæringsloven                       | Spesialisthelsetj.-loven   | Kommunehelsetj.-loven og sosialtj.-loven              | Tannhelsetj.-loven              | Apotekloven                                       | Lov om sosiale tj. i arbeids- og velferdsforvaltningen                                       | Barnvernsloven   | Straffegjeføringsloven              |
| <b>Hovedaktører ifbm gjennomføring av prx-studier</b> | Universiteter og høyskoler (off og private)     | Fire Regionale helseforetak (RHF) og deres underliggende Helseforetak (HF) | Kommunene og privat virksomhet m/avtaler med kommunen | Fylkeskommuner                  | Norsk Apotekerforening (alle norske apotek medl.) | Statlige og kommunale virksomheter i kommunesektoren, og privat virksomhet med refusjonsrett | Kommuner og privat virksomhet m/avtaler med komm.; Statlig barnevern | Stat/JD og 6 underliggende regioner |
| <b>Noen viktige prx-arenaer</b>                       | Barnehage<br>Grunnskole<br>Vg skole,<br>med mer | Helseforetak og alle virksomheter (off og priv) de har avtaler med         | Off helse- og sosialtj. + private aktører m/avtale    | Tannhelsetj. (DOT) <sup>5</sup> | Apotekene   | NAV og ymse tj.tilbud i privat sektor  | Barnevernstj; priv bv-tiltak mm                                      | Fengsler mm                         |
|   |   |  |   |                                 |   | Asylmottak mm  |  |                                     |

<sup>4</sup> KD – Kunnskapsdepartementet, HOD – Helse- og omsorgsdepartementet, AD – Arbeidsdepartementet, BLID – Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, JD – Justisdepartementet.

<sup>5</sup> Den offentlige tannhelsetjenesten forvaltes av fylkeskommunen underlagt KRD, men sorterer likevel i hht lovverket under HOD

## Vedlegg IV: Program for oppstartskonferansene for oppgave 1 i Praksisprosjektet

**Fredag 23. januar og onsdag 25. februar 2015**

**på Radisson BLU Gardermoen**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Kl. 10.00- 10.30</b> | Velkommen og informasjon om praksisprosjektet v/ styringsgruppeleder Bente Skulstad og prosjektleder Grete Ottersen Samstad  |
| <b>Kl.10.30- 10.50</b>  | <i>Høye ambisjoner for kvalitet og relevans i utdanningene i HelseOmsorg 21.</i> Innledning ved Guri Rørtveit, professor ved Institutt for global helse og helsemedisin ved UiB og deltaker i arbeidet med å utvikle strategien HelseOmsorg21  |
| <b>Kl.10.50-11.30</b>   | <i>Erfaringer med tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) i praksisstudiene.</i> Innledning ved Nanna Hauksdottir, leder for TPS ved det helsevitenskapelige fakultetet, UiT  |
| <b>Kl. 11.30-12.30</b>  | Lunsj  |
| <b>Kl.12.30-13.00</b>   | <i>Hva styrer innholdet og omfanget av praksisstudiene i dag, og hvilket handlingsrom har vi til å foreslå endringer? Om styringsmekanismer i både UH-sektor og tjenester.</i> Innledning ved Tor Rynning Torp, seniorrådgiver i Universitets- og høskolerådet   |
| <b>Kl. 13.00- 13.45</b> | Nærmere om prosjektplanen og hvordan oppgavene tenkes løst/begynner å bli løst ved Grete Ottersen Samstad og prosjektgruppemedlemmene <ul style="list-style-type: none"><li>• Prosjektleder går nærmere inn i arbeidsgruppens oppgave i å vurdere omfang og type praksisstudier per utdanning.</li></ul> |
| <b>Kl.13.45-14.00</b>   | Pause med litt å bite i, samt kaffe og te  |
| <b>Kl.14.00-15.40</b>   | Arbeidsgruppene konstituerer seg, lager møteplan og avklarer forståelsen av oppdraget. Prosjektgruppemedlemmer bidrar i arbeidsgruppene.   |
| <b>Kl. 15.40-16.00</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Spørsmål fra salen</li><li>• Oppsummering og avslutning</li></ul> v/ Bente Skulstad og Grete Ottersen Samstad  |
|                         |  |

**Kl. 16.00: Vel hjem!**