

Björg Aglen

PROSJEKTRAPPORT

Tverrprofesjonelle veilederteam og kvalitet i praktiske studier i sykehjem i forbindelse med utdanning av helsepersonell

11. desember 2017

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Trondheim kommune



Frøya kommune



Sør-Trøndelag fylkeskommune



Forord

Hensikten med evalueringen av dette prosjektet er å bringe fram nyttig kunnskap med tanke på forbedring av veilederes arbeidssituasjon og muligheter for å gjøre en god jobb, og derigjennom forbedre kvaliteten av praktiske studier i helsepersonellutdanninger. I tillegg er tverrprofesjonelle læresituasjoner for studenter og lærlinger i sykehjem evaluert.

Forfatteren vil benytte anledning til å takke de som har bidratt til å realisere både prosjektet og evalueringen

Først og fremst en takk til alle veiledere, lærere, ledere, studenter og lærlinger som ved sitt engasjement og deltakelse har bidratt til å at prosjektet ble en realitet. Takk for at dere har bidratt med informasjon slik at evalueringen kunne gjennomføres.

En spesielt takk rettes til lederne for de involverte sykehjemmene og koordinatorene for de tverrprofesjonelle veilederteamene. Uten ledernes aksept for å ta del i prosjektet hadde det ikke blitt noe prosjekt. Uten koordinatorenes iherdige innsats hadde ingen tverrprofesjonelle veilederteam blitt etablert.

En spesiell takk til Sissel Kvam for et godt og konstruktivt samarbeid.

Takk til samarbeidsutvalget som bidro med midler og vise oss tillit.

Takk til alle samarbeidspartnere i NTNU, både blant vitenskapelig og administrativt ansatte, som har bidratt i prosjektet.

Trondheim 11.desember 2017

Bjørg Aglen

SAMMENDRAG

Prosjektet «Tverrprofesjonelle veilederteam og kvalitet i praktiske studier i sykehjem i forbindelse med utdanning av helsepersonell» omfatter implementering av en intervensjon for å bedre rekruttering, stabilitet, trivsel og kompetanse blant veiledere for studenter og lærlinger i sykehjem. Formålet er å bedre læringsmiljøet og heve kvaliteten i praktiske studier. Intervensjonen hadde også som mål å gi studenter, lærlinger, veiledere og lærere erfaring med tverrprofesjonell samhandling og erfaring med alternative/komplementære samhandlingsformer mellom lærere ved utdanningene og praksisveilederne. Å implementere betyr å gjennomføre aktiviteter som gjør at intervensjonen blir tatt i bruk av hele organisasjonen slik som planlagt og på en slik måte av intervensjonen blir en del av de daglige aktivitetene ved sykehjemmene (de bli institusjonaliserte).

Utviklingscenter for sykehjem i Sør-Trøndelag (USH-ST) har stått for utvikling av intervensjonen og implementeringen, Norges-Tekniskvitenskapelige Universitet (NTNU), Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) har stått for følgeforskningen og denne evalueringsrapporten.

Prosjektperioden varte fra 1. august 2016 til 1. august 2017.

Rapporten er først og fremst en beskrivelse av prosjektets intervensjoner og implementeringsprosessen. Datamaterialet skal bearbejdes av forskergruppen i prosjektet og presenteres i vitenskapelige artikler. Rapporten må derfor leses med det for øyet at den er en første bearbejdelse av datamaterialet. Senere analyser vil utdype og presisere datamaterialet og på den måten spisse og klargjøre budskapet.

Følgeforskningen er designet som et eksplorativt case-studium med kvalitative data fra fokusgruppediskusjoner, dagbøker, nøkkelinformantintervju, feltnotater fra samtaler, deltakende observasjon samt møtereferater og andre dokumenter. Analysen følger prinsippene for kvalitativ innholdsanalyse i en konstruktivistisk vitenskapstradisjon.

USH-ST hadde testet intervensjonens egnethet for implementering i sykehjem i en pilotintervensjon og en spredningsintervensjon. Resultatet av evalueringen viste at veiledning ikke er blant kjerneaktivitetene i sykehjem (Aglén, Sørø, Orvik, & Haugan, 2017). Lederne peker ut veiledere, som så blir overlatt til seg selv uten å kunne forvente støtte hverken fra kollegaer eller lederne sine. Når aktiviteter skal prioriteres, synes det som veiledning er det første som må vike. Denne måten å tenke og handle om veiledning synes å være innarbejdede tanke- og handlingsmønstre som både veilederne selv, deres kollegaer og lederne tar for gitt. Det vil si at tanke- og handlingsmønstrene er institusjonaliserte (Scott, 2008). De institusjonaliserte tanke- og handlingsmønstrene representerer institusjonelle krefter som er stabiliserende og som yter mostand mot endring. Intervensjonen utfordret disse mønstrene og de ble tydelige. I den videre implementeringen ble det derfor lagt vekt på å involvere lederne i tiltak for å gjøre veiledning til en del av de daglige aktivitetene i avdelingen. I tillegg ble tverrprofesjonell samhandlingslæring aktualisert i nasjonale evalueringer og føringer (Caspersen & Kårstein, 2013b; Kårstein & Caspersen, 2014; Meld. St. 13, 2011-2012; Meld. St. 26, 2014-2015)

På grunnlag av evaluering og disse føringene ble den opprinnelige intervensjonen revidert og sammensatt av følgende tiltak:

- Etablere tverrprofesjonelle veilederteam i sykehjemmene
- De tverrprofesjonelle teamene etablerer tverrprofesjonell praksis for studenter, elever og lærlinger i praktiske studier i sykehjem
- Etablere velkomstseminar for nye studenter og lærlinger i sykehjemmene
- Synliggjøre veiledning av studenter, elever og lærlinger i den daglige driften ved sykehjemmene
- Rekruttere til veilederutdanning blant ansatte i sykehjemmene.
- Prøve ut nye samhandlingsformer mellom utdanning og praksisfelt

Tre sykehjem (enheter) fordelt på to kommuner deltok i prosjektet, sammen med to opplæringskontor for lærlinger og fire profesjonsutdanninger ved NTNU. Tilsammen deltok 28 veiledere ved de tre sykehjemmene, 28 studenter og lærlinger og fem lærere fra fem helsepersonellutdanninger. Både helsefagarbeiderlærlinger, vernepleiestudenter, fysioterapistudenter, ergoterapistudenter og sykepleiestudenter deltok. Hver enhet etablerte sitt tverrprofesjonelle veilederteam og arrangerte hver sine velkomstsremonier. Nærmeste leder for veilederne ble oppfordret til å legge til rette for veiledning i sin avdeling både gjennom personalledelse av veilederne og systemer for å kvalitetssikre veiledningen. Prosjektledelsen motiverte sykehjemmene til å sørge for å gi ansatte mulighet for å skaffe seg formell veilederkompetanse. Prosjektledelsen støttet enhetene under etablering av de tverrprofesjonelle veilederteamene og i utarbeidelsen og gjennomføring av de tverrprofesjonelle læresituasjonene. Hvert team hadde hver sin koordinator blant veilederne. Koordinatorene for teamene deltok i prosjektets arbeidsgruppe som møttes hver måned i prosjektperioden. I tillegg hadde prosjektledelsen jevnlig besøk i de tverrprofesjonelle teamene og samtaler med lederne ved enhetene. Ved enkelte enheter følte koordinatorene seg svært alene med ansvaret for å drive teamene – og etterlyste lederstøtte. Prosjektet arrangerte en ledersamling der lederens oppfatning av sin egen rolle tilrettelegging for veiledning var i fokus. De tverrprofesjonelle veilederteamene samlet studentene og lærlingene på sykehjemmet i tverrprofesjonelle lærlingeteam og studentteam. Disse fikk både reelle og fiktive pasientsituasjoner å jobbe med. Teamene jobbet sammen i ca. 8 uker. Lærlinge- og studentteamet fikk veiledning av det tverrprofesjonelle veilederteamet. Den tverrprofesjonelle veiledningen kom i tillegg til den individuelle veiledningen.

Evalueringen har fokus på å identifisere faktorer som hemmet og fremmet implementeringen av intervensjonene i prosjektet.

Ledernes engasjement og støtte overfor veilederne var den faktoren som i størst grad påvirket implementeringen. De enhetene der prosjektet ble innlemmet i ledelsens strategier for å rekruttere og beholde helsepersonell og der lederne aktivt engasjerte seg i intervensjonens tiltak nådde lengst med implementeringen. De enhetene der ledelsen i mindre grad engasjerte seg nådde ikke så langt i implementeringen.

For veilederne opplevdes det som en tilleggsbyrde å leve opp til forventningene om å møte opp i de tverrprofesjonelle veilederteamene dersom ikke lederne aktivt deltok i prioriteringene. Når de først møtte opp, erfarte de støtte og samhørighet i fellesskapet og mulighet for utvikling av kompetanse i veiledning gjennom erfaringsdeling og sammenlikning. Den tverrprofesjonelle sammensetningen gav deltakerne ny innsikt i hverandres profesjoner, perspektiver og funksjon og senket terskelen for å ta kontakt for tverrprofesjonell samhandling vedrørende pasienter.

De tradisjonelle praksisseminarene som utdanningene arrangerer for praksisveiledere og lærere har varierende oppmøte, dels fordi praksisveiledere ikke får fri til å delta i arbeidstiden sin. Prosjektet introduserte en ny arena for samhandling mellom praksis og lærere; lærerne møtte i det tverrprofesjonelle veilederteamet. De hadde mye å snakke sammen om. Lærerne var opptatt av hvordan læringsutbyttene for praksisperiodene ble forstått, praksisveilederne var opptatt hvordan lærerne tenkte. Å få besøk av lærere gar praksisveilederne en opplevelse av anerkjennelse.

Flere veiledere ved enhetene har tatt eller påbegynt formell veilederutdanning. Enhetene synes ikke å ha strategier for hvordan de vil benytte seg av denne kompetansen som de ansatte har ervervet seg.

Velkomstseminarene fikk andre former enn det som opprinnelig var planlagt i prosjektet. Dette skyldtes av studenters og lærlingers praksisperioder ikke er sammenfallende, og at en velkomst nødvendigvis bør skje når studentene og lærlingene ankommer. I de fleste velkomstsamlingene møtte noen av lederne og noen av veilederne, men ingen lærere. Studentene og lærlingene var fornøyde med en markering som viste at de var velkomne selv om ikke alle veilederne og lærerne deltok. Videre fikk de skriftlig og muntlig informasjon om enheten og fikk møte ledelsen ved sykehjemmet. Denne informasjonen om enheten syntes i liten grad å bli fulgt opp systematisk i veiledningen.

Å skaffe seg erfaring med tverrprofesjonell samhandlingslæring var en viktig målsetting i prosjektet. Tverrprofesjonelle veilederteam knyttet til den enkelte sykehjem synes å fungere godt som tilretteleggere og veiledere av studenters og lærlingers tverrprofesjonelle samhandlingslæring i praktiske studier. Studenter og lærlinger trivdes svært godt med de tverrprofesjonelle læresituasjonen som veilederteamene etablerte for dem. Spesielt sykepleiestudentene trakk fram læresituasjonene som det mest interessante og inspirerende med hele praksisperioden. Det syntes å være viktig at studentene og lærlingene hadde noen å henvende seg til for råd og veiledning i de tverrprofesjonelle læresituasjonene. Læresituasjonene gav mulighet for faglig refleksjon som særlig sykepleiestudentene og til dels lærlingene savnet i relasjonen til sin personlige veileder. Den tverrprofesjonelle samhandlingslæringen ble også en arena for støtte i studentrollen.

Det synes å være manglende sammenheng mellom sykepleieres og lærlingers kunnskapsgrunnlag og de praktiske problemene de blir satt til å løse etter endt utdanning. Det synes som praksisfeltet har en målsetting om å sosialisere sykepleiestudenter og lærlinger raskets mulig inn i de eksisterende rutinene vedrørende både pasientrettede og logistikkrettede gjøremål. Dette kom tydelig fram i

sammenlikning mellom fysio- og ergoterapeuters læresituasjoner og veiledning og sykepleiere og lærlingers læresituasjoner. Sykepleieres og lærlingers kunnskapsgrunnlag synes i alt for liten grad å blir adressert både i de praktiske studiene og i jobbene de blir tilbudt etter endt utdanning. Dette gjør jobbene lite faglig interessante og stimulerer ikke til rekruttering.

Ett år er kort tid for å innarbeide endring av en organisasjons tankesett og atferd. Det er derfor for tidlig å si noe om varige endringer. Intervensjonen har utfordret etablerte tanke- og handlingsmønstre ved enhetene og på den måten gjort dem tydelige og mulige og endre. På den måten har evalueringen av prosjektet oppnådd målsettingene om å ha framskaffet kunnskap om de institusjonelle kreftene som hindrer forbedring av rekruttering, stabilitet, trivsel og kompetanse blant veiledere i sykehjem. Prosjektet har bidratt til å rette leders oppmerksomheten mot veiledning og læringsmiljø knyttet til studenter og lærlingers praktiske studier.

Anbefalinger for videre utviklingsarbeid

Tilrettelegging for veiledning:

Praktiske studier i helsepersonellutdanninger anerkjennes som sykehjemmenes «utstillingsvindu» med tanke på rekruttering. Veilederrollen er viktig for hvordan lærlinger og studenter erfarer praksisperioden. Ledere i sykehjem bør vurdere å om eksisterende institusjonaliserte normer knyttet til ledelse og tilrettelegging for veiledning er hensiktsmessige for rekruttering og kompetanse i veilederrollen.

Det synes nødvendig med en planlagt innsats å styrke den formelle veilederkompetansen blant praksisveiledere for å heve kvaliteten på praktiske studier i sykehjem. Kommunen bør vurdere å gjøre veiledning til en karrierevei i sykehjem.

Tverrprofesjonell samhandlingslæring:

Både praksisfelt og utdanningene synes så trenge mer kunnskap om hva tverrprofesjonell samhandling innebærer, hvordan det kan læres, veiledes og vurderes.

Muligheter for fagutvikling i et tverrprofesjonelt fellesskap bør undersøkes nærmere med tanke på rekruttering både til veilederrollen og rekruttering generelt sett i sykehjem. Evalueringen gir grunnlag for å utforske nye former for samhandling mellom fysio- ergo- vernepleie- og sykepleiere. Klarere profesjonsprofiler der profesjonenes ulike perspektiv verdsettes samtidig som arenaer for samhandling etableres kan gjøre det mer faglig utfordrende å jobbe i sykehjem. Samtidig kan det tverrprofesjonelle fellesskapet gi faglig støtte. En slik utforskning bør også omfatte medisinerstudenter/tilsynsleger i sykehjem. Tverrprofesjonell veiledning bør utprøves videre i tilknytning til tverrprofesjonell samhandlingslæring.

Innhold og læresituasjoner i praktiske studier med tanke på rekruttering

For fremme studenters og lærlinger forståelse av egen profesjons funksjon og rolle i en større sammenheng bør sykehjemmets ledelse og veilederne i større grad enn tidligere informere om sykehjemmets rolle i kommunehelsetjenesten og kommunens system for kvalitetsutviklingsarbeid ¹. Beskrivelser av hver enkelt profesjons sitt bidrag og samhandlingen om helsehjelpen vil kunne tydeliggjøre hva praksisperioden kan by på av læresituasjoner. Praksisveilederne bør følge opp informasjonen gjennom tilpassede læresituasjoner og refleksjon. Utdanningene bør ha læringsutbytter knyttet til dette i alle sine emneplaner for praksis studier.

Det er behov for at sykepleierstudenter får øve seg på praktisk problemløsning gjennom aktivisering av det kunnskapsgrunnlaget de har tilegnet seg også i sin første praksisperiode og på den måten erfare praktiske studier, og ikke oppleve seg som arbeidskraft.

På samme måte som for sykepleiestudentene, har lærlinger har behov for veiledere som har tid til å koble lærlingenes erfaringer med kunnskapsgrunnlaget for utdanningen.

Det er behov for å se om bruken av sykepleieres og helsefagarbeideres kompetanse er hensiktsmessig organisert i sykehjem. Den måten jobbene deres er utformet på i dag, synes ikke å rekruttere sykepleiere og utarmer helsefagarbeidernes karrieremuligheter. Erfaringene fra prosjektet tilsier utprøving av et større mangfold profesjoner i sykehjem.

Planlagte endringsprosesser

Ved planlagte endringsprosesser må organisasjonen sikres eierskap til både intervensjonen og implementeringsprosessen. Planlagte endringsprosesser må ta høyde for utforutsette hindringer og sikre nok kapasitet i organisasjonen – ikke bare i prosjektorganisasjonen - til å håndtere hindringer og gjennomføre implementering.

¹ Se Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten - <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

1 Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Rapportens oppbygning.....	2
3	Intervensjon og målsetting	2
4	Om implementering	3
5	Evalueringsmetode.....	4
6	Praktiske studier sin rolle i profesjonsutdanninger	7
6.1	Kvalitet i praktiske studier – en konkretisering.....	8
6.2	Tverrprofesjonell samhandling og samhandlingslæring	10
7	Deltakerne i prosjektet – implementeringskonteksten	11
8	Intervensjonen og implementeringsaktivitetene.....	16
8.1	Lærdom fra pilot- og spredningsprosjektet.....	16
8.2	Veiledning som den del av den daglige driften i avdelingene.....	18
8.3	Rekruttere til veilederutdanning.....	22
8.4	Etablere tverrprofesjonelle veilederteam	25
8.5	Tverrprofesjonell samhandlingspraksis for studenter, elever og lærlinger i praktiske studier.....	28
8.6	Etablere velkomstseminar for nye studenter og lærlinger i enhetene,	30
8.7	Invitere lærerne for studenter og lærlinger til dialog.....	31
8.8	I hvilken grad intervensjonen ble institusjonalisert, det vil si ble til en naturlig del av enhetenes aktiviteter.....	33
9	Evaluering av måloppnåelse.....	34
9.1	Rekruttere og skape trivsel og stabilitet i veilederrollen	35
9.2	Økt veiledningskompetanse blant veilederen.....	35
9.3	Heve veilederrollens status i virksomheten	37
9.4	Bedre studenter, elever og lærlingers læringsmiljø.....	37
9.5	Tverrprofesjonell samhandlingslæring	38
9.6	Nye samhandlingsmønstre mellom utdanning og praksis.....	39
9.7	Resultater av evalueringen når det gjelder kvaliteten i praktiske studier og rekruttering.....	39
9.8	Kunnskap om praksisstedets deltjenester og kvalitetsutviklingssystemer.....	39
9.9	Relevante læresituasjoner for yrkesgruppen.....	41
9.10	Relevante læresituasjoner for tverrprofesjonell samhandlingslæring.....	43
9.11	Trygg relasjon til veileder og positivt læringsmiljø og tilpasset veiledning.....	44
9.12	På sikt, positive effekter på arbeidsmiljø, læringsmiljø, kunnskapsbasert praksis, rekruttering og kvalitet på tjenester.....	45

10	Konklusjon	46
11	Anbefalinger for videre utviklingsarbeid	48
12	Vedlegg	1
13	Referanseliste	7

1 Innledning

Det er en omforent enighet i både praksisfelt, utdanning, blant studenter og myndigheter om at kvaliteten i praktiske studier i profesjonsutdanningene generelt sett må styrkes (Caspersen & Kårstein, 2013a; Kårstein & Caspersen, 2014; Meld. St. 13, 2011-2012). Dette for å sikre utdanning av helsepersonell som er kapable til å møte morgendagens utfordringer i helsetjenesten. Praksisstudiene fungerer som utstillingsvindu med tanke på rekruttering til sykehjem. Erfaringer med et positivt og trivelig læringsmiljø, et faglig interessert og oppdatert fagmiljø stimulerer til rekruttering (Gauten, Øien, & Bratt, 2016; Lea, Mason, Eccleston, & Robinson, 2016). Utfordringer med å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell har blitt en stor utfordring for kommunehelsetjenesten (Roksvaag & Texmon, 2012).

Nasjonale kriterier for kvalitet og relevans i helsefagenes praksisstudier er under utarbeiding (Samstad, 2015). Signalene fra dette arbeidet med utforming av disse kriteriene er entydig i retning av

- Bedre tilrettelegging for tverrprofesjonell samhandlingslæring i praktiske studier,
- Styrket veiledning- og fagkompetanse hos praksisveilederne for å sikre relevante læresituasjoner og kunnskapsbasert praksis
- Virksomhetene må avsette ressurser til veiledning av studenter, elever og lærlinger
- Mer forpliktende samarbeid mellom utdanning og praksis på alle organisatoriske nivåer

Dette prosjektet bygger på kunnskap og erfaringer fra en pilotintervensjon (Aasen, 2014; Aglen et al., 2017; Kvam, 2015) og en spredingsintervensjon (Lie-Pedersen, 2015-2016).

Prosjektet «Tverrprofesjonelle veilederteam og kvalitet i praktiske studier i sykehjem i forbindelse med utdanning av helsepersonell» ble tildelt 1,2 millioner av samarbeidsmidlene forvaltet av tidligere Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), avdeling for sykepleierutdanning og samarbeidskommunene i Sør-Trøndelag. Prosjektperioden varte fra 1. august 2016 til 1. august 2017. I perioden fusjonerte HiST med Norges teknisk -naturvitenskapelige universitet (NTNU). Utviklingscenter for sykehjem i Sør-Trøndelag (USH-ST) har stått for utvikling av intervensjonen og implementeringen, NTNU –Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) har stått for følgeforskningen og denne evalueringsrapporten.

2 Rapportens oppbygning

Prosjektrapporten har følgende oppbygning. Etter en kort presentasjon av intervensjon og målsetting følger en redegjøre generelt for implementering og implementeringsevaluering før evalueringsmetode presenteres. Deretter redegjøres for hvordan prosjektet har definert praktiske studier sin rolle i profesjonsutdanning, tverrprofesjonell samhandlingslæring og kvalitet i praktiske studier. Så følger en presentasjon av de organisatoriske enhetene som var involvert i prosjektet samt hvilke andre aktiviteter disse enhetene var involvert i som kunne påvirke implementeringen. Deretter følger en redegjørelse for intervensjonen og implementeringsaktivitetene og samt de faktorene som hemmet og fremmet intervensjonen. Denne delen blir etterfulgt av en evaluering av måloppnåelse. Til slutt en konklusjon og anbefaling for praksis.

Rapporten er først og fremst en beskrivelse av prosjektets intervensjoner og implementeringsprosessen. Datamaterialet skal bearbejdes av forskergruppen i prosjektet og presenteres i vitenskapelige artikler. Rapporten må derfor leses med det for øyet at den er en første bearbejdelse av datamaterialet. Senere analyser vil utdype og presisere datamaterielt og på den måten spisse og klargjøre budskapet.

3 Intervensjon og målsetting

Dette prosjektet retter fokus på praktiske studier som del av ulike helsefaglige utdanninger. Prosjektet har som overordnet mål å bidra til å bedre kvaliteten på praktiske studier i sykehjem for bachelorstudenter i sykepleie, vernepleie, fysioterapi, samt lærlinger og elever i helsefagarbejderutdanning. Mer spesifikt er målet å bedre kvaliteten på læringsmiljø, læresituasjonene og veiledningen gjennom disse tiltakene:

- Etablere tverrprofesjonelle veilederteam i sykehjemmene
- De tverrprofesjonelle teamene etablerer tverrprofesjonell praksis for studenter, elever og lærlinger i praktiske studier
- Etablere velkomstseminar i sykehjemmene
- Synliggjøre veiledning av studenter, elever og lærlinger i den daglige driften ved sykehjemmene
- Rekruttere til veilednerutdanning blant ansatte i sykehjemmene.
- Prøve ut nye samhandlingsformer mellom utdanning og praksisfelt

Gjennom å implementere disse tiltakene har prosjektet som målsetting å

- rekruttere til veilednerrollen
- skape stabilitet og trivsel i veilednerrollen
- øke veiledningskompetansen hos veilednerne
- heve veilednerrollens status i virksomheten
- bedre studenter, elevers og lærlingers læringsmiljø
- etablere tverrfaglig samhandlingslæring blant
 - a. veilednerne
 - b. lærere/utdanningene

c. studenter, elever og lærlinger

- inspirere til nye samhandlingsmønstre mellom utdanning og praksis for bedre kvaliteten i praktiske studier inkludert erfaringer med tverrprofesjonell samhandlingslæring
- på sikt skape positive effekter på arbeidsmiljø, læringsmiljø, kunnskapsbasert praksis, rekruttering og kvalitet på tjenester

4 Om implementering

Prosjektet har som mål å forbedre veiledningspraksis gjennom å implementere forskningsbaserte endringer i praksisen. Disse endringene fordrer at enkeltpersoner endrer atferd og tenker annerledes enn tidligere. Men det er ikke nok.

Enkeltpersoners atferd og tanker påvirkes av de personene en omgis av. Og ikke nok med det – i et fellesskap vil det utvikles normer for atferd som fellesskapet etter hvert tar for gitt – det stilles ikke spørsmål ved normene lenger – «sånn gjør vi det hos oss». Normene har vist seg å ha stor innflytelse på både enkeltpersoners og gruppers atferd og tankesett. Samhandlingsmønstre og tankesett som er blitt stabile og gjennomtrenger organisasjoner kalles for institusjoner, eller institusjonelle normer, tanke-sett og handlingsmønstre (Scott, 2008). Når institusjonen har stor oppslutning, det vil si at den gjennomsyrrer hele organisasjonen, har den stor kraft og vi omtaler disse kreftene som institusjonelle krefter. Sykehjem kan betraktes som institusjoner dersom helsepersonellet gjennom lang tids samhandling har utviklet felles tankesett, handlingsmønstre og normer som bidrar til bedre arbeidsflyt og effektiv gjennomføring av gjøremål, og som reduserer behovet for kommunikasjon. For en nyansatt, eller en student eller en lærling, forventer institusjonen at vedkommende innordner seg og trer inn i de rollene som institusjonen tilbyr. I en institusjon, vil en student eller lærling betraktes som flink og dugelig dersom vedkommende raskt og effektivt tilegne seg ferdigheter som kreves for å bekle den tildelte rollen. Institusjoner er ikke noe negativt i seg selv, men de er relativt stabile og lite mottakelige for endringer.

Et annet kjennetegn ved institusjoner er at organisasjoner som arbeider med samme oppgaver har en tendens til å sammenlikne seg med hverandre, og «stjeler» ideer fra hverandre. På en måten danner likeartede organisasjoner – som sykehjem – institusjonelle felt (Czarniawska & Joerges, 1996; Dimaggio & Powell, 1983). Det vil si at vi kan finne likhetstrekk ved sykehjem til og med på tvers av landegrenser (se for eksempel Forber, DiGiacomo, Davidson, Carter, & Jackson, 2015). Derfor kan internasjonal forskning om veiledning i sykehjem også ha relevans for norske forhold.

Det ligger i sakens natur at implementering av en intervensjon har som hensikt å endre atferd og måter å tenke på. En intervensjon vil derfor utfordre institusjonen. En intervensjon er en samling tiltak som skal føre til måloppnåelse: Det det vil si, aktiviteter som de involverte i prosjektet skal gjøre annerledes enn de pleier å gjøre i forbindelse med de praktiske studiene for studenter og læretiden for lærlinger. Det å innføre nye tankesett og handlingsmønstre i en organisasjon kalles implementering (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Roland, 2015b; Thelen & Mahoney, 2010). Ledere av en organisasjon har makt og myndighet til å sette endring på agendaen og tilskynde endring av tankesett og handlingsmønstre i ønsket

retning. Ledere har ulike virkemidler de kan ta i bruk for å oppnå endring (Orvik, 2015).

Implementeringsevaluering handler følgelig om å evaluere selve prosessen med implementeringen av intervensjonen, om intervensjonen ble tatt i bruk som planlagt og om målsettingene ble oppnådd (Fixsen et al., 2005; Pinnock et al., 2017; Roland, 2015b). Det har ingen hensikt å evaluere effekten av en intervensjon dersom den er mangelfullt implementert eller svært endret.

Et år er kort tid i implementeringssammenheng (Fixsen et al., 2005; Roland, 2015b). Evalueringen etter ett år har kun potensiale til å presentere *tendenser* til endringer, tendenser som det er usikkert om vil fortsette eller utvikle seg til stabile endringer av atferd og tankemåter. Evalueringen av dette prosjektet handler derfor i hovedsak om hvilke institusjonelle kjennetegn som ble avdekket og som enten fremmet eller hemmet at intervensjonen ble tatt i bruk som planlagt.

5 Evalueringsmetode

Evalueringsmetoden følger prinsippene for følgeforskning. Følgeforskning er et eget forskningskonsept der forskeren inntar en posisjon mellom endringsagenten i aksjonsforskning og den objektive, observerende forskeren kjent fra kvantitative forskningsdesign (Olsen & Lindøe, 2004). Målsettingen med følgeforskningen er å:

- a) Bidra med kunnskapsoppsummeringer om faktorer som kan påvirke implementering av ny praksis
- b) Bidra til formative evaluering av intervensjonen underveis med tanke på vellykket implementering
- c) Bidra til utvikling av systematisk kunnskap om hva som bidrar til kvalitet i praktiske studier

Disse målsettingene reflekterer profesjonsutdanningenes samfunnsmandat om praksisnært forskning og utviklingsarbeid. Prosjektet kan bidra til å styrke praksisfeltets kompetanse i kunnskapsbasert praksis, fagutvikling og forskning (Jfr. Disch, Cappelen, & Førland, 2014).

Etikk og etiske problemstillinger knyttet til evalueringen

Prosjektet har godkjent av personvernombudet ved Norsk Senter for forskningsdata. Det vil si at prosjektet følger forskningsetiske standarder. Ledere, veiledere, studenter, lærlinger og implementeringsmedarbeidere har avgitt informert samtykke til at informasjonen de har avgitt i ulike fora kan brukes til å belyse prosjektets formål. Videre har lederne og de enkelte veilederne, studentene og lærlingene på det enkelte praksissted godkjent forskerens tilstedeværelse for deltakende observasjon av veiledning og tilrettelegging for veiledning. De har hatt muligheten til å trekke samtykket når som helst i prosjektperioden. Data i form av opptak og filmer er transkribert og alle personidentifiserende kjennetegn er fjernet. Oppbevaring av data følger kravene i personopplysningsloven.

Dette prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom navngitte kommuner, utdannings-, fagutvikling- og forskningsinstitusjoner. Informasjon på institusjonsnivå og kommunenivå er derfor ikke anonymisert. Når det gjelder informasjon på personnivå er personidentifiserbare opplysninger fjernet. Av etiske hensyn er rolletilknyttet informasjon ikke spesifisert på enhetsnivå. Deltakere i styringsgruppe, referansegruppe og prosjektledere er ikke aidentifisert fordi disse rollene betraktes som offentlig (se vedlegg for prosjektorganisering).

Design, utvalg, data og datainnsamling

Designet er utforskende (Brinkmann & Kvale, 2015; M. Q. Patton, 2002), det vil si at forskeren ikke på forhånd har definert spesielle kjennetegn eller mønstre knyttet til implementering av intervensjonen, men stiller seg åpent til hva datamaterialet kan by på av meningsfulle fortolkninger. Forskerne har lagt vekt på å velge teoretiske perspektiv som i størst mulig grad løfter fra det sentrale budskapet i datamaterialet. Forskningsdesign og data: Case-studium med flere typer kvalitative data: a) feltnotater fra forskernes deltakelse i samarbeidsmøter, samtaler, informasjonsmøter og seminarer, b) dagboknotater fra nøkkelinformanter og deltakerne i arbeidsgruppen, c) fokusgruppediskusjoner med deltakere i de tverrprofesjonelle veilederteamene og studenter/elever/lærlinger og lærere ved utdanningene, d) dialog mellom ledere og forskere på ledersamlingen, e) dokumenter, referater og rapporter vedrørende prosjektet og virksomhetene som er involvert (M. Q. Patton, 2002). Av 28 veiledere, møtte 13 opp på fokusgruppediskusjonen. Blant studentene var oppmøte 17 av 18, blant lærlingene møtte ca. halvparten (se tabell 1). Av 8 lærere, møtte 7 opp på fokusgruppediskusjonen. Arbeid med datainnsamling og analyse skjedde i hele i prosjektperioden.

Tabell 1: Fordeling av studenter og lærlinger pr enhet, samt oppmøte av studenter og lærlinger i FGD

FGD	Lærling	Sykepleie-studenter	Fysioterapi-studenter	Ergoterapi-studenter	Vernepleie-studenter	Totalt
Enhet A	1 (2)	2	1	1	1	6 (8)
Enhet B -1*	1 (2)	2	1	1	-	5 (6)
Enhet B -2*	0 (2)	2	1	-	-	3 (5)
Enhet C	2 (3)	3 (4)		1	1	7 (9)
Totalt	4 (9)	9 (10)	3	3	2	21 (28)

*Ved enhet B ble det gjennomført to FGD på grunn av antall studenter og lærlinger som hadde sagt ja til å delta.

Tallene i parentes er alle som ble invitert til å delta i FGD og representerer fordelingen av antall studenter på de ulike utdanningene og enhetene, og antall lærlinger pr enhet. Tallene utenfor parentes er antall deltakere i FGD-studenter og lærlinger.

Analyse

Analysen er foretatt av forskerne i prosjektet. Kvalitativ metode innebærer fortolkning av datamaterialet (Brinkmann & Kvale, 2015). Slike fortolkninger vil være preget av forskernes for forståelse og deres valg av perspektiv. Forskerne er alle sykepleiere

med forskerutdanning eller under forskerutdanning. Forskerteamet i prosjektet består av fire personer; Professor Gørill Haugan, dosent Arne Orvik, universitetslektor Vera Louise Sørø og førstelektor Bjørg Aglen. To av forskerne har fortid som ledere i kommunens helse og omsorgstjeneste. En av forskerne har lang erfaring innenfor utdanning i ledelse og organisering av helsetjenesten. Alle forskerne har pedagogisk utdanning og har erfaring som lærere i profesjonsutdanning, først og fremst sykepleie.

Analysen er gjennomført som en kvalitativ tematisk innholdsanalyse der hensikten har vært å være både beskrivende og kritisk til materialet (Brinkmann & Kvale, 2015). Aglen har gjennomgått hele datamaterialet og skrevet sammendrag som avspeiler hovedtema i materialet. Disse er diskutert med de øvrige forskerne som hver for seg har lest deler av materialet. Forskerne har hele tiden sjekket om fortolkninger og konklusjoner kan føres tilbake til datamaterialet.

FGD står for fokusgruppediskusjon. Forskerne foretrekker FGD foran fokusgruppeintervju, da gruppene har mer preg av diskusjon enn av at forskeren intervjuer (Orvik, Larun, Berland, & Ringsberg, 2013). Datamaterialet fra FGD avspeiler refleksjoner og meningsutvekslinger mellom deltakerne, der den enes uttalelser inspirerer de andre, slik at informasjonen både blir nyansert og utdypet (Lerdal & Karlsen, 2008; Orvik et al., 2013). FGD ble valgt fordi alle deltakerne kjente hverandre og alle hadde førstehånds kjennskap til de erfaringene vi ønsket å undersøke. Slike betingelser kan inspirere til diskusjonen og refleksjoner hos deltakerne slik at stadig nye synspunkter kommer fram, og på den måten berikes datamaterialet (Kitzinger, 1994; Lerdal & Karlsen, 2008).

Svakheter og styrker ved evalueringsmetoden

Som tidligere nevnt er ett år kort tid i implementeringssammenheng. Materialet viser kun tendenser og ikke tydelige mønstre når det gjelder innvirkninger prosjektet har hatt på veiledning og kvalitet av praktiske studier i enhetene som har deltatt. På en annen side viser datamaterialet resultater som kan tolkes som relativt stabile institusjonaliserte kjennetegn ved sykehjemmets vilkår for veiledning. Disse kjennetegnene trådte fram når de blir utfordret av intervensjonen i prosjektet. Resultatene i rapporten er overførbare i den grad kjennetegn ved konteksten som er beskrevet i rapporten er gjenkjennbare i nye sammenhenger og i den grad leseren kan identifisere seg med de teoretiske perspektivene som er lagt til grunn for tolkningen av resultatene. Det er et omfattende datamateriale som danner grunnlag for evalueringen, og de resultatene som er trukket fram avspeiler datamaterialet som helhet når ikke annet er oppgitt.

Å evaluere resultat er noe annet enn å evaluere effekt. Mens effekt (efficiency & effectiveness) evaluere en intervensjons effekt på noen få utvalgte utfallsmål, er resultatevaluering (outcomes) en mer åpen evaluering der alle resultat av intervensjonen beskrives, også de man ikke forutså (Jacobsen, 2015). En resultatevaluering kan være utgangspunkt for et senere effekt-studium.

6 Praktiske studier sin rolle i profesjonsutdanninger

Det som kjennetegner en profesjon er at den anvender kunnskap fra ulike fagområder for å løse sitt samfunnsoppdrag (Grimen & Molander, 2008; Haugen, 2011; Molander & Grimen, 2010). Det vil si at kunnskapsgrunnlaget for en profesjon er tverrfaglig sammensatt. Skillet mellom fagutdanning og profesjonsutdanning er glidende. Begge kategorier utdanninger bygger på et kunnskapsgrunnlag, det er omfang og dybde av kunnskap og forventet evne til problemløsning som skiller fagutdanning og høyere utdanning. Benevnelsene profesjonsgruppe og yrkesgruppe blir brukt synonymt i denne rapporten. I denne rapporten brukes profesjonsutdanning både om fagutdanning og høyrere utdanning. Profesjonsutdanninger skal sørge for at studenter og lærlinger tilegner seg et kunnskapsgrunnlag og en dømmekraft som er nødvendig for å kunne løse de oppgavene samfunnet forventer av dem (samfunnsoppdraget). Disse forventningene kan være gitt i rammeplaner eller fagplaner slik det er for de yrkesgruppene som inngår i dette prosjektet (Se rammeplanene² for vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere og fagplan for helsefagarbeidere³). Kunnskapsgrunnlaget skal være av god kvalitet, og forskningsbasert kunnskap fra flere vitenskapelige disipliner kan inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget. Utfordringen profesjonsutøveren står overfor i praksis er å gjøre kunnskapsgrunnlaget relevant for problemløsningen i konkrete praktiske situasjoner. Profesjonsutøvelse innebærer altså å koble teori til praktiske problemstillinger. Mer konkret skjer dette vet at profesjonsutøveren bruker teori for å forstå den aktuelle problemstillingen, analysere den, kunne kommunisere om den, avveie mulige løsninger og avgjøre den mest optimale løsningen (Aita, Richer, & Heon, 2007; Estabrooks et al., 2011; Lauder, Reynolds, & Angus, 1999). Profesjonsutøvelsen består også i å iverksette og evaluere løsninger. Ettersom profesjoner arbeider med praktisk problemløsning, har hver profesjon sin problemløsende metode, for eksempel sykepleieprosessen for sykepleiere. Situasjonen profesjonsutøveren står foran, kan være mer eller mindre kompleks, og mer eller mindre forutsigbar og oversiktlig. Løsningen på problemstillingen er som regel ikke gitt og det kreves større eller mindre grad av skjønnsutøvelse for å komme fram til en løsning (Grimen & Molander, 2008). Det er denne evne til skjønn som skal oppøves i løpet av praktiske studier og læretid. Læresituasjonene må derfor tilrettelegges slik at de trigger kunnskapsgrunnlaget studenten og lærlingen er i ferd med å tilegne seg (Schön, 2001; Yanow & Tsoukas, 2009). Læresituasjonene skal sette studenten og lærlingen i stand til å tenke kritisk over hva som er passende helsehjelp i skjæringspunktet mellom pasientens behov og de ressurser som er til rådighet i den konkrete pasientsituasjonen.

Kort om utdanningenes oppbygging

Hvert utdanningssted konkretiserer og strukturerer rammeplanen og læreplanene i flere mindre deler, såkalte emneplaner i høyere utdanning, og hovedområder i fagarbeiderutdanningene. Hvert emne eller hovedområde har et spesifikt faglig innhold og spesifikke læringsutbytter knyttet til seg. Begrepet læringsutbyttet betyr det utbyttet studentene og lærlingene skal tilegne seg gjennom læringsaktivitetene

² <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/rammeplaner/id435163/>

³ <https://www.udir.no/kl06/HEA3-02>

knyttet til emnet eller hovedområdet. Det er vesentlig at praksisstedet og veilederne kjenner til det faglige innholdet og læringsutbyttene for å kunne tilby relevante læresituasjoner og veiledning og for å kunne gjøre en troverdig vurdering av studenters og lærlingers oppnåelse av læringsutbyttene⁴. Like viktig som den yrkesspesifikke kompetansen er det å lære seg å vurdere grensene for sin egen yrkesgruppens kompetanseområde og hvilke andre yrkesgrupper som kan bistå pasienten, jfr. helsepersonellovens § 4⁵. Utvikling av den tverrprofesjonelle samhandlingskompetansen skal også inngå i de praktiske studiene/læretiden og være beskrevet i læringsutbyttene for praksisperiodene. Alle utdanningene har flere praksisperioder med ulike fokus innenfor spekteret av de problemstillingene profesjonen skal løse, og det er en progresjon i læringsutbyttene mot at studenter og lærlinger i større grad skal beherske å sette sammen kunnskap fra ulike kunnskapsdisipliner og beherske en stadig mer kompleks problemløsning selvstendig. For lærlinger og sykepleiestudentene utgjør praktiske studier 50 % av læretiden/ studiepoengene, mens for de for de øvrige utgjør mellom 26 til 33 % (se tabell 2).

Tabell 2: Andel studiepoeng /tid i praktiske studier pr utdanning

Utdanning	Læring på skolen studiepoeng/ tid av utdanningsforløp	Læring i praksis studiepoeng/ tid av utdanningsforløp
Vernepleie	74 %	26 %
Fysioterapi **	75 %	25 %
Ergoterapi	67 %	33 %
Sykepleie	50 %	50 %
Helsefagarbeider	50 % *	50 % *

** Krav om ett års turnustjeneste etter 3 års bachelorutdanning for å autorisasjon som helsepersonell

Etter at helsepersonellutdanning ble overført fra helsetjenesten til utdanningsinstitusjonene har studier gjennom flere år pekt på manglende samhandling mellom utdanning og praksis (Forber et al., 2015; Laiho, 2010). På samme måte i helsetjenesten, har spesialisering av utdanningene medført samhandlingsutfordringer. Spesielt pekes det på manglende avklaring av ansvar for veilederne i de praktiske studiene, at veiledere enten synes å mangle informasjon om kunnskapsgrunnlag og relevante læresituasjoner og mangler muligheter for å veiledning innenfor rammene av jobben sin (Caspersen & Kårstein, 2013b; Forber et al., 2015; Kårstein & Caspersen, 2014; Meld. St. 13, 2011-2012).

6.1 Kvalitet i praktiske studier – en konkretisering

Dette prosjektet hadde først og fremst fokus på veiledernes arbeidssituasjon og kompetanse fordi vi la til grunn at slike faktorer er viktig for kvalitet i praktiske studier. Følgforskningen har i midlertid et eksplorativt design, slik at vi i følgforskningen er oppmerksomme på resultater vi ikke har forventet. Noen av disse resultatene er knyttet til oppfatninger om hva profesjonsutøvelse innebærer og relevante læresituasjoner for å lære slik profesjonsutøvelse. For å kunne analysere resultatene

⁴ For mer informasjon om studieprogrammene se <https://www.ntnu.no/studier> og https://www.stfk.no/Om_fylkeskommunen/Administrative_enheter/Videregaende-skoler/

⁵ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2

trengs en forståelse for hva kvalitet i praktiske studier kan være. Dette forståelsen av kvalitet var derfor ikke presentert for deltakerne da prosjektet startet. Kvaliteten på studenter og lærlingers praktiske studier innenfor helsefagene kan sies å være bestemt av tre hovedelementer (Kårstein & Caspersen, 2014; Orvik, 2015; Reeves, 2009; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002):

1. mulighet for pasientkontakt der studenter og lærlinger får trent vurderingsevne i problemstillinger som er relevante for profesjonen.
2. mulighet for veiledning slik at studenter og lærlinger får støtte i utvikling av vurderingsevnen
3. mulighet for tverrprofesjonell samhandlingslæring
4. mulighet for å lære om hvordan helsehjelpen på det aktuelle praksisstedet er organisert og ledet med tanke på kvalitet og forsvarlighet

Tilfredsstillende kvalitet når det gjelder disse fire punktene, legitimerer at store deler av utdanningene kan legges til praksis som læringsarena. Manglende kvalitet kan undergrave legitimitet av praktiske studier i profesjonsutdanningene⁶.

Læring skjer best når den som skal lære er motivert, trygg, informert om hva som skal læres, får tilpassede, relevante læresituasjoner, støtte og tilbakemelding, og mulighet for refleksjon (Gidman, 2001; Rebeiro, Edward, Chapman, & Evans, 2015; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002). Samtidig har veiledere ofte en dobbeltrolle; både veiledning og vurdering. I tillegg til å etablere tillitsforhold, planlegge læringen og reflekter over erfaringer på bakgrunn av teori sammen med student/lærling, skal veilederen vurdere student/lærlingens personlig skikkethet og tilegnelse av læringsutbyttene for praksisperioden/læretiden.

Relasjonen til veileder er ansett som svært viktig for trivsel og læring hos studenter og lærlinger (Laitinen-Väänänen, 2008; N. Patton, Higgs, & Smith, 2013; Rambøll, 2015; Rebeiro et al., 2015; Rodger, Fitzgerald, Davila, Millar, & Allison, 2011; Sandvik et al., 2012). Samtidig har de øvrige ansattes og lederes innstilling også stor betydning for hvordan læringsmiljøet oppleves, spesielt når både profesjonsutøvelsen og læringen skjer i en kontekst der flere samarbeider om å yte døgntilrettelagt helsehjelp (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002).

Både læresituasjoner og samhandlingsrelasjoner vil være avhengig av den helsehjelpen tjenestestedet skal yte i henhold til lov, forskrift og nasjonale og lokale retningslinjer og tjenestebeskrivelser (Se for eksempel Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Videre trenger studenter og lærlinger innsikt i hvem som gjør hva for å oppnå faglig forsvarlige tjenester og tilfredsstillende kvalitet i kvalitetssikrings/utviklingssystemet sitt. Dette er vesentlig informasjon for at studenter og lærlinger skal kunne sette seg inn i rammevilkårene for helsehjelpen på det aktuelle praksisstedet. Det er ikke opp til studenten/lærlingen å definere kvalitet på egen hånd. Føringer for hva som er kvalitet eksisterer allerede og

⁶ Se NOKUT –rapport Praksisstudier i sykepleierutdanningen 2004-2005, <http://www.nokut.no/no/fakta/nokuts-publikasjoner/utredninger-og-analyser/norsk-utdanning/praksisstudier-i-sykepleierutdanningen/> og NOKUT – rapport Tilsyn med bachelorutdanningen i vernepleie 2015, <http://www.nokut.no/Tilsyn-med-bachelorgradsutdanningen-i-vernepleie>

rammer inn den enkelte helsepersonell sitt handlingsrom for forsvarlig og god helsehjelp. Tidlig i utdanningsforløpet må studenter og lærlinger ha hjelp fra veileder for å forstå dette. Studenter og lærlinger trenger også tidlig å forstå hvordan helsetjenesten er spesialisert i deltjenester (Norvoll, 2009; Orvik, 2015) og hvordan denne spesialiseringen utløser behov samhandling mellom deltjenestene for at pasientene skal få nødvendig helsehjelp (St.meld. nr. 47, 2008-2009).

Veiledningen i praktiske studier har derfor disse oppgavene knyttet til seg:

- 1) etablere en trygg relasjon mellom veileder og student/lærling
- 2) legge til rette for at studenten og lærlingen kan sette seg inn praksisstedets tjenester og kvalitetsutviklingssystemet knyttet til helsehjelpen på det aktuelle praksisstedet
- 3) legge til rette for læresituasjoner som er
 - a. relevante for yrkesgruppen og læringsutbyttene i emneplanen
 - b. relevante for tverrprofesjonell samhandling og læringsutbyttene i emneplanen
- 4) gi tilpasset veiledning før, under og/eller etter studenten/lærlinger har pasientkontakt/pårørendekontakt eller samhandlet med andre yrkesgrupper
- 5) vurdere studenten/lærlingens progresjon i oppnåelse av læringsutbyttene som er relevante for praksisperioden

6.2 Tverrprofesjonell samhandling og samhandlingslæring

Tverrprofesjonell samhandlingslæring (TPSL) kan defineres som når studenter og lærlinger fra ulike profesjonsutdanning lærer av, med og om hverandre (Almás, 2009a; WHO, 2010). Behovet for samhandling og samhandlingslæring har sitt utspring i en stadig større grad av spesialisering av helsetjenestene. Spesialiseringen følger to dimensjoner: profesjonsspesialisering og tjenestespesialisering (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Kommunehelsetjenesten har gått fra hovedsakelig å være bemannet med noen få leger, jordmødre og sykepleiere til å ha et langt større mangfold av profesjoner og langt større omfang av profesjonelle tjenesteytere. De ulike profesjonene legitimerer sin berettigelse med å kunne løse ulike sider av pasienters helseproblemer og funksjonsnedsettelse ved hjelp av hver sitt profesjonsspesifikke kunnskapsgrunnlag. På samme måte er tjenestene blitt spesialisert i ulike organisatoriske enheter (deltjenester og tjenestenivå) for å kunne være effektive og samtidig gi tjenester med god kvalitet. Samtidig som spesialiseringen kan innebære tjenester av høyere kvalitet og effektivitet, har den negative konsekvenser. Dårlig koordinerte tjenester representere en belastning og en fare for pasienter og pårørende, og kan være ineffektive og kostbare (Helsedirektoratet, 2013; Riksrevisjonen, 2015-2016). Det er derfor av stor betydning at helsepersonell har kjennskap til sine samarbeidspartnere i andre profesjoner og kjennskap til hvordan deltjenestene sammen skal bidra til en helhetlig tjeneste. Helsepersonelloven (1999 § 4) pålegger helsepersonell å yte forsvarlige tjenester i samhandling med hverandre. Profesjonsutøveren er selv ansvarlig for å vurdere sin kompetanse opp mot den aktuelle situasjonen og innhente ekspertise fra andre profesjoner dersom utøveren finner det nødvendig. Vurderingen av forsvarligheten er i denne sammenhengen knyttet både til profesjonens formelle kompetanse gitt i autorisasjonen, i hvilken grad den enkelte profesjonsutøver har tilegnet seg profesjonens kompetanse samt

ressursene profesjonsutøveren har tilgjengelig i den aktuelle konteksten helsehjelpen ytes i (Molven, 2015; Sosial- og helsedepartementet, 1998-1999).

TPSL skal sette studenter og lærlinger i stand til vurdere grenser for sin egen profesjons ansvarsområde og ha innsikt andre profesjoners ansvarsområder og samt lære tverrprofesjonell samhandling (Gilbert, Yan, & Hoffman, 2010; WHO, 2010). Aktuelle læresituasjoner i TPSL kan være skyggepraksis, deltakelse i behandlingsmøter, tverrprofesjonell refleksjon over pasientsituasjoner og roller knyttet til helsehjelp (Kristensen, Flo, & Fagerström, 2014). Rollen til tverrprofesjonelle veiledere kan bestå i å 1) legge til rette for tverrprofesjonell samhandlingslæring (etablere tverrprofesjonelle læresituasjoner), 2) veiledning i samhandling og 3) vurdering av oppnådd kompetanse i samhandling (Marshall & Gordon, 2010).

7 Deltakerne i prosjektet – implementeringskonteksten

Implementeringskontekst er viktig når implementering skal evalueres. Dette fordi konteksten representerer den virkeligheten intervensjonen skal realiseres i. Det kan være mange faktorer i konteksten som påvirker denne realiseringen. Det som fungerer i en kontekst trenger ikke gjøre det i en annen. Kjønnetegnet ved konteksten har derfor betydning for tolkning av resultatene og for overføringsverdi av intervensjonen. Nedenfor følger en beskrivelse av de organisatoriske enhetene som var involvert i prosjektet, hvilken situasjon de var i som kan ha påvirket implementeringen og deres erfaringer med veiledning i praktiske studier.

Kommunene har ulike benevnelser på ledernivåer og virksomhetsenheter. I denne rapporten brukes benevnelsen enhetsleder også om virksomhetsleder, og fagleder også om avdelingsleder selv om det er ulikheter i det formelle ansvaret mellom de siste. Benevnelsen enhet brukes om sykehjem og helsehus.

Utviklingscenter for sykehjem i Sør-Trøndelag (USH-ST)

Det fantes utviklingscenter for henholdsvis sykehjem og hjemmetjenester i alle fylker. Sentrene er delvis finansiert av helsedirektoratet. Alle sentrene skal i samarbeid med kommunene i sine respektive fylker, etablere aktiviteter som bidrar til utvikling av i sykehjem og hjemmetjeneste, deriblant stimulere til et aktivt læringsmiljø. USH-ST har utviklet intervensjonen, «eide» den og hadde hovedansvar for implementeringsaktivitetene. Prosjektlederen, sykepleier og pedagog, fra USH-ST brukte ca. 40 % av stillingen sin i prosjektet. Med seg hadde hun en medarbeider fra USH-ST, også sykepleier, som jobbet ca. 20 % av stillingen sin i prosjektet. I prosjektperioden ble USH-ST lagt ned og fusjonert med utviklingscenter for hjemmetjenester i Sør-Trøndelag og lagt til Åfjord kommune med virkning fra 1. januar 2017. Dette forstyrret prosjektledelsen ganske mye fordi prosjektlederen og medarbeideren som hadde ansvar for implementering av intervensjonen måtte avvikle aktivitetene sine i prosjektet våren 2017. Sentret i Åfjord ble kontakten for å høre om de kunne ta over prosjektlederrollen. De ville måtte bruke mye ressurser og tid på å sette seg inn i prosjektet og enhetene som var involvert og hadde ikke kapasitet til det. Aktiviteten måtte da skaleres ned, samtidig som prosjektmidler ble

overført fra 2016 til 2017 slik at prosjektleder fra USH-ST kunne arbeide deltid i prosjektet fram til 1.05.2017.

Enhet A og B tilhører helse- og velferdstjenesten i Trondheim kommune.

Enhet A

Helse og velferds – senteret omfatter et sykehjem med to avdelinger, hver med 12 enerom. En avdeling i sykehjemmet var med i prosjektet. Avgrensingene ble gjort for å ha kapasitet til å følge opp og for å få prosjektmidlene til å strekke til. Ved denne enheten er en fagarbeider tillagt ansvar for oppfølging av veiledere for helsefagarbeiderlæringer og elever fra helse og oppvekstfag i videregående skole. Vedkommende har 20 % stilling avsatt til funksjonen. Denne personen tok ansvar for koordinere det tverrprofesjonelle veilederteamet ved enheten. Denne enheten har ikke fysio-ergoterapitjenester, men det ble etablert en samarbeid med bydelens fysio- og ergoterapitjenester. Fysio-ergoterapistudentene deltok i team med sykepleie – og vernepleiestudenter og fagarbeiderlæringer. Følgelig gikk deres veiledere inn i det tverrprofesjonelle veilederteamet og lederne deres deltok i avgjørelser vedrørende implementeringen av intervensjonen. Enheten har vernepleier og en ergoterapeut arbeider som «pleier» i enheten. Denne enheten har gjennom mange år tilbudt praksisstudier for alle yrkesgruppene involvert i prosjektet. Alle studenttypene og helsefagarbeiderlæringer var representert ved enheten i prosjektperioden.

Enhet B

Helsehuset tilbyr flere typer korttidsopphold, som plasser for avlastning/vedlikeholdstrening, plasser for medisinsk utredning/behandling, rehabiliteringsplasser og etterbehandlingsplasser. To fysioterapeutstillinger og en ergoterapeutstilling er knyttet til rehabiliteringsavdelingen. Helsehuset har pr. i dag 90 sengeplasser som brukes til både korttids- og langtidsopphold. To avdelinger i helsehuset deltok i prosjektet; en rehabiliteringsavdeling med tilbud om 30 korttidsplasser og en avdeling med utredningsplasser for personer med kognitiv svikt og langtidsplasser. Denne var under ombygging fordi helsehuset er i ferd med å omstille seg fra sykehjem til helsehus, og med ombygging av tosengsrom til ensengsrom. Det medførte overtallighet blant ansatte, og uro knyttet til nedbemanning og omplassering av ansatte. I prosjektperioden hadde helsehuset økonomiske utfordringer som preget arbeidsmiljøet. Helsehuset hadde drevet tverrfaglige veilederteam siden 2013. For det tverrprofesjonelle veilederteamet innebar dette prosjektet noe nytt ved at det i tillegg til tidligere aktiviteter skulle etablere tverrprofesjonelle læresituasjoner for studenter og læringer og invitere lærere til møter med seg. Ansatte fra USH-ST var i starten teamledere. I prosjektperioden (2016-2017) ble to ansatte med veilederutdanning koordinatorene for det tverrprofesjonelle veilederteamet, en helsefagarbeider og en fysioterapeut, begge fra rehabiliteringsavdelingen. Begge hadde året før ervervet seg formell veilederkompetanse. Disse koordinatorene var meget skeptiske til at helsehuset skulle gå inn i prosjektet fordi helsehuset var under omstilling på grunn av ombygging samt økonomiske utfordringer som medførte nedskalering av bemanningen til det absolutt nødvendige. På grunn av at det fulgte med prosjektmidler til drift av

prosjektet, ble de koordinatorene likevel. Helsehuset har avtale om praksisplasser for alle yrkesutdanningene som er representert i prosjektet og har gjennom mange år tatt imot studenter og har flere stillinger for helsefagarbeiderlæringer. Ingen vernepleierstudent valgte enheten som praksisplass under prosjektperioden.

Kommunen var i prosjektperioden i ferd med revidere lederstrukturen sin også innenfor helse- velferd. Denne omstillingen krevde en del oppmerksomhet i prosjektperioden fordi flere fagledere søkte på sine egne stillinger og enhetslederne skulle ansette. I prosjektperioden pågikk implementering av kvalitetssystemer for å sikre kontinuerlige og helhetlige pasientforløp for pasienter i hele kommunens helse- og velferdstjenesten og for samhandling med spesialisthelsetjenesten. Alle disse andre prosjektene enhetene var involvert i representerer konkurrerende aktivitet om kapasitet til å implementere intervensjonene i dette prosjektet. På en annen side vil det alltid pågå endringsprosesser i en så stor organisasjon. En mulig håndtering av det som i utgangspunktet er en konkurranseforhold er å omskape det til en vinn- vinn – situasjon der en skaper en forståelse for at alle prosjektene bidrar til en felles målsetting. Ledernes ansvar å etablere slik forståelse blant sine ansatte og sørge for at tilgjengelige ressurser blir fordelt slik at alle oppgaver blir ivaretatt.

Enhet C

Enhet C er et sykehjem i Frøya kommune. Alle sykehjemmets avdelinger deltok i prosjektet. På dette sykehjemmet består avdelingenes grunnbemanning av fagarbeidere. Sykepleierne er organisert i «pool», dvs. at de yter helsehjelp til pasientene etter «henvisning» fra fagarbeiderne. Sykepleier deltar derfor ikke direkte i de daglige aktivitetene i avdelingene. Fysio-ergoterapitjenesten i kommunen yter helsehjelp til både sykehjemspasienter og hjemmeboende pasienter. I likhet med enhet A, ble det etablert et samarbeid med fysio-ergoterapitjenesten i kommunen i prosjektperioden slik at både student, leder og veiledere derfra deltok i veilederteam og studentteam. Teamet ble koordinert av en sykepleier som også var veileder for sykepleiestudentene. Denne sykepleieren jobbet i «poolen» og med andre spesialiserte tjenester ved sykehjemmet. Sykepleiestudentene hadde ikke sin praksis i poolen, men i avdelingene. Sykehjemmet har mer sporadisk studenter, men har flere lærlingestillinger. Kommunen er opptatt av å rekruttere og beholde helsepersonell med høyere utdanning og ble med fordi kvalitet i praktiske studier har betydning for rekruttering. I prosjektperioden hadde enheten alle typer studenter unntatt fysioterapeutstudent.

Kommunen startet opp prosjektet «Morgendagens omsorg» samtidig med dette prosjektet, og var samtidig i ferd med å planlegge nytt helsehus og nye omsorgsboliger. Disse aktivitetene konkurrerte til en viss grad med dette prosjektet, spesielt gjaldt det ledernes fokus og kapasitet.

Kommunen har problemer med å rekruttere helsepersonell, spesielt med høyere utdanning. Ettersom prosjektdeltakelse fordret at det faktisk var studenter som valgte denne kommunen som praksissted, fikk kommunen anledning til å markedsføre seg for sykepleiestudentene. Videre fikk studentene tilbud om gratis bolig under praksisperioden, delvis finansiert av NTNUs ordninger for studenter som har doble

boutgifter under praktiske studier, og kommunen selv (prosjektmidlene ble ikke brukt til dette).

Opplæringskontorene

Opplæringskontorene i Trondheim og Sør-Fosen hadde ansvar for oppfølgingen av helsefagarbeiderlærlingene i prosjektet. De bistår enhetene ved inngåelse av lærlingekontrakter, og har oppfølging av lærlingene og deres praksisveiledere. De tilbyr 4 dagers kurs for veiledere. Dette kurset er obligatorisk for å være praksisveileder. Det er anledning til å delta flere ganger. Representanter fra opplæringskontorene deltok på prosjektseminarene. Lærlingene kan søke om lærlingeplass etter to års i videregående skole. Læretiden er to år og skal være veiledet.

Videregående skoler

To videregående skoler ble forsøkt knyttet til prosjektet. I midlertid ble avgjørelser vedrørende utplassering av elever til sykehjemmene tatt uten av prosjektet ble involvert, og elevene og lærerne i videregående skole ble derfor ikke en del av prosjektet slik som forutsatt.

NTNU

Fra HiST var sykepleie-, vernepleie, fysioterapi- og ergoterapiutdanningen fra AHS involvert i prosjektet. Det var AHS som lyste ut prosjektmidlene og som gav prosjektet 1,2 millioner for å gjennomføre prosjektet over ett år. Fra 1. januar 2016 opphørte HiST og ble ved virksomhetsoverdragelse innlemmet i NTNU. Virksomhetsoverdragelsen forstyrret prosjektet i noen grad: Informasjon og dialog om prosjektet druknet i alle andre saker som måtte på agendaen. Ledere skiftet stilling slik at var vanskelig å forankre prosjektet. Vernepleierutdanningen hadde tilsyn fra NOKUT⁷ i prosjektperioden og for og etterarbeid med dette tok mye tid fra emnelederen for praktiske studier som satt i arbeidsgruppen og hadde praksisoppfølging av vernepleiestudentene i prosjektet. Ved NTNU er det etablert en praksiskoordinatorstilling. Denne koordinatoren har fortløpende kontakt med kommunene om fordeling av studentene og vedkommende sin kjennskap til praksisfeltet var viktig for prosjektet. I prosjektet deltok emneleder for praksis i 3 år for vernepleierutdanningen, en stipendiat tok seg av lærerrollen i praksisoppfølging for 3. års fysio – og ergoterapistudentene i prosjektet, og tre lærere fra sykepleierutdanningen var involvert i prosjektet som lærere for første-års-studenter. De to første deltok i arbeidsgruppen, de øvrige som prosjektmedarbeidere. Studentene ved de respektive utdanningene på NTNU, fikk informasjon om prosjektet i forkant av at de skulle velge praksisplass. På den måten har prosjektet hatt studenter som hadde valgt praksissted ut fra utsiktene til å få erfaring med tverrprofesjonell samhandlingslæring.

⁷ Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning <http://www.nokut.no/no/Om-NOKUT/>

Prosjektet har to prosjektledere – den ene fra USH-ST med ansvar for intervensjonen og implementering, den andre fra NTNU med ansvar for evalueringen. Prosjektlederen med ansvar for evalueringen er tilknyttet Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) ved Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH). Denne prosjektlederen hadde 40 % av stillingen sin knyttet til prosjektet i prosjektperioden.

I samme periode initierte Kommunenes Sentralforbund (KS) prosjektet «Jobbvinner»⁸ som har som formål å sette kommunene i stand til å skaffe seg og beholde helsepersonell. Dette bidro også til å aktualisere prosjektet og sette det inn i en større sammenheng.

I 2014 hadde Universitets og høgskolerådet fått i oppdrag fra Kunnskapsdepartementet å kartlegge kvaliteten i de praktiske utdanningene for alle profesjonsutdanninger i Norge. Underveisrapportene og den endelige rapporten fra arbeidet bidro til å aktualisere prosjektet (UHR, 2016).

I 2016 sendte Kunnskapsdepartementet ut på høring et utkast til «forskrift om rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger»⁹. Høringsprosessen og en forespeilet gjennomgang og revidering av rammeplanene for den enkelte utdanning, samt en rekke rapporter som evaluerer helse og sosialfaglige utdanninger, skaper et bakgrunn som aktualiserer en debatt som hver enkelt profesjon sitt samfunnsoppdrag og hva en slik profilering av profesjonene innebærer for tverrprofesjonell samhandling. Videre aktualiseres og utfordres utdanningenes relevans for de enkelte profesjonens samfunnsoppdrag.

Prosjektlederne har jobbet aktivt for å skrive prosjektet inn i alle disse sammenfallende debattene fordi de har sammenfallende interesser med prosjektet og fordi rapportene om kvalitet i utdanningen er bakgrunnskunnskap i prosjektet. Prosjektlederne har presentert prosjektet ved flere anledninger med tanke på dette (se liste over presentasjoner, vedlegg 4).

⁸ <https://jobbvinner.no/>

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing/id2527734/>

8 Intervensjonen og implementeringsaktivitetene

Dette kapitlet starter med en presentasjon av lærdommen av pilotintervensjonen. Deretter følger en presentasjon av tiltakene i intervensjonen i dette prosjektet, begrunnelsen for den, hvordan den ble gjennomført, hva som hemmet og fremmet gjennomføring og om og i hvilken grad tiltakene ble endret. (E. Proctor et al., 2011; E. K. Proctor, Powell, & McMillen, 2013; Roland, 2015a, 2015b).

For å oversiktens skyld repeteres tiltakene intervensjonen besto av: 1) synliggjøre veiledning av studenter, elever og lærlinger i den daglige driften ved virksomhetene 2) rekruttere til veiledertutdannning 3) etablere tverrprofesjonelle veilederteam i virksomhetene 4) etablerer tverrprofesjonell praksis for studenter, elever og lærlinger i praktiske studier, 5) etablere velkomstseminar for nye studenter og lærlinger i enhetene og 6) prøve ut nye samhandlingsformer mellom utdanning og praksisfelt ved at det tverrprofesjonelle veilederteamene inviterer lærerne for studenter og lærlinger til dialog med teamet.

8.1 Lærdom fra pilot- og spredningsprosjektet.

I perioden 2013 til 2015 ble det gjennomført et pilotprosjekt på enhet B der tre tiltak ble prøvd ut. Evalueringen foreligger i to prosjektrapporter (Aasen, 2014; Kvam, 2015) og et artikkelutkast som er innsendt for publisering (Aglen et al., 2017). I tillegg ble tiltakene også tatt i bruk ved en annen enhet i Trondheim kommune (heretter omtalt som spredningsprosjektet) med tilhørende prosjektrapport. Bakgrunnen var da som nå, problemer med å rekruttere og beholde veiledere og utfordringer knyttet til kvalitet i praktiske studier i forbindelse med utdanning av helsepersonell. Formålet med pilotprosjektet og spredningsprosjektet var «å utvikle en modell for kompetanseheving hos veiledere i praksis samt systematisk bruk av ulike verktøy for bedre kvalitetssikring av praksisstudier/læretid som er overførbart til andre enheter/kommuner» (Aasen, 2014). De tre tiltakene som ble prøvd ut var: 1) Tverrprofesjonelle veiledersamlinger, 2) oppstartsseminar for nye studenter og lærlinger og 3) synliggjøring av veiledningsoppgaver i arbeidsplaner.

Begrunnelsen for å etablere tverrprofesjonelle veiledergruppe var at deltakelse i grupper med andre veiledere kan gi veilederne styrke til å stå i veilederrollen og kan være en arena for kompetanseutvikling (Andersson, Danielsson, Hov, & Athlin, 2013; Borch, Athlin, Hov, & Sörensen Dupplis, 2013; Bos, Löfmark, & Törnkvist, 2009; Manning, Cronin, Monaghan, & Rawlings-Anderson, 2009). Mens andre har prøvd ut lærere som koordinator i veilederteamene (Andersson et al., 2013; Bogsti et al., 2013; Nordhagen et al., 2010; S. Struksnes et al., 2012) valgte USH-ST i pilotprosjektet og spredningsprosjektet og ta denne rollen selv. Koordinators rolle var å koordinere møtene i teamet og være en kontaktperson mot ledelsen ved enheten. Mer konkret beskrevet innebar koordinators rolle å lage møteplan, finne tid og sted for teammøtene, sende påminnelse til møtedeltakerne, oppsøke de som ikke møtte, oppsummere innholdet i teammøtene i et referat som ble sendt ut til deltakerne, invitere seg inn til ledermøter og samtaler med lederne vedrørende problemer med

oppmøte og ny-rekruttering til teamet. Hensikten med teamene var at veiledere, uansett yrkesgruppe, kunne møtes jevnlig for å støtte hverandre som veiledere og utvikle kompetanse gjennom erfaringsdeling. I pilotprosjektet omfattet det tverrprofesjonelle veilederteamet 16 veileder fra 4 avdelinger i sykehjemmet ved enhet B. Det besto av veiledere for helsefaglæringer, fysio-ergo- og sykepleiestudenter. De møttes 7 ganger årlig. Tverrprofesjonelle læresituasjoner for studenter og læringer var ikke et tiltak pilotperioden. Daværende HiST nåværende NTNU, sto for følgeforskningen av pilotintervensjonen. Det ble gjennomført to fokusgruppediskusjoner med veilederne i det tverrprofesjonelle veilederteamet, et intervju med en leder og et nøkkelinformantintervju mai-juni 2014. Forskerne gjennomførte en kvalitativ innholdsanalyse av datamaterialet (Graneheim & Lundman, 2004; Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). Hovedfunnet var at enheten forholdt seg irrasjonelt til sin egen beslutning om å gjennomføre tiltakene i prosjektet. Enhets ledere og veilederne ønsket å gjennomføre endringen, men hadde store problemer med å endre handlingsmønstrene sine slik at endringen ble en realitet. Å arrangere velkomstseminar for studenter og læringer var det tiltaket som viste seg lettest å få til fordi ikke alle trengte møte opp for å skape en god stemning og en velkomstmarkering. Det var nok at noen av lederne og veilederne var der. Oppmøte og tilrettelegging for deltakelse i de tverrprofesjonelle veilederteamene var et mye større problem. For å løfte fram dette funnet og gi det en mening utover å beskrive at «slik var det», ble det fortolket i et institusjonelt perspektiv (Eriksson-Zetterquist, 2014; Scott, 2008). Institusjonelt perspektiv fokuserer på hvordan godt etablerte og innforståtte tankesett og handlingsmønstre styrer aktivitetene i en organisasjon, og hvilken motstand en må påregne når endring forutsettes. Tre innforståtte tanke- og handlingsmønstre vedrørende veiledning ble identifisert: 1) Veiledning er en byrde som noen må bære. Veilederne tar på seg rollen delvis fordi «det er vår plikt», dels fordi det er en personlig jobb-berikelse. 2) Veiledere kan ikke forvente støtte fra sine kollegaer når det gjelder tid til veiledning. Veiledning er noe veilederen må ordne tid til selv uten å bry kollegaene sine. 3) Veiledere kan ikke forvente støtte fra sine ledere når det gjelder tid, opplæring og støtte til veiledning. Veilederen føler dårlig samvittighet overfor studenter og læringer og til dels pasientene for ikke å klare «begge jobbene sine». Også veiledningsutdanning og deltakelse på utdanningenes kurs og seminarer for veiledere, blir sett på som en personlig jobbe-berikelse uten at det tilfører den «vanlige jobben» noe, og blir derfor heller ikke prioritert av lederne. Å delta i tverrfaglige veilederteam ble derfor oppfattet på samme måte: Som en «privat» aktivitet som veilederne selv måtte sørge for å finne tid til uten å belaste kollegaer og ledere. Å delta i det tverrprofesjonelle veilederteamet innebar derfor å legge sten til byrden fordi veilederne må forlate avdelingen for å delta i teamene. Analysen viser at både ledere, veiledere og kollegiet handler som om veiledning er en aktivitet som ikke omfattes av sykehjemmets kjerneoppgaver. Det er en perifer oppgave som de ikke prioriterer tid og ressurser til. Konsekvenser er de som påtar seg oppgaven som veiledere mistrives med rammebetingelsene for rolleutøvelsen men kan trives med selve veiledningsaktivitetene.

På en annen side fant veilederne støtte i å delta i de tverrprofesjonelle veilederteamene når de først prioriterte å delta. Støtten besto først og fremst i å oppdage at man ikke sto alene som veileder, men at andre hadde likeartede erfaringer, på tvers av profesjoner, og at dette erfaringsfellesskapet kunne inspirere

til å fortsette som veileder på tross av motstand (Aasen, 2014; Kvam, 2015; Lie-Pedersen, 2015-2016).

8.2 Veiledning som den del av den daglige driften i avdelingene

Lærdommen fra piloten var å legge enda større vekt på at veiledning må bli en del av den daglige driften ved avdelingene. Veiledningen må institusjonaliseres. For å få til dette, ble lederinvolvering i veiledningsaktiviteter og lederforankring av prosjektet betraktet som en nøkkelfaktor for suksess. Problemet med manglende lederskap av veiledningsaktiviteter er internasjonalt anerkjent (Bos et al., 2009; Forber et al., 2015; Hall, 2014; Trede, McEwen, Kenny, & O'Meara, 2014). I fortsettelsen ble det derfor lagt stor vekt på at lederne måtte involveres for at intervensjonen kunne realiseres.

Prosjektlederne hadde i forkant av prosjektets oppstart møte med representanter for øverste administrative ledelse i begge kommuner. Prosjektlederne la vekt på at det var viktig at øverste administrative leder for virksomheten var orientert og hadde gitt sitt samtykke til at prosjektet kunne gjennomføres i organisasjonen. På den måten gav det øverste ledelse mulighet til å innlemme prosjektet i sine strategiske satsingsområder. Prosjektledelsen har ved flere anledninger presentert prosjektet i for ledere i helse-velferdstjenesten i Trondheim kommune (se presentasjonsliste vedlegg 4). Videre gir aksept fra kommunens øverste administrative ledelse prosjektet legitimitet når prosjektlederne skulle rekruttere enheter. Slik legitimitet er viktig i implementeringsarbeid (Fixsen et al., 2005).

Samtidig som de erkjente behovet for å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell la øverste administrative ledelse ingen føringer på enhetene om prosjektdeltakelse. Det var derfor opp til den enkelte forespurte enhet å avgjøre deltakelse.

Lederne er nøkkelpersoner for prioritering og avsetting av tid til veiledning. Prosjektlederne hadde to formelle samtaler med enhetslederne i løpet av prosjektperioden – den første i forbindelse med oppstart av prosjektet, den andre rundt juletid i forbindelsen med avtaler om deltakende observasjon ved enhetene. Disse samtalene dreide som formål og bakgrunn for prosjektet og prosjektlederne var interesserte i ledernes syn på hvordan veiledning best kan ledes, behovet for veiledningskompetanse, tverrprofesjonell samhandlingslæring og de ulike profesjonenes rolle i tjenestene. Samtidig ble prosjektlederne bedre kjent med både lederne og enheten, og det ble lettere å ta kontakt. Lederne formidlet en stolthet for enheten og medarbeiderne sine og en framtidstro på vegne av tjenesten. På en annen side var de bekymret for rekruttering, spesielt av sykepleiere. Lederne var med på ideen om at praksisperiodene i utdanningene kan sees som et utstillingsvindu med tanke på rekruttering. De var bekymret fordi tidligere rekrutteringsstrategier ikke lenger fungerte. Studentene sto ikke i kø for å ta på seg helgearbeid og ekstravakter og forsvant fort om de ble tilbudt annet arbeid. De var derfor opptatt av hva som kunne gjøres for å få dem til å trives. Samtalene dreide seg om dette og utfordringer med tanke på framtidens helse og velferdstjenester i kommunene. En leder var spesielt opptatt av om større mangfold av profesjoner i sykehjem kunne gjøre det til en mer attraktiv arbeidsplass. En annen leder var opptatt av kvaliteter ved arbeidsmiljøet for å sikre trivsel og arbeidsglede blant

ansatte. En tredje opptatt av hvordan veletablerte holdninger og handlingsmønstre kan endres. Samtalen enhetslederne hadde et uformelt preg, hvor begge parter lyttet og reflekterte. Enhetslederne påpekte etter hvert at de visste mer om prosjektet og var mer engasjert enn faglederne. Det var faglederne som i praksis kan realisere prosjektets intensjoner. I etterkant kunne vi med fordel møtt hele lederteamet på hvert av sykehjemmene. Vi ser også at selv om lederne og prosjektlederne delte bekymringene over rekruttering og stabilitet både blant helsepersonell generelt og veiledere spesielt, var vi ikke i stand til å konkretisere i tilstrekkelig grad hva en endring måtte innebære av endring av tanke-sett. De ønskede endringene var beskrevet i intervensjonen, men prosessen med å endre institusjonen var ikke beskrevet fordi den ikke var erkjent og identifisert.

Synliggjøring av veiledningsoppgaver var tenkt å innebære at ledere og veiledere gjør avtaler for dialog om hvor mye tid som kan avsettes til veiledning og vurdering av studentene og lærlingene, og til møtevirksomhet i teamet. På denne måten måtte lederne ta stilling til hvor mye tid som skulle settes av til veiledningsaktiviteter og teammøter i sine respektive avdelinger. Disse avtalene skulle være synlige på dagsplanene i avdelingene slik at kollegaene også kan se hvilke veiledningsaktiviteter som skal foregå. På denne måte kunne veiledningsaktiviteter bli synlige blant de daglige aktivitetene i avdelingen, få lederstøtte og anerkjennelse med mulighet for økt status. Formålet var å endre veiledning fra å være en privat, personlig oppgave knyttet til den enkelte veileder til å bli en del av kjerneoppgavene i avdelingene.

Ved alle enhetene var det slik at veiledningsaktivitetene ble nevnt ved oppstarten på vekten om morgenen. Mulighetene for aktivitetene ble drøftet, og i de fleste tilfeller medførte det at noen av kollegaene til veilederne måtte endre på sine daglig arbeidsrutiner – arbeide på en annen enhet, ta på seg flere oppgaver, gå litt lenger vakt osv. Når det kom til det tidspunktet aktiviteten skulle utføres på, var ikke lederen der og sørget for at det faktisk ble gjort som bestemt, det ble opp til veilederen som da sto i en skvis mellom å påføre kollegaen ekstra byrder eller å la være å delta i aktiviteten (FGD- veiledere enhet B). Dette øyeblikket representerer «sannhetens øyeblikk» for hvilke institusjonelle krefter som slår inn og avgjøre utfallet av skvisen. På enheter der normene tilsa at det var legitimt å prioritere veiledningsaktivitetene syntes de i større grad å bli gjennomført enn på enheter der det ikke var legitimt.

Ledersamlingen var ikke beskrevet som en aktivitet i prosjektplanen, men kom med som følge av at enkelte av teamkoordinatorene opplevde manglende støtte og oppfølging når det gjaldt tilrettelegging for veiledning. Motivasjon for oppmøte og tilrettelegging for å kunne gå fra avdelingen for å delta i teamet ble i stor grad fortsatt overlatt til veilederne og koordinatorene selv, slik veilederne og koordinatorene så det. Lederne på sin side, mente de hadde tilrettelagt for det så godt det lot seg gjøre.

Lederne ble invitert til ledersamling i prosjektet, og de møtte opp fra alle enhetene. Samlingen ble filmet og dialogen transkribert. Hensikten var å diskutere og reflektere over ledernes rolle for kvalitet i veiledning av studenter og lærlinger. Lederne var svært opptatt av å rekruttere sykepleiere, og syntes det var helt greit at elever fra videregående skole heller søkte seg inn på sykepleiestudiet enn å bli helsefagarbeidere. Når det gjaldt veiledning mente de at veiledere nok kunne føle

seg ensomme i rollen sin og at det tverrprofesjonelle veilederteamet kunne avhjelpe det. De reflekterte over flere forhold og mangler ved hvordan veilederne fungerte, men var lite villige til å gå inn på egen rolle. De var opptatt av å ikke ta på seg for mye ansvar fordi de opplevde at de ikke hadde kapasitet til å følge opp. Når de hadde pekt ut veiledere, hadde de ikke mer ansvar. Synet var delt på om teamene fortsatt skulle eksistere – enkelte mente at det fikk bli opp til teamene, mens andre mente at det burde de absolutt. Lederne gav uttrykk for at ledersamlingen hadde vært nyttig, ikke minst i forhold til å reflektere sammen med andre ledere og med lærere i profesjonsutdanninger, og få tenke gjennom behovet for veilederkompetanse, behovet for et læringsmiljø som virker rekrutterende og dette med lederskap for veiledning.

Hensikten med implementeringsaktivitetene overfor lederne var at prosjektets intervensjon skulle oppleves som nødvendig, meningsfulle og håndterlige. Ledernes refleksjoner i samtalene, deltakelse i prosjektets aktiviteter og utsagn i ledersamlingen vitner om at de for så vidt var enige om prosjektets formål men at prosjektets målsettinger holdes sammen med andre målsettinger og settes i forhold til andre aktiviteter i enhetene som deltok. Lederne avpasset derfor enhetens aktiviteter i prosjektet til den daglige driften i avdelingene og eget engasjement i forhold til kapasitet og interesse. De har rett og slett for mange baller i luften og mangler ressurser i organisasjonen til å ta dem ned. På denne måten synes det som lederne stolte på de ansattes evne til å ordne opp selv, seg imellom. Avdelingspersonalets evne til selvledelse (Orvik, 2015) syntes å være gull verd for å få den daglige driften til å gå rundt, men en hemsko for endring fordi denne selvledelsen har stivnet i fastgrodde mønstre som ikke rommer tid til veiledning. Både ledere og ansatte synes å ha utviklet strategier for å mestre stadig krav om effektivitet – «gjør som du blir bedt om og selv føler at du må, men ikke mer». Samtidig var både lederne og veilederne glade for at noen andre brydde seg og gikk inn i organisasjonen for å «ordne opp». De var således positivt innstilt til prosjektet i seg selv. Det kan synes om enkelte lederne mener at veiledningsaktiviteter ikke inngår blant kjerneaktivitetene (Orvik, 2015) i tjenesten: Praktiske studier og veiledning er utdanningenes ansvar. På en annen side, og på samme tid, erkjente lederne at ved å gi veilederne bedre betingelser og i tillegg legge til rette for tverrprofesjonell samhandling kunne både studenter, lærlinger og veiledere trives bedre og at det var en mulighet for at dette ville stimulere til både rekruttering og å beholde arbeidskraft.

Ansvar for praktiske studier er ikke avklart- i hvert fall ikke når det gjelder personalansvar for veilederne. Samarbeidsavtaler mellom utdanningene og praksisstedene har eksistert i mange år, der en forsøker å synliggjøre hva samarbeidet innebærer. Det synes imidlertid ikke som slike samarbeidsavtaler er virkemidler sterke nok til å endre situasjonen. Derimot kan det hende at problemer med å rekruttere og beholde arbeidskraft motiverer for å bedre vilkårene for veiledning, faglig utvikling og tverrprofesjonelle samhandling.

Det er derfor endringer å spore:

En leder så på modellen med tverrprofesjonell samhandling rundt enkeltpasienter som en arbeidsmåte som kunne bringe fag og kvalitet inn i tjenestene (feltnotat fra

ledersamtale). I møte med andre profesjoner blir egne forestillinger utfordret. Slike møter kan derfor oppleves som lærerike og faglig utviklende og møte nyutdannet helsepersonell sitt behov både for læring og faglig støtte. Slik organisering av tjenestene kan bidra til å rekruttere og beholde helsepersonell. Denne lederen uttrykte et ønske om å bryte med de etablerte normene for sammensetning av profesjoner i sykehjem. Kanskje er ikke sykepleiemangelen stå stor som vi vil ha det til? Andre profesjoner kan også bidra.

Enkelte ledere hadde begynt å undersøke nøyere hvordan veiledningen egentlig foregikk, og hadde fått seg noen overraskelser (data fra ledersamlingen). En leder hadde invitert studentene inn til en samtale på slutten av praksisperioden deres og fått «mye nyttig informasjon» om hva som fungerte og ikke fungerte med veiledningen. Denne lederen tenkte å følge opp informasjonen. Blant annet ble lederen overrasket over at studentene ikke hadde fått veiledning i hvordan bruke dokumentasjonssystemet og kvalitetsforbedringssystemet ved enheten. Flere av lederne uttrykte resignasjon når det gjaldt å få ansatte til å sette seg inn i de nye ordningene for kontinuitet og kvalitet i tjenestene som kommunen har etablert. All den tid veilederne ikke ser det som relevant og nyttig nok å sette seg inn i kvalitetsutviklingssystemet ved enheten, kan en ikke forvente at de etablerer slike læresituasjoner for studentene og lærlingene. Kanskje er det slik med denne oppgaven som med veiledning, at det blir opp til den enkelte ansatte å finne tid til å sette seg inn i kvalitetsutviklingssystemet mellom alle andre gjøremål, og at det både er et spørsmål om det finnes tid og om å endre institusjonelle normer for prioritering av hvordan den tiden som finnes skal brukes.

Ved en avdeling gav faglederen eksplisitt uttrykk for at det var umulig å følge opp deltakelse i det tverrprofesjonelle teamet som forutsatt på grunn av uforutsett fravær blant veilederne til sykepleiestudentene og manglende mulighet for å erstatte fraværet med relevant kompetanse (feltnotat fra ledersamtale). Denne lederen måtte prioritere hva hun brukte sykepleierne til i avdelingen. Denne lederen gjorde noen aktive prioriteringer og valgte bevisst bort veilederens mulighet for å deltilta i det tverrprofesjonelle veilederteamet. Dette er eksempel på aktivt lederskap i motsetning til å overlate prioriteringene til veilederne selv.

Ved en enhet syntes det lettere for veilederne å forlate avdelingen for å delta i det tverrprofesjonelle veilederteamet. I denne enheten hadde det etablert seg en kultur for å delta på «nye ting» og uttrykk for misstemning fra kollegaer når veiledning medførte endringer, ble overhørt med støtte fra fagleder og enhetsleder. Stemningen der var at «*vi løser det meste bare vi er fleksible med hverandre*» (feltnotat fra deltakende observasjon). Forventninger om fleksibilitet omfattet også studentene, som pent måtte finne seg i å være arbeidskraft for at det skulle bli mulig å gjennomføre «nye ting». Når morgenstellet var ferdig og frokosten servert, kunne de godt begynne med studentsystemene sine, men ikke før (FGD- studenter og lærlinger). Med andre ord, for at studentene og lærlingene skulle få engasjerte og kompetente veiledere, samt mulighet for tverrprofesjonell samhandlingslæring, måtte de «ofre» noe studietid slik at veilederne deres fikk anledning til å planlegge og reflektere. Kanskje det er en vinn – vinn situasjon?

I andre tilfeller var det en ny tanke for veilederne å skulle be om tid til veiledning. De ble svært overrasket når de faktisk fikk tid og attpåtil fikk gjennomført aktiviteten (dagboknotat). Enkelte veiledningsoppgaver foregikk i avdelingen, men ble stadig avbrutt enten av pasienter eller kollegaer. Enkelte veiledere utviklet strategier for å unngå dette gjennom å bestille møterom og forlate avdelingen. Denne atferdsendringen kan være et uttrykk for at det ble mer legitimt å sette av arbeidstid til veiledning.

8.3 Rekruttere til veilederutdanning

Flere undersøkelser avdekker manglende veiledningskompetanse blant veiledere i praktiske studier i forbindelse med utdanning av helsepersonell (Caspersen & Kårstein, 2013b; Kårstein & Caspersen, 2014; UHR, 2016). Veilederrollen fordrer veilederkompetanse det ikke er gitt at helsepersonellutdanningen tilbyr (Bray & Nettleton, 2007; Ulvik & Sunde, 2013). Det kreves spesifikk veilederkompetanse som omfatter innsikt profesjoners funksjon og rolle i velferdsstaten og hva som legitimerer en utdanning, hvordan utdanninger er bygd opp, om tverrprofesjonell samhandlingskompetanse og kompetanse om hvordan legge til rette for lærling og ikke minst, hvordan vurdere studenters og lærlingers evne til kunnskapsbasert praktisk problemløsning i profesjonsutøvelsen (Mausethagen & Smeby, 2017). Den formelle veilederutdanning gjør veilederne i stand til å tenke kritisk om samhandlingen med utdanningsinstitusjonene, evne til å tenke kritisk om egen veilederatferd, tilrettelegging for veiledning mv (Tveiten, 2013).

Veiledningskompetanse som blir verdsatt av ledere ved enheten kan heve statusen til veilederne, samtidig som veilederne selv kan utvikle større bevissthet om betydningen av sin kompetanse og rolle.

Allerede i piloten ble sykehjemmet oppfordret til å tilby veilederutdanning for enkelte av sine veiledere. To ansatte fullførte veilederutdanning i pilotperioden. Disse to delte på rollen som koordinator for det tverrprofesjonelle veilederteam ved enheten. Lederne ved de øvrige to enhetene ble oppfordret til å legge til rette for at ansatte kunne tilegne seg formell veilederkompetanse i prosjektperioden. På en enhet hadde veilederne oppfattet at å tilegne seg eller ha slik utdanning var obligatorisk som følge av at enheten hadde sagt ja til å delta i prosjektet. Da det ble brakt på det rene at det ikke var slik, sluttet en, de andre tre fullførte.

Lederne har myndighet til å legge til rette for at ansatte kan ta videre- og etterutdanning i veiledning. Flere av lederne gav uttrykk for at grunnutdanningen var tilfredsstillende for å kunne veilede bachelorstudenter og lærlinger. Det syntes heller ikke som de hadde noen strategi for å benytte seg av veiledningskompetansen. Lyst og motivasjon til å veilede, gikk tapt foran utdanning når ledere skulle peke ut veiledere (data fra ledersamlingen). Det syntes rett og slett ikke som det var etablert noen funksjon for veiledere i den daglige driften og derfor ikke interessant å kreve noe tilbake. Veiledningsutdanning syntes derfor som noe veilederne helt frivillig gjennomfører for egen tilfredsstillelses skyld. De institusjonelle normene og kreftene som ble identifisert i evalueringen av pilotintervensjonen synes fremdeles å være rådende.

Den kompetansen lederne mente veiledere måtte besitte var:

- Tilstrekkelig klinisk kompetanse i forhold til pasientgruppen på enheten
- Kjennskap til egen organisasjon
- Kompetanse til å lede en refleksjon med en student eller lærling

Lederne innrømmet at veiledernes kjennskap til egen organisasjon var et ømt punkt. Hvordan de enkelte kommuner og enhetene styres er en lokal informasjon. Lederne pekte på at spesielt sykepleierne og helsefagarbeiderne hadde liten interesse av å sette seg inn i hvordan tjenestene var organisert og kvalitetssikret lokalt (data fra ledersamlingen). Enkelte ledere tilkjennega resignasjon i møte med manglende interesse.

De av veilederne med veilederutdanning var av en helt annen oppfatning enn sine ledere når det gjelder betydningen av formell veilederkompetanse (FGD-veilederteam). De mente at noe veilederutdanning må til om man skal fylle rollen som veileder og føle trygghet i den. Det var veilederne med utdanning som i størst grad utfordret lederne når det gjaldt tid og tilrettelegging for veiledning.

Lederne var også nøkkelpersoner når det gjaldt tilrettelegging for at veiledere kunne delta på praksisseminar i regi av utdanningene. Seminarene arrangeres i forkant av praksisperiodene og veiledere - og ledere – fra praksisstedene inviteres, sammen med lærerne som skal følge opp studentene i praksis. Seminaret ledes oftest av de emneansvarlige for studiene i praksisperioden. Praksisfeltet blir bedt om å komme med ønsker om tema de har behov for å drøfte eller høre mer om. I seminaret er fokus hva studentene skal tilegne seg av lærdom i løpet av praksisperioden og hvilke læresituasjoner som kan være aktuelle. Ofte tilbys også et foredrag om teori som ligger til grunn for praksisen i praksisperioden. Praksisseminarene uttrykker utdanningens forsøk på å skape en arena for samhandling mellom veilederne i praksisfeltet og lærerne ved utdanningene og er derfor en kvalitetssikring for sammenheng mellom teori og praksis.

Veilederne erfarte i svært varierende grad å få informasjon om seminarene utdanningene tilbyr veilederne. De erfarte også i svært varierende grad å få mulighet til å delta fordi driften ikke tillater det (FGD-veilederteamene). Flere veiledere deltok i prosjektperioden enn hva de hadde gjort ellers, spesielt på enhet C, som da visste de kom til å få studenter. Veilederne rapporterte at de i utgangspunktet kunne få innvilget oppmøte på praksisseminarene, men dersom det var sykefravær den dagen seminaret var, kunne de kanskje ikke dra likevel. De resignerte i forhold til å stå på for å skaffe seg kompetanse. Det betyr at studenter kan få veiledere som har svært begrenset kunnskap om studentenes målsettinger og forutsetninger i henhold til studieplan og emneplaner, hva utdanningen mener er relevante læresituasjoner, om kontaktpersoner og avtaler for øvrig i forbindelse med praksisperioden. Ifølge lærerne ved utdanningene varierer oppmøte på seminarene sterkt. Emneleder for praktiske studier første studieår ved sykepleierutdanningen sier imidlertid at oppmøtet blant praksisveilederne de siste to årene har vært svært godt. Praksisveilederne som har deltatt rapporterer at de synes det er svært nyttig å delta. Likevel er det sykepleiestudiet som i størst grad prioriterer å bruke ressurser på at lærere besøker praksisstedet under studentenes praksisperiode: Lærerne for sykepleiestudentene

ved NTNU – Trondheim besøker studentene opp til 7 ganger i løpet av første studieårs 10 praksisuker, hvorav tre av disse fordrer at praksisveileder er tilstede (målsettingssamtale, midt – og sluttvurderingssamtale). Fordi veilederne går turnus, vil lærerne ofte måtte oppsøke samme praksissted flere ganger for å møte de aktuelle veilederne. Ved de øvrige besøkene er det ikke veilederne lærerne møter når de besøker praksisstedet, men studentene. Veilederne til studentene er invitert til å delta også i disse samtalene når lærer er på besøk, men gjør det i svært begrenset grad. Årsaken er at de ikke kan prioritere slik deltakelse på bekostning av gjøremål i avdelingen. Utdanningens argument for en slik prioritering er å sikre at studentene lærer kunnskapsbasert praksis, at ikke studentene bare lærer å utøve men også lærer å tenke kritisk om utøvelsen ved hjelp av teori. Denne utdanningen forsøker å ta høyde for at praksisveilederne i stor grad bare gir studentene tilgang til læresituasjoner, men ikke kan veilede dem utover dette. De øvrige utdanningene som deltok i prosjektet prioriterer annerledes. De tilbyr ett besøk i en av praksisperiodene i hele utdanningsforløpet eller har kun telefonisk kontakt med praksisveileder. Fysio-, ergo og vernepleierutdanningene har stor geografisk spredning av praksiskommunene sine i forhold til studenttallet og for disse utdanningene er det svært ressurskrevende å skulle reise rund til alle praksisstedene. Disse utdanningene forutsetter i større grad at praksisveilederne har forutsetninger for å kunne koble teori og praksis i refleksjonene med studentene.

For veilederne til helsefaglærlingene er det noe annerledes. For i det hele tatt å kunne være veileder for lærlinger, kreves deltakelse på et obligatorisk kurs i regi av det lokale/regionale opplæringskontoret. Selve veiledningsarbeidet er også formalisert gjennom et web-basert opplæringsbok og et verktøy for styring av lærlingeopplæringen – OLKWEB¹⁰. I OLKWEB ligger alle dokumenter vedrørende utdanningen: læringsmål, oppgaver, kvartalsrapporter, tilbakemeldinger fra veileder, og representanter fra opplæringskontoret har innsyn i den enkelte lærlings progresjon i læringsforløpet. Opplæringskontorene har jevnlig møter med veileder og lærling gjennom hele lærlingeforløpet. I starten av læretiden skal lærlingen ha mye veiledning for så å arbeide mer selvstendig mot slutten av læretiden. Selv om gjennomgått kurs formelt sett er en forutsetning for å være veileder, ser vi at realiteten er annerledes, ikke alle veiledere for lærlingene i prosjektet hadde deltatt på slike kurs. Den med mest lyst, utdanning eller ikke, fikk oppdraget som veileder (FGD-veilederteam). Når det kom til å legge til rette for veiledning i avdelingen var veilederne for lærlinger i samme båt om andre veiledere. Veiledning ble oppfattet som en personlig oppgave som veilederen helt frivillig hadde tatt på seg, og som veilederne ikke kunne forventet støtte og tid til å utføre (Aglen et al., 2017 FGD - veilederteamene og ledersamling).

Prosjektlederne forsøkte i dialoger med både veiledere og ledere å argumentere for behov for økt veilederkompetanse, både i form av formell utdanning, deltakelse på praksisseminarene i regi av utdanning /opplæringskontor, samt peke på at deltakelse i de tverrprofesjonelle teamene også kan bidra til økt bevissthet om forventinger til veilederrollen og mulighet for støtte til å stå i rollen.

Det er grunn til å dvele med hvorfor problemene med å få veiledning til å bli en del av den daglige driften. Institusjonen protesterer på å «adoptere» veiledning inn blant de

¹⁰ <http://www1.olkweb.no/>

daglige gjøremålene i avdelingen. Samtidig er institusjoner uttrykk for selvgående praksiser, som har en tendens til å motsette seg endringer, selv om det rent ressursmessig skulle bli mulig å prioritere veiledning i større grad. Det er derfor ikke gitt at flere ressurser vil gi bedre veiledning med mindre institusjonen blir utfordret. I dette prosjektet har vi forutsatt ledere som viktige pådrivere og endringsagenter. Imidlertid synes det som lederne selv er fanget i institusjonelle forestillinger – ledelsen i sykehjem skal ikke lede veiledningsaktiviteter som utdanningene i prinsippet har ansvar for. Men i stedet for å ta tyrene ved hornene, ta personalansvar for veilederne og forhandle om ressurser (slik de har mulighet for), skyver de problemet nedover, veilederne må selv ordne opp. Praksisveiledning blir en byrde som noen må ta på seg. På en annen side, prioritering av veiledning trenger ikke nødvendigvis å være uttrykk for å hjelpe utdanningsinstitusjonene med opplæringen av studentene og lærlingene «deres». Ved enheter der lederne legitimerer tid og ressurser for god veiledning og tverrprofesjonelle læresituasjoner som ledd i å realisere visjoner om å rekruttere og beholde både veiledere og helsepersonell, får veilederne oppmerksomhet, anerkjennelse og mulighet til å utøve veiledningsaktiviteter. I disse tilfellene er motivet å styrke sykehjemmets mulighet for gode tjenester, ikke å «tjene» utdanningsinstitusjonene. Veilederne kan bli rekrutteringsagenter for studenter og lærlinger og mentorer for nyansatte.

8.4 Etablere tverrprofesjonelle veilederteam

De tverrprofesjonelle veilederteamene ble videreført som tiltak på tross av motstand men på grunn av den støtten veilederne fant i fellesskap med hverandre.

Det er vesentlig å merke seg at intervensjonen ikke innebar å endre på den eksisterende ordningen med at hver student og lærling sin personlige veileder som skal veilede og vurdere dem i forhold til profesjonsspesifikke problemstillinger. På samme måte har hver student og lærling en lærer fra sine respektive profesjonsutdanninger å forholde seg til. Den tverrprofesjonelle veiledningen skjedde i forbindelse med de tverrprofesjonelle læresituasjonene.

De tverrprofesjonelle teamene (TPSLT) består av praksisveiledere for studenter, elever og lærlinger fra helsepersonellutdanninger som har avtale om praktiske studier ved virksomheten (se tabell 3). Deltakelse i grupper med andre veiledere på tvers av profesjoner kan gi deltakerne styrke til å stå i veilederrollen og kan være en arena for kompetanseutvikling (Andersson et al., 2013; Borch et al., 2013; Bos et al., 2009; Manning et al., 2009; Marshall & Gordon, 2010). Teamene har en koordinator som koordinerer møtene i teamet og er kontaktperson mot ledelsen ved enheten og prosjektledelsen og deltar i prosjektets arbeidsgruppe. I dette prosjektet tok vi utgangspunkt i praksisperiodene slik de i utgangspunktet var plassert i de ulike studieførløpene. Dette var et viktig prinsipp fordi endringer i plassering av praksisperiodene er en stor logistisk og faglig utfordring i seg selv. Likevel, for å berike den tverrprofesjonelle sammensetningen ved enhet A og C, gjorde prosjektledelsen henvendelser til fysio- og ergo-terapitjenesten i bydelen/kommunen med invitasjon til samarbeid. Enhetene responderte positivt. På denne måten ble veiledere til fysio- og ergoterapistudenter deltakere i det tverrprofesjonelle veilederteamet, og studentene deltakere i det tverrprofesjonelle student/lærlingeteamet på de respektive sykehjemmene. De tverrprofesjonelle

veilederteamene fikk tre oppdrag: 1) delta på velkomstseminarer når nye lærlinger og studenter kom til sykehjemmet samt utarbeide/revidere en velkomstperm med informasjon om enheten for studenter og lærlinger, 2) etablere og veilede tverrprofesjonelle læresituasjoner for de studenter og lærlinger som til enhver tid har praksis i enheten og 3) invitere lærerne til studentene og lærlingene til dialog to ganger i løpet av prosjektperioden. Oppdragene var ikke ment å erstatte erfaringsutveksling blant veilederne i teamet, men å gi teamene flere gode grunner for å møtes. For deltakere i ny oppstartede team kan det være nyttig å ha et konkret oppdrag som katalysator for å bli bedre kjent for over tid å etablere trygghet og relasjoner for gjensidig erfaringsutveksling og støtte.

Evalueringen viser at den største utfordringen med å gjennomføre teammøtene fortsatt var muligheten veilederne opplevde til å forlate avdelingene for delta i møtene, se forrige kapittel.

Fortløpende støtte til de tverrprofesjonelle teamene i starten

De tverrprofesjonelle teamene ble sammensatt i samarbeid mellom ledere og prosjektleder fra USH-ST. På enhet B var det bare snakk om justeringer av det eksisterende teamet. Selv om to avdelinger fikk penger for å delta, fikk veiledere fra de andre avdelingene også delta i teamet når det hadde anledning og behov for det-som før. Ved de øvrige enhetene var det mer fram og tilbake før teamet var sammensatt, spesielt med tanke på hvem og hvor mange som skulle delta. Dette fordi veilederne og kanskje også lederne, ikke hadde nok informasjon om prosjektet fordi de tverrprofesjonelle teamene var sammensatt før Seminar 1 der all informasjonen om prosjektet kom.

Seminar 1 (21.september 2016) markerte prosjektet oppstart. Alle involverte i prosjektet ble invitert, både ledere, veiledere, lærere og lærlinger (ingen studenter hadde praksis i sykehjem da). Hensikten med seminaret var at deltakerne sammen kunne ta til seg informasjon om tiltakene i prosjektet og hensikten med dem. Seminaret vekslet mellom korte innledninger og gruppearbeid.

Etter det første seminaret, fortsatte prosjektledelsens arbeid med å implementere intervensjon. Teamene trengte mye støtte den første tiden, som forventet (Fixsen et al., 2005; Oterkiil, 2015; Roland, 2015a). Etter det første seminaret hadde teamene og enheten besøk av en prosjektleder ca. en gang pr måned fram til jul. I besøkene deltok prosjektlederne på teamenes møter, hadde samtaler med ledelsen om framdriften i prosjektet. Fagpersoner utenfra med kompetanse på veiledning tilbød alle teamene undervisning i veiledning i løpet av tiden før jul. Prosjektledelsen utarbeidet et hefte med forslag til tverrprofesjonelle læresituasjoner og en veileder i forhold til taushetsplikt i tverrprofesjonelt samarbeid og undervisningssituasjoner (se vedlegg 3).

Tabell 3: Antall deltakere i det tverrprofesjonelle veilederteamet (koordinatorene inkludert) – fordelt på enhet og yrkesgrupper

	Totalt antall	Helsefagarbeidere/hjelpepleiere	Fysio-terapeuter	Ergo-terapeuter	Vernepleiere	Sykepleiere
Enhet A	9	3	1	2	1	2
Enhet B	11	4	2	1	0	4
Enhet C	7	2	1	1	0	3
SUM	28	9	4	4	1	11

Det er alltid gap mellom den informasjon som gis og den som behøves i implementeringsarbeidets første faser (Fixsen et al., 2005). Teamene på enhet A og C famlet med å forstå og håndtere intervensjonen. Da de kom til seg selv etter seminar 1, trengte de på nytt å snakke sammen om rollen sin og hvordan de skulle forstå oppdragene. Etter et par møter bestemte de seg for å ta fatt på det mest konkrete – å utarbeide tverrprofesjonelle læresituasjoner og utforme den skriftlige informasjonen i velkomstheftet studentene og lærlingene skulle få. Alle teamene var svært opptatt av å få tilbakemelding på arbeidet sitt, om det var «riktig» forståelse av oppdraget. TPSLT og spesielt koordinatorene var svært opptatt av å ikke skuffe studentene som hadde valgt seg praksis på enhetene. Teamene og koordinatorene var avhengig av støtte, og fikk i tilfredsstillende grad dekt det behovet gjennom at prosjektlederne besøkte dem jevnlig. På en annen side, de utviklet selvstendighet og mestringstro gjennom å mestre oppgavene uten for mye involvering fra prosjektledelse. Da studentene kom i januar, var læresituasjonene etablert og heftene ferdige.

De tverrprofesjonelle teamene var i starten opptatt av de konkrete oppdragene sine. Spesielt teamene på enhet A og C, syntes i liten grad å utveksle erfaringer og støtte hverandre i veiledning av studenter og lærlinger. Teamet på enhet B hadde bestått lengre, og slik utveksling av erfaring og støtte var innarbeidet. På en annen side hadde alle teamene utviklet en følelse av tilhørighet i et veiledningsfelleskap. Etter hvert ønsket de å bruke «mer tid på oss selv når vi møtes». Tidligere visste de nødvendigvis ikke om hverandre. Disse bekjentskapene på tvers av avdelinger og profesjoner syntes de var verdifulle. Det gjorde det mye enklere å ta kontakt, også utenom teammøtene. Kanskje var det slik at de konkrete oppdragene fungerte som «icebreakers» eller oppvarmere, at det å ha fokus på oppdraget og ikke hverandre kunne være bra i starten av teamets levetid.

De tverrprofesjonelle veilederteamene gjennomførte oppdragene sine i prosjektperioden. De etablerte teamene, hadde jevnlig møter, oppmøtet var jevnt over godt (se tabell 4 over oppmøte i TPVLT), de etablerte tverrprofesjonelle læresituasjoner for studenter og lærlinger og utformet informasjonsmaterialet om enheten. Dersom driften tillot det, deltok på velkomstseminarene for studenter og lærlinger.

Tabell 4: Antall møter og prosentvis oppmøte i samlingene til de tverrprofesjonelle veilederteamene

	Antall møter	Fagarbeidere /hjelpepleiere	Sykepleiere	Fysio-terapeuter	Ergo-terapeuter	Verne-pleiere	Totalt
Enhet A	6	72 %	75 %	50 %	100 %	67 %	65 %
Enhet B	8	60 %	50 %	100 %	100 %	-	76 %
Enhet C	8	75 %	62 %	88 %	75 %	-	71 %

Teamkoordinatorene brukte jevnt over mye tid og energi på å holde prosjektet varmt innimellom alle de andre viktige gjøremålene ved enhetene: lage møteagenda, leie rom, sørge for kaffe og andre stemningsskapende virkemidler på møtene, de sendte ut påminnelser om møter og tverrfaglig veiledning, forberede seg og lage program for teamsammenkomstene, inviterte lærerne og satte opp dagsorden til disse treffene. Det var bare en enhet som hadde invitert lærerne til teamet to ganger slik som forutsatt. De andre nøyde seg med ett, selv om de syntes det var interessant å diskutere med lærerne. Et spørsmål er om det engasjementet enkelte av koordinatorene har lagt ned for oppfylle forpliktelsene er bærekraftig over tid.

8.5 Tverrprofesjonell samhandlingspraksis for studenter, elever og lærlinger i praktiske studier

Det er behov for økt samhandlingskompetanse bland helsepersonell som arbeider sammen til daglig (!) og mellom ulike tjenestenivå i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2013; Meld. St. 13, 2011-2012; Riksrevisjonen, 2015-2016; St.meld. nr. 47, 2008-2009). Tverrprofesjonell samhandlingslæring (TPSL) læres best i praktiske studier, og slike læresituasjoner bør være gjennomgående i hele utdanningen for alle profesjoner (Barr & Reeves, 2009). Se for øvrig avsnittet «Tverrprofesjonell samhandling og samhandlingslæring» i starten av rapporten.

Aktuelle læresituasjoner i TPSL kan være skyggepraksis, deltakelse i behandlingsmøter, tverrprofesjonell refleksjon over pasientsituasjoner og roller knyttet til helsehjelp (Kristensen et al., 2014). På denne måten lærer de ulike yrkesgruppene både om, med og fra hverandre for effektiv samhandling og bedre helsetjeneste (Gilbert et al., 2010). Yrkesgruppens utvikling av yrkesspesifikke identiteter kan styrkes i møte med andre yrkesgrupper samtidig som de ser seg selv om en del av et større fellesskap med andre yrkesgrupper (Almás, 2009a, 2009b).

Alle deltakerne i prosjektet fikk en kort innføring om hva tverrprofesjonell samhandling og tverrprofesjonell samhandlingslæring er på Seminar 1. Videre fikk koordinatorene i de tverrprofesjonelle veilederteamene skriftlige informasjon om hvilke læresituasjoner som kan være aktuelle og en hvordan taushetsplikt kan håndteres i slike læresituasjoner dersom pasienter eller pasientinformasjon er involvert. Disse ble gjennomgått med koordinatorene under et arbeidsgruppemøte i prosjektet. På prosjektledernes møter med teamene ble temaet tatt opp og spørsmål og uklarheter avklart. TPVLT enhet A og B valgte å utarbeide en pasientsituasjoner

med reelle pasienter. De fikk samtykke fra pasienter der de mente det var forsvarlig og utbytterikt både for pasienter, studenter og lærlinger at de samhandlet om helsehjelpen. Dette fungerte svært bra. Studentene og lærlingene ble engasjerte og jobbet godt og iherdig sammen om å forbedre helsehjelpen til disse pasientene. TPVLT enhet C valgte å lage en situasjonsbeskrivelse og ikke en reell pasientsituasjon. Student og lærlingeteamet syntes det var interessant, men de mente det hadde vært mer engasjerende og lærerikt om de hadde kunne fått samhandle om reelle pasientsituasjoner. Situasjonsbeskrivelsen kom til kort når det gjaldt opplysninger, det ble mye diskusjon om tenkte scenarier uten at de fikk mulighet til å teste dem ut.

Alle enhetene etablerte et fast student og lærlingeteam i de deler av praksisperiodene som var sammenfallende for de aktuelle profesjonsutdanningene (ca. 8 uker våren 2017). Det medførte at noen studenter og lærlinger ble med etter hvert som de startet sin praksisperiode, mens andre sluttet før de andre. Fysio og ergoterapiststudenter fra de «eksterne» enhetene ble koblet på veilederteamene i sykehjemmene og deltok i teamets møter. Student og lærlingeteamet fikk ansvar for å sette nyankomne inn i læresituasjonen. Dette fungerte utmerket (FGD-studenter og lærlinger, FGD-veilederteam, notater fra gruppeoppgaver i seminar 2). Student og lærlingeteamene avtalte selv når de skulle møtes. De møttes stort sett en gang i uka, men i perioder med intens arbeid, møttes de to ganger i uka. Ved enhet A og C, valgte det tverrprofesjonelle veilederteamet å møte student- og veilederteamet to ganger i løpet av perioden for veiledning og refleksjon. Dette fungerte svært bra ifølge begge partene. I det første møtet hadde en runde rundt bordet der hver deltaker presenterte seg selv og kjerneoppgavene i sin profesjonspraksis. Ved enhet B valgte TPVLT å delta i student og veilederteamet hver uke ved at en representant fra «pleierne»¹¹ og en fra «terapeutene»¹² deltok i diskusjonen i teamet. Studentene og lærlingene erfarte at tilstedeværelsen hemmet dem i diskusjonene, og veilederne trakk seg unna og satt i bakgrunnen, hørte på og brøt inn om de mente det var nødvendig. TPVLT enhet B begrunnet tilstedeværelsen med at de mente det var nødvendig å overvåke studentenes og lærlingenes vurderingsprosesser for å forhindre at pasienter ble lovet tjenester det ikke var mulig å gjennomføre. I etterkant har TPVLT ved enhet B evaluert at denne måten å veilede på var for krevende, at det kunne holdt med en veileder og ikke to veiledere fra det tverrprofesjonelle veilederteamet.

Ved enhet A bestemte det tverrprofesjonelle student og lærlingeteamet at det var nødvendig med et husmøte der de kunne informere om tiltakene de hadde prøvd ut og iverksatt for pasientene de hadde samhandlet om. Fagleder gav aksept for å avholde møtet og deltok selv. Studentene og lærlingene ledet møtet. Husmøtet omfattet alt helsepersonell i avdelingen. Fagleder var tydelig stolt av hva studentene og lærlingene hadde fått til, og mindre glad over noen av reaksjonene fra de øvrige ansatte som mente studentene og lærlingene hadde iverksatt urealistiske tiltak.

Alle de tverrprofesjonelle veilederteamene fylte de to første rollene som veileder for tverrprofesjonell samhandlingslæring: legge til rette for tverrprofesjonell samhandlingslæring og veilede i tverrprofesjonell samhandlingslæring. Når det gjaldt

¹¹ Lærlingene, sykepleiestudentene og vernepleiestudentene

¹² Fysio- og ergoterapiststudentene

ved vurdering av studenters og lærlingers tilegnelse av tverrprofesjonell samhandlingskompetanse uttrykte lærerne at «studentene hadde fått med seg mye» (FGD-lærere). Studentene og lærlingene var også svært fornøyde med utbyttet av de tverrprofesjonelle læresituasjonene (FGD-studenter og lærlinger). Noen konkretisering av hva som lå i det kom ikke fram. Det kan synes som både studenter, veiledere og lærere mangler begreper for å spesifisere lærdommen. Likevel, når studentene og lærlingene formidlet hvordan de hadde lært sammen, beskrev de at de hadde reflektert sammen over observasjoner og reaksjoner knyttet til pasientene, diskutert pasienters situasjon ut fra ulike perspektiv, gjennomført skyggepraksis, og gitt hverandre opplæring i praktiske tiltak overfor pasientene.

Samlet sett er dette tiltaket det mest suksessfulle i hele prosjektet. På seminar 2 (2. mars 2017, se vedlegg 1) - det siste seminaret i prosjektet, fikk studentene og lærlingene fra hver enhet i oppdrag å presentere hvordan de hadde jobbet i det tverrprofesjonelle lærling- og studentteamet. Samtlige av de som presenterte gav uttrykk for at denne læresituasjonen hadde vært den mest inspirerende og lærerike med hele praksisperioden (feltnotat, FGD-studenter og lærlinger, notater fra gruppeoppgaver Seminar 2). Under studentenes og lærlingenes framføring satt de respektive veilederne og lederne fra enhetene og «skinte». De var tydelig stolte over «sine studenter og lærlinger» og det de hadde fått til.

Responser fra studentene og lærlingene gav teamet og lederne en positiv opplevelse knyttet til prosjektdeltakelsen. Opplevelse av suksess og feiring av suksess er viktig for å orke å fortsette når en senere møter motstand i implementeringsarbeid (Fixsen et al., 2005). Hele Seminar 2 var derfor lagt opp til å være en feiring av det vi sammen hadde fått til i prosjektet og en anledning til å takke og verdsette alle for deres innsats, samtidig som det var en arena for evaluering og innsamling av data.

8.6 Etablere velkomstseminar for nye studenter og lærlinger i enhetene,

Velkomsten til en ny praksisplass er viktig for studenter og lærlinger. Velkomsten gir studenter og lærlinger et førsteinntrykk av praksisplassen, inntrykk av om en er ventet og ønsket, og om praksisstedet har forberedt seg på praksisen (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski, Leino-Kilpi, & Warne, 2002). En av kommunene hadde allerede utviklet en rutine i kvalitetssystemet for hvor hvordan studenter og lærlinger skulle bli tatt imot når de kom til enheten (Aasen, 2014). Denne rutinen var svært tilfeldig brukt, og ble tatt inn i prosjektet for implementering. De tverrprofesjonelle teamene fikk i oppdrag å enten revidere eksisterende eller lage en ny introduksjonsperm med skriftlig informasjonsmaterialet om enheten. Denne aktiviteten gjennomførte alle teamene. Den ble delt ut til alle studenter og lærlinger når de ankom praksisstedet.

Velkomstseminarene for studenter og lærlinger arrangeres av virksomheten i starten av praksisperiodene. Koordinator for teamet og ledelsen ved sykehjemmet samarbeider om å arrangere seminarene. Hensikten er få en god start på de praktiske studiene, at studenter og lærlinger skal kjenne seg velkomne og få oversikt over praksisplassen og de som arbeider der. Dette kan også være en anledning for lederne til å plassere enhetens tjenester inn i en større organisatorisk sammenheng

og hvilke indikatorer enheten har for kvalitet på tjenestene sine. Studenter og lærlinger fra de ulike yrkesgruppene får møte hverandre og sine praksisveiledere sine samt lederne for enheten, og får informasjon både skriftlig og muntlig om virksomhetens tjenester, organisering og rutiner.

Den aktiviteten i prosjektet som syntes enklest å forstå og håndtere (i.e. implementere), var velkomstseminarer for studenter og lærlinger. Samtidig var det det tiltaket i intervensjonen som ble mest endret. Alle enhetene gjennomførte «velkomstseremonier» i en eller annen form. Ingen gjennomførte felles samlinger for alle studenter, lærlinger, lærere, veiledere og ledere. Noen hadde ferie, noen var syke, andre kunne ikke forlate avdelingen eller for å delta, noen prioriterte andre oppgaver. Ikke alle studentene kom samtidig. Lærlingene har lange praksisperioder, og de flere var godt kjent på enheten fra før og kjente ikke behov for noe velkomstseminar. En annen årsak til at lærlingene i svært liten grad deltok, var at de manglet informasjon om prosjektet. Dette gjaldt spesielt på enhet A og C. Alle studentene ble på en eller annen måte ønsket velkomne. Enhetene la vekt å skape en trivelig atmosfære blant de oppmøtte, men kaffe, levende lys og kake. De som var tilstede presenterte seg for hverandre og det ble gitt informasjon om tjenestestedet muntlig og skriftlig. Selv om den skriftlige informasjon i liten grad ble lest, og heller ikke fulgt opp i veiledningen (FGD studenter og lærlinger), gav det studenter og lærlinger et positivt inntrykk at praksisstedet hadde lagt seg i selen og laget et dokument for nettopp dem.

Den grunnleggende ideen med velkomstseminar er at de nyankomne skal kjenne seg velkomne og sett. Dette klarte enhetene å implementere og de klarte å oppnå at studenter og lærlinger kjente seg velkomne i stor grad.

8.7 Invitere lærerne for studenter og lærlinger til dialog.

Flere studier peker på utfordringer med «delt lederskap» og behov for samhandlings mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt etter «skilsmissen» på 1980-tallet, der utdanning av helsepersonell ble overført fra helseinstitusjonene til utdanningsinstitusjonene (Forber et al., 2015; Laiho, 2010; Råholm, Hedegaard, Löfmark, & Slettebø, 2010). Dette prosjektet har i all hovedsak fokus på veiledernes arbeidssituasjon og praksisveileders betydning for kvalitet i praktiske studier. Likevel, deres arbeidsbetingelser har sammenheng med hvor godt de får mulighet til å samhandle med utdanningene. Prosjektets ressurser og tidsaspekt tatt i betraktning ble det tatt en relativt moderat målsetting om å utforske mulige samhandlingsformer mellom utdanning og praksisfelt. Erfaringene fra SVIP –modellen (Styrket veiledning i praksis) (Andersson et al., 2013; Bogsti et al., 2013; Nordhagen et al., 2010; Solveig Struksnes et al., 2012) gav støtte for at lærere og praksisveiledere kan støtte hverandre i sine respektive roller når det blir lagt til rette for samhandlingsarenaer. Et av prosjektets intervensjoner var derfor at de tverrprofesjonelle veilederteamene skulle invitere lærerne fra de respektive utdanningene til dialog om læresituasjonene og læringsutbyttene som var relevante for praksisperiodene til de respektive studentene og lærlingene som deltok i prosjektet.

For utdanningene er det svært ressurskrevende å skulle reise rund til alle praksisstedene. Praksisseminarene er utdanningens tiltak for å etablere kontakt med

praksis og praksisveilederne. Likevel, når de først er tilstede på praksisstedet er det vesentlig at tiden benyttes så godt som mulig. Prosjektet la derfor opp til en utprøving av det tverrprofesjonelle veilederteamet som arena for samhandling mellom utdanning og praksisfelt.

Tiltaket ble presentert på Seminar 1, og oppfordringen om å invitere lærerne ble gjentatt når prosjektets arbeidsgruppe hadde møter og i samtaler mellom prosjektleder og den enkelte lærere. Denne aktiviteten var den som var mest åpen i prosjektet. Det ble i liten grad lagt føringer på hva de skulle snakke om. Flere av lærerne undret seg over hva de skulle snakke om. For å gjøre det tryggere å invitere for teamet og mer avklart for hva samtalen skulle dreie seg om for lærerne, fikk de tips fra prosjektlederne om at de kunne diskutere de tverrprofesjonelle læresituasjonene, utveksle informasjon om læringsutbytter med de andre utdanningene og høre hvordan praksisveilederne oppfattet dem.

Lærerne fulgte stort sett opp invitasjonene til å møte de tverrprofesjonelle teamene. Å besøke enhet C innebar en lang biltur for lærerne for sykepleie-, vernepleie- og fysio-ergoterapiststudentene. De kjørte sammen i en bil og benyttet anledningen til å bli bedre kjent. Disse lærerne uttrykte det som svært nyttig å bli kjent på tvers av utdanningene, og å få møte det tverrprofesjonelle veilederteamet. Også lærer og team ved enhet B syntes møtene hadde vært givende og interessante (FGS – lærere).

Dialogen i møtene mellom lærerne og TPVLT slik lærerne opplevde dem dreide seg om spesifikke problemstillinger knyttet til de tverrprofesjonelle læresituasjonene. For øvrig dreide samtalen seg om å «gå gjennom papirene» dvs. læringsutbyttene og vurderingskriteriene for praksisperioden med veilederne. Videre å være studentenes «advokater» og skåne dem for urealistiske forventninger fra praksisveilederne. De erfarte veiledernes veiledningskompetanse som svært varierende. Videre syntes de møtet hadde gitt dem innblikk i praksisstedets muligheter og begrensninger og dermed mulige relevante læresituasjoner (FGD-lærere).

Slik praksisveilederne så det var besøk av lærerne en anerkjennelse av arbeidet de la ned i å utdanne studentene og lærlingene «deres». Å få lite besøk eller ikke besøk, ble betraktet som manglende erkjennelse. De som fikk besøk av lærerne erfarte at lærerne som møtte var godt forberedt. Praksisveilederne gav uttrykk for at det mest interessante var å høre hvordan lærerne tenkte om forhold knyttet til forskjellige ting vedrørende utdanningene og praksisen. De som ikke fikk besøk, mente de godt kunne ta hånd om praksisperioden uten å ha kontakt med lærerne fra utdanningene – de visste godt hva studentene skulle lære selv om de var klar over at lærerne og de ikke nødvendigvis var enige i hva som skulle læres (FGD-veilederteamene). Spesielt veilederne til sykepleiestudentene og lærlingene var opptatt av at praksisperioden skulle forberede sykepleiestudentene til raskt å kunne gå inn i driften ved avdelingen (FGD-veilederteam).

Opplæringskontorene ble ikke invitert til møter i de tverrprofesjonelle teamene. Dette kan bero på manglende oppfølging fra prosjektlederne. Det kan synes som universitetsutdanningene er prioritert når det gjelder oppmerksomhet og tilrettelegging i praktiske studier. Når det er studenter i praksis på enheten, viker

lærlingene og overlater interessante læresituasjoner til studentene. De blir faktisk oppfordret til det av veilederne sine fordi «studentene er de så kort periode». Mer om lærlingenes status og læringsmiljø kommer senere i rapporten.

Hverken lærerne fra universitetsutdanningene eller opplæringskontorene deltok under de tverrprofesjonelle veiledningsseansene på enhetene. Det kunne de kanskje med fordel gjort. Hva som ligger i det tverrprofesjonelle og hva som ligger i det profesjonsspesifikke når det gjelder veiledning og vurdering er interessant å utforske videre med tanke på behovet for tverrprofesjonell samhandling både i praksis og utdanning.

8.8 I hvilken grad intervensjonen ble institusjonalisert, det vil si ble til en naturlig del av enhetenes aktiviteter.

For at en ny aktivitet skal sette seg og blir en del av de aktivitetene som betraktes som vanlige, må alle den affiserer være involvert (Fixsen et al., 2005; Roland, 2015a). I dette prosjektet var det en stor gruppe som ikke ble mye involvert – kollegaene til veilederne. Faglederne hadde informert på personalmøtene. En fagleder uttrykte: «jeg kan ikke gjøre mer enn å informere, så er de topp til dem å ta det til seg» (ledersamlingen). Prosjektledelsen prioriterte ikke å delta på personalmøter og overlot involvering av øvrig personale til ledelsen ved enhetene. Involvering av veilederne kollegaer kunne fremmet implementering.

Å endre institusjoner krever at en kritisk masse av institusjonsdeltakerne begynner å tenke annerledes og handle annerledes. Derfor er involvering og utholdenhet viktig for endring. Prosjektorganisasjonen utgjorde en implementeringsstøtte for deltakerne. Lederne er nøkkelpersoner for om implementering av intervensjonen fortsetter i enhetene. Når en aktivitet er institusjonalisert er den blitt en regel i organisasjonen, en regel som er tatt for gitt. Det kan se ut som om det tverrprofesjonelle teamet på enhet B er i ferd med å bli institusjonalisert. Da prosjektet skulle i gang, var det snakk om at veiledere ved enkelte avdelinger ikke kunne delta. Da protesterte disse veilederne. Teamet eksisterer i tankene til veilederne og de forventer å få delta. Det er et tegn på at teamet er blitt en regel i organisasjonen. På en annen side, enheten ser ut til å leve nær sultegrensen når det gjelder bemanning, slik at det også vil være et kapasitetsutfordring for veilederne om de fortsetter i delta i teamet. Ved enhet A har de intensjoner om å fortsette med teamet og med tverrprofesjonell samhandlingslæring og velkomstsamlinger. Ved denne enheten kan intervensjonen komme til å bli institusjonalisert. Institusjonalisering avhenger av stabilitet i ledelsen, blant veilederne og at koordinatoren fortsetter noen år til. Ved enhet C kan det se ut som teamet ikke fortsetter med mindre studenttilgangen blir betraktelig bedre.

Ved enhet A ser det ut til at lederstøtte er etablert for veiledningsaktiviteter. På de øvrige enhetene er det noe mer usikkert. På enhet B synes det som om lederne mangler kapasitet til å lede mer enn de gjør. På enhet C synes det som utfordringen først og fremst å få studenter i praktiske studier til kommunen.

Ordningen med velkomstseminar ligger som et tiltak i kvalitetssystemet i Trondheim kommune og er på en måte institusjonalisert fordi tiltaket har kommet så langt at det

er en del av kvalitetssystemet og i prinsippet er en standard som ikke skal fravikes. Men så lenge ingen kjenner til regelen, blir den heller ikke brukt og ingen avvik blir registrert. Standarder for hva god veiledning er og hvordan veiledning skal gjøres mulig å gjennomføre, har ikke blitt tatt inn i kvalitetssystemene hverken i Trondheim eller i Frøya kommune.

Suksesskriteriene i prosjektet var laget med tanke på at ett år er kort tid for endring av en godt etablert praksis slik at suksesskriteriene mer evaluerer hvorvidt tiltakene ble tatt i bruk enn om målsettingene med dem ble oppnådd. Suksesskriteriene var:

1. Enhet B sitt tverrprofesjonelle veilederteam er selvgående i løpet av prosjektperioden
2. Minst en veileder har begynt veilederutdanning ved de øvrige virksomhetene som er involvert
3. Tverrprofesjonelle læresituasjoner er utprøvd ved alle virksomhetene
4. Alle enhetene i prosjektet praktiserer tilrettelegging for veiledning for studenter/elever/lærlinger og teamdeltakelse:
 - a. å sette av tid til veiledning på dagsplanene i avdelingene
 - b. gir lederstøtte og anerkjennelse til veilederne
5. Alle utdanningsprogrammene som er involvert i prosjektet har etablert kontakt med det tverrprofesjonelle veilederteamet ved det aktuelle praksisstedet for planlegging av læresituasjoner for tverrprofesjonell samhandlingslæring.

Når det gjelder suksesskriteriene 3 og 5 er suksess oppnådd. Når det gjelder kriterium 2, delvis – enhet A ser ikke ut til å ha sikret seg veilederkompetanse når koordinatoren går av med pensjon om noen år, men de øvrige enhetene har det. Når det gjelder kriterium 4 har alle enhetene et system for å synliggjøre veiledningsaktiviteter i avdelingens dagsplaner, men det synes å være mangler ved lederstøtte og veilederens opplevelse av anerkjennelse for arbeidet de gjør. For punkt 5 gjelder at universitetsutdanningene ble involvert, men ikke opplæringskontor og videregående skole. I lys av suksesskriteriene for prosjektet må en kunne si at suksess delvis er oppnådd. Når det gjelder suksesskriterium 1, synes fortsettelse å være avhengig av at ledelsen involverer seg og viser interesse for at det tverrprofesjonelle teamet skal fortsette.

9 Evaluering av måloppnåelse

Prosjektets målsettinger var å:

- rekruttere til veilederrollen
- skape stabilitet og trivsel i veilederrollen
- øke veiledningskompetansen hos veilederne
- heve veilederrollens status i virksomheten
- bedre studenter, elever og lærlingers læringsmiljø
- etablere tverrfaglig samhandlingslæring blant
 - veilederne
 - lærere/utdanningene
 - studenter, elever og lærlinger

- inspirere til nye samhandlingsmønstre mellom utdanning og praksis for bedre kvaliteten i praktiske studier inkludert erfaringer med tverrprofesjonell samhandlingslæring
- på sikt skape positive effekter på arbeidsmiljø, læringsmiljø, kunnskapsbasert praksis, rekruttering og kvalitet på tjenester

Evalueringen av måloppnåelse vurderes ut fra at implementeringen bare har pågått ett år. De hemmende institusjonelle kreftene er forsøkt håndtert gjennom implementeringsaktivitetene, men virker fremdeles. Andre faktorer som synes å ha hemmet implementeringen er at samtidig pågående aktiviteter tatt oppmerksomhet bor fra prosjektet hos lederne for enhetene. Noen av lederne har derfor ikke kunnet støtte opp under endringen og overlatt implementeringen til prosjektorganisasjonen alene. Det gjør utsiktene til måloppnåelse betraktelig dårligere.

9.1 Rekruttere og skape trivsel og stabilitet i veilederrollen

Når veilederne konkret ble spurt om de ønsket å fortsette som veiledere, var det noen som klart svarte ja, andre svarte nei, og noen nølte. På en annen side, veilederne erfarte det positivt å samles når de først kom seg på samlingen. Det kan tolkes som det først og fremst er manglende tilrettelegging og ledelse for å kunne fylle veilederrollen som er årsaken til den manglende entusiasmen for å forbli veiledere. De opplevde det interessant og lærerikt å bli kjent med andre veiledere og ikke kjenne seg alene i rollen sin. Fellesskapsfølelsen kan være viktig for motivasjon. Å høre andre fortelle om sine erfaringer og synspunkter, kan også være kompetanseutviklende så fremt budskapet blir reflektert over. Det er svært sannsynlig at slike refleksjoner har forekommet – dagboknotatene viser det, og utsagnene og refleksjonene i FGD. At så mange veiledere møter opp når tilretteleggingen har vist seg vanskelig, er også et tegn på motivasjon (se tabell 4).

9.2 Økt veiledningskompetanse blant veilederen

Formelt sett er det lederne som har ansvar for å rekruttere praksisveilederne både for lærlinger og studenter og legge til rette for at de skal ha den nødvendige kompetansen til å fylle rollen sin. I prosjektet var det flere tiltak for kompetanseutvikling: deltakelse i det tverrprofesjonelle veilederteamet, deltakelse på utdanningenes kurs og praksisseminar, samt å skaffe seg formell veilederkompetanse gjennom utdanningstilbudene fra fagskoler og universitet. Det er derfor ikke til budene det står på. Også her synes det som om manglende tilrettelegging og manglende karrierestiger og status for veiledningsutdanning i enhetene spiller inn. Når veilederkompetanse må erverves på fritid og veiledningsarbeidet i realiteten er ulønnet ekstraarbeid, er det ikke rart at ansatte nøler med å satse på dette som noen karrierevei. Veiledernes kompetanse ble kartlagt i forbindelse med fokusgruppediskusjonene for de tverrprofesjonelle veilederteamene (FGD-veilederteam). På grunn av lavt oppmøte på fokusgruppediskusjonene må informasjonen tolkes med forsiktighet. På grunn av lite antall informanter og mulighet for personidentifisering, er tallene summert for alle enhetene. 9 av 19 veiledere med bachelorutdanning deltok i FGD og 4 av 9 med helsefagarbeiderutdanning eller tilsvarende (hjelpepleier eller omsorgsarbeider). Slik

det går fram av tabell 5 har 2 av 4 veiledere for lærlinger og 4 av 9 veiledere for studenter deltatt på utdanningenes/opplæringskontorets praksisseminar/kurs. Det vil si at godt og vel halvparten av praksisveilederne i dette prosjektet på egen hånd har måttet sette seg inn i studenters og lærlingers studieplaner og målsettinger for praksisperiodene. Dersom dette har skjedd, er det grunn til å tro at det har skjedd på fritiden til veilederne.

Tabell 5: Oversikt antall deltakere i FGD, deres utdanning, yrkeserfaring, veiledningsutdanning, veiledningserfaring og deltakelse på praksisseminar/veiledningskurs i regi av utdanningene/opplæringskontorene:

Antall deltakere i FGD for veiledere fordelt på type utdanning		År - yrkeserfaring			Veilednings utdanning		Veiledet antall studenter/lærlinger			Deltatt på praksis-seminar/veilednings-kurs antall ganger	
Utdanningsgruppe		≤3	≥4	≥10	Ja	Nei	≤3	≥4	≥10	0	≤3
3-årig bachelor utdanning	9	3	1	5	4 ¹³	5	7	2	0	4	5
Fagarbeider/hjelpeleier	4	1	0	3	2 ¹⁴	2	2	1	1	2	2
SUM alle enheter	13	4	1	8	5	8	9	3	1	6	7

Når det gjelder formell veilederutdanning, var 1 av 4 veiledere for lærlinger og 2 av 9 veiledere for studenter under utdanning. 2 veiledere for studenter og 1 veileder for lærlinger hadde formell veilederutdanning før prosjektperioden. Ved de øvrige enhetene var det ingen under slik utdanning i prosjektperioden. En enhet hadde allerede bidratt med utdanning til to veiledere. At enhetene satser på å skaffe seg veiledningskompetanse er en gledelig utvikling. Det gjenstår å legge til rette for at veilederne kan få brukt kompetansen sin som en del av stillingen sin, og slik at veiledning ikke fortsettes å være en personlig aktivitet de selv må sørge for tid til. Det foreligger ingen opplysninger om hvor mange ved enhetene som har veiledningskompetanse men som ikke er praksisveiledere. Ettersom veilederrollen kan «gå på omgang» er det sannsynlig at enhetene hadde veilederkompetanse som ikke ble benyttet.

4 av 13 veiledere har under 4 års yrkeserfaring, og 9 av 13 veiledere har veiledet under 4 studenter/lærlinger i løpet av sin yrkeskarriere (Tabell 5). Yrkeserfaring i seg selv borger ikke for god veilederkompetanse, men det er sannsynlig at det er nødvendig med et par års erfaring for å kunne ha oversikt og overskudd nok til å ta ansvar som praksisveileder. Nordisk forskning viser at helsepersonell trenger et par år på komme seg over «praksissjokket» (Wallin, Gustavsson, Ehrenberg, & Rudman, 2012) og bli i stand til å orientere seg utover det helt elementære i jobbsituasjonen sin. Med tanke på antall studenter kommunene er eksponert for, kan det synes som om det er et relativt ungt og lite erfarent praksiskorps som deltar i prosjektet. Det kan avspeile stor turnover i arbeidsstokken på enhetene og står turnover blant veiledere. Utkantkommuner har sjeldnere studenter enn kommuner i sentrale strøk.

¹³ To under utdanning

¹⁴ Under utdanning

Det synes som prosjektet har bidratt til økt kompetanse slik at enhetene har mer kompetanse både på veiledning og tverrprofesjonellsamhandlingslæring etter prosjektet slutt enn før det startet. Det kan se ut som prosjektet har bidratt til oppfølging av veilederne, og på denne måten kanskje avlastet ledelsen. Nå er prosjektet slutt. Det er ikke sikkert denne utviklingen fortsetter dersom det ikke legges bedre til rette for utvikling og ledelse av veilederkompetanse av enhetene og kommunene selv. Prosjektets intervensjon og implementeringsaktiviteter har avdekket institusjonelle kjennetegn som hemmer og fremmer kompetanseutvikling blant veiledere for studenter og lærlinger ved de involverte enhetene.

9.3 Heve veilederrollens status i virksomheten

Når det gjelder veilederne arbeidsforhold og status, har disse forholdene i alle fall blitt problematiserte og satt på dagsorden i prosjektet. Når de på denne måten blir satt på spill, kan det også innebærer negativ oppmerksomhet – som for eksempel å kjenne seg som «rusk i maskineriet», en som «syter og klager» (FGD- veiledere enhet B). På en annen side, ingen endring skjer uten motstand, i hvert fall ikke i vel etablerte institusjoner. Motstanden er også uttrykk for verdier – som blir bevisstgjorte når de blir utfordret (Aglén et al., 2017; Scott, 2008). På den måte blir det mulig å avveie verdier opp mot hverandre - verdien av å skape et godt læringsmiljø og gode arbeidsvilkår for veiledere opp mot tid brukt på andre aktiviteter i avdelingen.

Et spørsmål som prosjektlederen har fundert over, er om det engasjementet enkelte av koordinatorene har lagt ned for oppfylle forpliktelsene er bærekraftig over tid. På en måte har koordinatorene blitt spydspisser for en organisatorisk endringsprosess der institusjonaliserte normer for veiledning settes på spill. For flere av dem er det slik at den eneste støtten de har opplevd er prosjektledelsens støtte og den støtten de har fått gjennom å støtte hverandre som prosjektkoordinatører. Koordinatorene har møtte hverandre og prosjektlederne jevnlig gjennom møter i prosjektets arbeidsgruppe. Det gjenstår å se hva som skjer med koordinatorene når det har gått en tid etter prosjektslutt.

På en annen side, på Seminar 2 gav både ledere og veiledere gitt uttrykk for at de er stolte over hva de har fått til. Enkelte av lederne har uttrykt planer om og faktisk satt i gang aktiviteter som indikerer at de tenker å fortsette med det tverrprofesjonelle veilederteamet og på den måten viser de verdsetting av både veilederrollen og koordinatorrollen. Dette kan bidra til at veiledere blir interesserte i å fortsette og forbli i rollen sin.

9.4 Bedre studenter, elever og lærlingers læringsmiljø

Majoriteten av studentene og lærlingene opplevde å bli godt mottatt. Også i et tilfelle der ingen visste om at lærlingen kom, kjente lærlingen seg godt mottatt fordi dette hadde blitt erkjent, beklaget og andre hadde steppet inn og tatt seg av lærlingen. Flere påpekte hvor viktig det var å bli møtt med smil og hilsener («god dag», «velkommen til oss»), både for å oppleve seg sett og for å oppleve seg inkludert blant de øvrige ansatte i avdelingen. Opplevelse av å bli inkludert og ikke marginalisert er også viktig for å kunne ta kontakt for avtaler og få tilgang til læresituasjoner i

avdelingen. Å bli godt mottatt og bli møtt med vennlighet siden, er grunnleggende forutsetning for å trives og lære (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski et al., 2002). Relasjonen til veileder var også viktig. På velkomstsamlingene var studentene svært opptatt av å få møte veilederen sin og bli kjent med denne, og var naturlig nok skuffet, men forståelsesfulle, dersom de ikke var der. Veilederen var studentens og lærlingens nøkkel til læresituasjoner. Når veileder ikke var der, var de avhengig at noen andre tok rollen som døråpner for læresituasjoner inntil de ble bedre kjent. Sykdom og annet fravær, samt veiledere i deltid opplevdes som et problem i så måte. Det synes tilfeldig om ledelsen tok grep og ordnet opp ved fravær av veileder. I enkelte tilfeller ordnet koordinatoren opp slik at «vikarveileder» ble utpekt.

Videre var studentene opptatt av om veilederne i det hele tatt hadde grunnlag for å vurdere dem. De var usikre på det. Flere av dem stilte spørsmålsteget ved at de som studenter ble betraktet som arbeidskraft, og at de i stedet for å bli evaluert på kompetanse i å løse pasienters helseproblemer ble evaluert på om de «fikk arbeidet unna seg», dvs. effektivitet i gjennomføring av avdelingens rutiner og gjøremål. Dette funnet blir fulgt opp senere i rapporten.

9.5 Tverrprofesjonell samhandlingslæring

Målsettingen om tverrprofesjonell samhandlingslæring omfattet både veiledere, studenter, lærlinger og lærere.

Studentene var den gruppen som i størst grad mente de hadde hatt stort utbytte av tverrprofesjonell samhandlingslæring. Studenters og lærlingers erfaring med tverrprofesjonell samhandling beskrives i et senere kapittel.

Deltakerne i de tverrprofesjonelle veilederteamene har gitt uttrykk for at de har hatt positive erfaringer med tverrprofesjonell samhandling (FGD-TPVLT). Gjennom prosjektet har «pleierne» (helsefagarbeiderne, sykepleierne og vernepleierne) og «terapeutene» (fysioterapeutene og ergoterapeutene) blitt bedre kjent med hverandre både som personer og som yrkesgruppe. Det gjør det lettere å forstå når man skal be om bistand fra hverandre i utformingen av helsehjelpen til pasientene.

Deltakerne hadde også erfart at de hadde likeartede problemstillinger knyttet til det å være veileder. F.eks. når det gjaldt studenter og lærlinger som i liten grad tok veiledning og som var svært kritiske. Da var det godt å ha noen i samme rolle å dele erfaringene med, sammenlikne og reflektere sammen med for å komme fram til forståelse og mulige løsninger. Slike erfaringsutvekslinger krever at det var etablert tillit og fortrolighet mellom deltakerne i teamet og slike erfaringsutvekslinger skjedde på tvers av profesjonene (dagboknotat).

Lærerne uttrykte også stor tilfredshet med å bli bedre kjent både på tvers av utdanningene og med flere profesjoner på praksisstedet. De sammenliknet læringsutbytter og diskuterte relevante læresituasjoner. Lærerne gav uttrykk for at de kjente lite til hverandre og hverandres utdanninger. Prosjektet viser at det er mulig å få til samhandling, men at samhandlingen må ha et konkret siktemål og en konkret innhold. Både lærerne og veilederne var lite fornøyde med svevende beskrivelser av

hva som var formålet med at lærerne skulle besøke de tverrprofesjonelle veiledningsteamene.

9.6 Nye samhandlingsmønstre mellom utdanning og praksis

Grensesnittet mellom praksislærer og praksisveileder er et av flere problemstillinger som er interessant i samhandlingen mellom utdanning og praksis. For at det skal fungere som etter hensikten, er det nødvendig med ledelse og tilrettelegging fra både utdanning og praksisfelt. Deltakerne, både lærerne og praksisveilederne har uttrykt at det har vært fint å møtes på tvers av profesjoner uten å ha studenter og lærlinger tilstede. Det synes å være stort behov for å utforme læresituasjoner som aktiviserer studentene og lærlingenes kunnskapsgrunnlag.

9.7 Kvaliteten i praktiske studier og rekruttering

Gjennom analyse av data i prosjektet kom det fram et interessant resultat som ikke først og fremst er knyttet til veilederes arbeidssituasjon. Dette resultatet handler om forståelsen av hvilke læresituasjoner som er relevante for de ulike profesjonene (Forber et al., 2015). Resultatet kom tydelig fram på grunn av forskjeller i forståelsen av hva praktiske studier innebærer mellom de ulike utdanningene som deltok i prosjektet. Resultatet bygger på data fra hele dataporteføljen i prosjektet.

I innledningen utledet vi følgende oppgaver veiledere og praksisplassen har for å oppnå kvalitet i praktiske studier i dette prosjektet.

- 1) etablere en trygg relasjon mellom veileder og student/lærling
- 2) legge til rette for at studenten og lærlingen kan sette seg inn i praksisstedets tjenester og kvalitetsutviklingssystemet knyttet til helsehjelpen på det aktuelle praksisstedet
- 3) legge til rette for relevante læresituasjoner som er
 - a. relevante for yrkesgruppen og læringsutbyttene i emneplanen
 - b. relevante for tverrprofesjonell samhandling og læringsutbyttene i emneplanen
- 4) gi tilpasset veiledning før, under og/eller etter studenten/lærlingen har pasientkontakt/pårørendekontakt eller samhandlet med andre yrkesgrupper
- 5) vurdere studenten/lærlingens progresjon i oppnåelse av læringsutbyttene som er relevante for praksisperioden

I fortsettelsen evalueres de enkelte yrkesgruppernes oppnåelse av disse målsettingene samt om de kan tenke seg å sykehjem som sin framtidige arbeidsplass.

9.8 Kunnskap om praksisstedets deltjenester og kvalitetsutviklingssystemer

Velkomstsamlingen kan være en anledning til å introdusere studenter og lærlinger for praksisstedets deltjenester og kvalitetsutviklingssystemer. I starten var det mye nytt å sette seg inn i. De fleste syntes det var mye informasjon på velkomstsamlingen, men

husket ikke så mye av hva som ble informert om i ettertid (FGD – studenter og lærlinger). De husket at de hadde fått en informasjonsmappe, men at de hadde «glemt» denne etter sammenkomsten. Det synes som det er et skille ved studentgrupper og helsefaglæringer som har praksis gjennom å delta i avdelingens daglige aktiviteter (heretter benevnt som «pleierne») og de studentgruppene som representerte tjenester som skulle skreddersys for den enkelte pasient (heretter «terapeutene»). Til kategorien «pleiere» hørte sykepleie- og helsefagarbeiderlærlingene. Vernepleiestudentene så ut til å komme i en mellomkategori alt etter om de hadde sykepleier eller vernepleier som veileder. Til kategorien «terapeuter» hørte fysio- og ergoterapiststudentene. De sistnevnte er grundig satt inn i journalsystemet, systemer for utredning, registrering og hvordan tjenestene ble organisert. Det ble også vernepleierstudent med vernepleier som veileder. Vernepleierstudent med sykepleier som veileder, måtte finne fram selv. For «pleierne» del manglet eksempelvis enkelte sykepleiestudentene ved halvgått løp tilgang til elektronisk pasient journal og fikk hverken tilgang til informasjon om pasientene de skulle yte tjenester til eller dokumentert. Ved en annen enhet var det slik at en ansatt tok seg av dokumentasjonen for alle, slik at studentene rapporterte til denne i stedet for å skrive selv. Ingen av «pleierne» hadde fått utførlig forklart sykehjemmenes og helsehusenes funksjon og rolle i kommunehelsetjenesten, hvordan pasienter ble «rekruttert». Ingen av studentene hadde hørt om tjenestebeskrivelsene som skal styre helsepersonells praksis og er kommunens «kontrakt» med pasienter og pårørende. På forespørsel svarte faglederne at de hadde tiltaksplaner som utypet de forvaltningsmessige vedtakene om opphold for pasientene, men ingen av studentene hadde gjenkjent noen tiltaksplan i løpet at praksisen sin. De erfarte muntlige overbringelser av beskjeder om den enkelte pasient, løsrevet fra tiltaksplaner og formelle målsettinger med oppholdet. Sykepleiestudentene var førsteårsstudenter og har tradisjonelt ikke hatt fokus på organisasjonen de har hatt praksis i så tidlig i forløpet. På en annen side, det er en av to praksisperioder i kommunehelsetjenesten og dokumentasjonssystemet og kvalitetsutviklingssystemet er sentralt for forsvarlig yrkesutøvelse og følgelig en kompetanse som er like viktig som kompetanse i «stell». Denne oppdagelsen i prosjektet er velkjent fra tidligere studier (Allen, 2004; Norvoll, 2009; Orvik, 2002). I flere år har forskere påpekt at sykepleiestudenter mangle evne til å samhandle i organisasjoner – de lærer det i liten grad i teorien, og fortsatt ikke i de praktiske studiene.

En av lederne hadde oppdaget hvordan det sto til når deg gjaldt informasjon om kvalitetssystemene og organiseringen av tjenestene. Hun var overrasket over at veilederne ikke satte studentene inn i disse systemene. Ledersamlingen erkjente at «pleierne» ikke var spesielt interessert i å sette seg inn i slike systemer. Det ble oppfattet som unødvendig «papirarbeid» (... på PC) som tok tiden deres bort fra det som virkelig var viktig å få gjort – praktiske gjøremål i hverdagen. Trondheim kommune har implementert helhetlig pasientforløp (HPF) i sykehjem og helsehus, og lederne formidlet at de slet med å få sine ansatte interessert i følge opp dette. På en annen side forventet de at veilederne skulle sette studenter og lærlinger inn i disse systemene.

Samlet sett erfarte ikke studentene og lærlingene i «pleie»-kategorien å få informasjon slik at de fikk innsikt og kunnskap om sykehjemmenes og helsehusenes rolle i helsetjenesten, og heller ikke informasjon om kvalitetsutviklingssystemene ved

enheten. Studentene på første studieår i har ingen læringsutbytter knyttet til dette området. Dette er ett av to praksisperioder i kommunehelsetjenesten. De har 10 ukers praksis i sykehjem i første studieår. Det burde være mulig for dem å tilegne seg kunnskap om hvordan sykepleierne og øvrig helsepersonell sammen skal arbeide for å innfri pasienter og pårørendes forventninger og rettigheter knyttet til sykehjemsoppholdet. For kategorien «terapeuter» synes denne kvaliteten ved studiene å være innfridd.

9.9 Relevante læresituasjoner for yrkesgruppen

Relevante læresituasjoner er slik som beskrevet i tidligere, situasjoner der studenter og lærlinger får anvende kunnskap til å vurdere behov for helsehjelp og øve seg på yte slik helsehjelp. De skal øve seg på å identifisere problemer og vurdere løsninger, gjennomføre løsningene og evaluere dem. Kort sagt starte på prosessen med å tilegne seg evne til praktisk problemløsning basert på profesjonsspesifikk kunnskap. Ut fra datamaterialet synes det som om studenter og lærlinger blant «pleierne» i liten grad fikk læresituasjoner i praktisk problemløsning der kunnskapen ble etterspurt. I stedet ble de eksponert for læresituasjoner der det handlet om å gjennomføre praktisk gjøremål slik andre ansatte gjorde det, og på en så effektiv måte som mulig. Disse gjøremålene (læresituasjonene) trengte ikke alltid å være relatert til pasienter – kjøkkenarbeid, rydding og vasking, henting og brygning av varer inngår i «læresituasjonene». Kort sagt, de ble trent i bli raske og effektive utøvere av gjøremålene knyttet til de daglige rutinene i avdelingene. Fokus er flyttet fra pasienten til selve gjøremålet. På den blir de forberedt til raskt å kunne gå inn i arbeidsstokken ved et eventuelt framtidig arbeidsforhold i sykehjem. Studentene og lærlingene fikk riktignok bruke tid fordi de var nye og ukjente og fordi «det er nå de kan erfare hvordan gjøremålene egentlig skal gjøres» innforstått at det kan de ikke regne med å få tid til når det er ferdige.

Kunnskapsgrunnet ble forsøkt aktivert gjennom studieoppgavene knyttet til praksisen og gjennom refleksjon med lærer. For å oppfylle disse studieoppgavene skal studentene gjøre pasientobservasjoner. Når studentene satte seg ned for å notere og bearbeide observasjonene ble betraktet som upassende atferd av både veiledere og resten av kollegiet som mente at når de er i praksis «skal de praktisere og ikke drive med teori». De kunne til nød sette seg ned med «skriveriene sine» når alle de daglige rutineoppgavene var unnagjort. Enkelte studenter fant seg i det, og gjorde observasjoner i skjul, de flinkeste når det allikevel gjennomførte de daglige rutinene med pasientene. Andre protesterte og mente at de ble brukt som arbeidskraft og ikke fikk de læresituasjonene og den veiledningen de trengte hverken for å lære eller for å gjennomføre studieoppgavene. Studentene erfarte at lærerne dempet konflikten og formidlet at det var lurt å være ydmyk og ikke så kritisk så tidlig i utdanningen – «dere har mye å lære ennå». Og de dempet seg fordi de visste de ville bli vurdert og var redde for å stryke fordi de ikke framsto som veiledningsbare og egnet.

Slik det står fram i datamaterialet innebærer tilegnelse av praktiske ferdighetene å mer eller mindre passivt automatisere avdelingens rutiner og ikke aktiv kunnskapsbasert problemløsning av pasienters problemer. I stedet for å bli effektive på å identifisere endringer i pasienters helsetilstand blir de effektive til å få de daglige

rutinene unnagjort. Under FGD- studenter, hadde de problemer med å knytte sykepleieprosessen til praksisen sin. De kom til forskeren i etterkant av FGD og forklarte at, «selvsagt, den (sykepleieprosessen) har vi jo lært om». Men det var tydeligvis ikke aktualisert i praksisen deres (Feltnotat januar 2017). Det var mer eller mindre uttalt at målsettingen for sykepleiestudentens første praksisperiode var å få dem opp på «hjelpepleienivå når det gjelder stell» - dvs. at de skal beherske rutiner og flyt – ikke bare til en pasient, men til flere – slik at de kan bidra til at avdelingens rutiner og daglige rytme flyter som normalt (dagboknotat). En fagleder uttalte på en morgenmøte, der det viste seg å være stort fravær av ansatte, at «*her er det mange studenter og lærlinger, mange hender- da går det bra*» (Feltnotat januar 2017). Ledere under seminar 2 snakket varmt om Y-veien¹⁵ inn i sykepleie – da ville studentene slippe å bruke et første året på å lære seg «stell» og kunne konsentrere seg om mer sykepleierelevante gjøremål.

Veileders viktigste oppgave i starten av praksisperioden var å gi dem en innføring i de daglige rutinene knyttet til både «stell» og andre gjøremål i avdelingen, og de kunne like gjerne gå sammen med en fagarbeider som en sykepleier for å lære dette. På enhet C var 2 av sykepleiestudentene plassert i en avdeling der det ikke jobbet noen sykepleier fast – fordi sykepleierne var organisert i pool. Studentene hadde fokus på å lære seg rutinene i avdelingen, ikke til å gjøre faglige vurderinger i sykepleie, slik sykepleierne i poolen gjorde.

Sykepleiestudentene var imponerte over sykepleiernes effektivitet, fordi de både klarte å gjøre unne de daglige gjøremålene effektivt, samtidig som de observerte og vurderte pasientenes tilstand, og hele tiden måtte være forberedt på å trå til når pasienter ble syke, ofte alene spesielt på seinvakt og nattevakt. Studentene erfarte at sykepleiernes arbeidshverdag var preget av at sykepleierne selv, slik som med veiledning, måtte skaffe seg tid til «sykepleieoppgaver» mellom alle de praktiske gjøremålene i avdelingene. Studentene observerte med andre ord en realitet de ikke ønsker seg som ferdigutdannede. De erfarte at faglig problemløsning i fellesskap med andre har svært trange kår i sykehjem.

På den måten underbygger både praksisfeltet og utdanningen en alternativ, uformell læreplan som er annerledes enn den formelle som er uttrykt i emneplan og studieplan (Allan, Smith, & O'Driscoll, 2011). Studentene som er avhengig av å få bestått eksamen i praksis, underordner og innordner seg.

Også for lærlingene syntes det å eksistere en uformell læreplan. På en side hevdet de at deres rolle var å se pasientene som hele personer, ikke bare som pasienter. På en annen side var de svært stolte over å «*klare alle pasientene på gruppa mi på kveldsvakt helt alene*» (Feltnotat januar 2017). Lærlingene ble raskt overlatt til seg selv, når personalet og leder så at de hadde oppøvde tilstrekkelige ferdigheter. Samtlige veiledere rapporterte at de i alt for liten grad fikk anledning til å sette seg ned med OLK-WEB og knytte kunnskap til erfaringer. Høst m.fl. (2012) rapporterer at arbeidsgiverne mener at helsefagarbeiderne jevnt over har for lite kunnskap til å fylle

¹⁵ <https://sykepleien.no/2013/11/y-veien-lagt-pa>

rollen sin. Ikke så rart all den tid veilederne deres ikke følger opp og heller ikke får muligheten til det.

Mens studenter i kategorien «terapeuter» fikk øve seg på å gjøre vurderinger der de anvendte kunnskapsgrunnlaget sitt, ble studenter og lærlinger i kategorien «pleiere» bare øve seg på å utføre andre yrkesgruppers forordninger (fra lege, fysioterapeut, ergoterapeuter).

Litteraturen kritiserer utdanningene for ikke å gi studentene et kunnskapsgrunnlag som er anvendbart i praksis (Allen, 2004; Norvoll, 2009). På en annen side- hvem sitter med fasiten, praksis eller utdanningene? Utnyttes potensialet til studenter ved en av Norges mest tilsøkte utdanning med svært høy gjennomsnittskarakter når de i praktiste studier erfarer at de bare er til for å få jobben gjort og ikke får faglige utfordringer i et stimulerende faglig miljø? Endring lar vente på seg: Andre forskere som har studert sykepleiere og helsefagarbeideres atferd i både sykehjem og sykehus har kommet fram til at sykepleiere og helsefagarbeidere kun anvender deler av kunnskapsgrunnlaget fra utdanningen sin og da i tilstjålne lommer av tid de skaper seg mellom all logistikk og rutiner (Allen, 2004; Vike et al., 2002).

9.10 Relevante læresituasjoner for tverrprofesjonell samhandlingslæring

Alle studentene og lærlingene fikk tilbud om å delta i student og lærlingeteamet som enhetene etablerte som arena for tverrprofesjonell samhandlingslæring.

Student – og lærlingeteamet syntes å bli et kjærkomment alternativ som satte fag i fokus for lærlinger og studenter i «pleiekategorien». Gjennom tverrprofesjonell samhandling sammenliknet «pleierne» og «terapeutene» rolle sine. De mente at de kunne bli «assistenter» for hverandre. Det ble etter hvert en diskusjon i student- og lærlingeteamet om hvorfor ikke terapeutene også kunne bruke de daglige gjøremålene i avdelingene til å få gjort sine faglige observasjoner og målrettede samtaler med pasientene, slik pleierne gjorde. «Terapeutene kunne assistere pleierne i stell og pleierne kunne assistere terapeutene i treningen» (Feltnotat januar 2017). På denne måten kunne man få et større mangfold av yrkesgrupper i avdelingene som kunne inspirer til faglige diskusjoner, mente studentene.

Det syntes ikke å være noe problem at «eldre» og «yngre» studenter møttes. Å sammenlikne seg med andre studentgrupper tidlig i forløpet kan gjøre det enklere å forme sin egen identitet (Almås, 2009a). Alle helsefaglig yrkesutdanninger deler i større og mindre grad et felles kunnskapsgrunnlag som kan lette dialogen og samhandlingen. På en annen side formidlet de ulik yrkesgruppene ulike perspektiver på pasientenes situasjon. Det kan bety at de har oppfattet at ulike profesjoner vektlegger noen perspektiver foran andre. Med andre ord, forutsatt god samhandling, kan profesjonelt mangfold bidra til bedre helsetjenester fordi flere sider ved pasientens situasjon blir belyst og tatt i betraktning ved utforming og gjennomføring av tjenestene. På en annen side, disse studentene var spesielt dedikerte fordi de hadde valgt praksisplassen på grunn av tilbudet om tverrprofesjonell samhandlingslæring. Andre konstellasjoner kan gi andre resultater og mer utprøving er nødvendig.

Studentene og lærlingene gav uttrykk for at de hadde trivdes i hverandres nærvær. De hadde jobbet hardt og mye, men også hatt det hyggelig. Fellesskapet i student- og lærlingeteamet var også en arena der de mer erfarne studentene gav råd til de nye og uerfarne om hvordan man skulle forholde seg til det de opplevde som mangel på informasjon, veiledning og vurdering. De eldre studentene og lærlingene ble «faddere» for de yngste som var nye i student/lærlingerollen. Det er sannsynlig at studentene og lærlingene også i fortsettelsen vil ha positive holdninger til tverrprofesjonelt samarbeid.

I prosjektet deltok helsefaglærlingene i teamene, men de ble lett tause og kunne virke passive. Enkelte av lærlingene valgte å ikke delta, de ville heller være hos pasientene i avdelingen og syntes ikke det var riktig å forlate kollegaer alene med alle gjøremålene. På Seminar 2 sa en av dem at de «var med selv om de ikke sa noe». I datamaterialet kommer det fram at lærlingene står lavest i «pleiehierarkiet». Når studenter har praksis i avdelingen, viker lærlingene unna og overlater læresituasjoner til studentene. En av informantene, som selv var helsefagarbeider, sa at helsefagarbeider var en svært lite fristende karriere fordi for det første var det vanskelig å få fast ansettelse utover helgestilling og for det andre gir det å være helsefagarbeider ingen status i «pleiehierarkiet» og få karrieremuligheter. Dette understøttes av Høst mfl. (2012, p. 8). Så mange som 74 % av elevene sier at de tar allmenn påbygning fordi det å være helsefagarbeider ikke gir dem de karrieremulighetene de ønsker.

Tilrettelegging for å tiltrekke seg sykepleiere ser ut til å gå utover rekruttering til helsefagyrket. Denne evalueringen peker på muligheten av at problemet ikke bare løses med hele stillinger og bedre lønn, men at en også må se på nytt på arbeidsdelingen spesielt mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, og kanskje også vernepleier, slik at det blir bedre samsvar mellom kunnskapsgrunnlaget fra utdanningene, trening på relevant problemløsning i de praktiske studiene og de praktiske problemene de ulike profesjonene skal løse.

9.11 Trygg relasjon til veileder og positivt læringsmiljø og tilpasset veiledning

Deler av dette punktet er evaluert under punktet velkomstseminar. For øvrig viser analysene at både studenter og lærlinger savner at veileder setter av mer tid til refleksjon over erfaringer. For sykepleiere og lærlingers synes det som skjer læringen i stor grad gjennom «mester-lærlinge-prinsippet» - at de lærer av å se på hva veilederen gjør som dermed setter en standard for hvordan ting skal gjøres. Dette kvalifiserer neppe for å kalle praksisen «praktiske studier». For vernepleiere med vernepleier som veileder, fysio- og ergoterapistudenter synes det som observasjonene i større grad ble etterfulgt av refleksjoner med veileder, der begrunnelser og vurderinger av aktivitetene var i fokus. Veilederne til disse studentene er i mindre grad en del av driften i avdelingen og synes å ha større styring over egen arbeidstid.

Selv om relasjonen til veilederen kunne være god, betydde ikke dette at studenten eller lærlingen oppfattet veiledningen som tilpasset eller tilstrekkelig. Alle studentene

etterlyste regelmessig refleksjon med sine veiledere, også sykepleiestudentene som hadde tilbud om refleksjon med lærer. Sykepleiestudentene på enhet C savnet å ha sykepleier som veileder, de ville vite hvordan en sykepleier tenker.

Studentens frustrasjon over å bli brukt som arbeidskraft kan sies å være et uttrykk for at de har andre forventninger til praksisen enn å lære seg å mestre avdelingens daglige rutiner.

Veilederne synes å være usikre i hva det vil si å være veileder, mangler kompetanse i veiledning og har lett for å ta etter innarbeidede rutiner og ideer når det gjelder veiledning. De kan synes om de mangler trygghet og kompetanse til å være kritisk til sin egen rolle. Kollegaveiledning og støtte i et veilederteamet kan bidra til å endre dette, men er sannsynligvis ikke nok.

9.12 På sikt, positive effekter på arbeidsmiljø, læringsmiljø, kunnskapsbasert praksis, rekruttering og kvalitet på tjenester

Resultater på dette punktet var noe prosjektledere slett ikke var sikre på om kom fram i datamaterialet fordi implementeringen bare ha pågått ett år. Likevel, det finnes data på dette også. Under gruppearbeidet på seminar 2 ble deltakerne bedt om å skrive ned svar på: «Hva mener vi at vi har lyktes med» og «Hva har vært utfordrende». Svarene indikerer at deltakerne ikke først og fremst har fokusert på tverrprofesjonell samhandlingslæring i seg selv, men på hvordan tverrprofesjonell samhandling har bedret kvaliteten på tjenestene til de pasientene som var involvert i samhandlingen, og hvor spennende og lærerikt dette har vært. Videre at hindringene for bedre kvalitet på tjenestene ligger i kollegaers holdninger til å gjennomføre tiltak som bryter med innarbeidede rutiner. Veilederne har blitt endringsagenter. Ut fra dette konkluderes at intervensjonen har satt i gang endringer i tanke- og handlingsmønstre hos veilederne som har deltatt i prosjektet, men at kollegaers tanke – og handlingsmønstre ikke har blitt eksponert for samme intervensjon og derfor ikke har endret seg. Dette kan skape en bryting og muligens en uro i organisasjonen: Institusjonen har begynt å endre seg. I lys av implementeringsteori og institusjonell teori, vil fortsettelsen være avhengig av hvilken støtte og oppslutning endringen får. Samspillet mellom lederne og endringsagentene (dvs. noen av veilederne) i fortsettelsen er avgjørende for å hvordan utfallet blir.

Konklusjon

Evalueringen har bidratt med kunnskap om faktorer som bidrar til å hemme og fremme veiledning og et godt læringsmiljø i forbindelse med utdanning av helsepersonell i sykehjem. I dette prosjektet er institusjonelle krefter identifisert som hindringer ved siden av problemer med for mange aktiviteter i forhold til tildelte ressurser. Ledere inngår også i institusjonen, de omfattes av og bidrar til at institusjonelle mønstre vedlikeholdes, i dette tilfellet underbygges og vedlikeholdes institusjonen av at veiledning ikke betraktes som en kjerneaktivitet ved enhetene: sykehjem er ikke til for å utdanne helsepersonell men for å yte helsehjelp, det er utdanningens ansvar å utdanne helsepersonell, derfor kan ikke utdanningene forvente at helsetjenesten prioriterer å bruke ressurser på veiledning. Det er derfor ikke gitt at flere ressurser vil gi bedre veiledning med mindre institusjonaliserte tanke- og handlingsmønstrene som underbygger veiledning som en underordnet oppgave blir utfordret.

Ansvar for praktiske studier er ikke avklart- spesielt ikke når det gjelder personalansvar for veilederne. Samarbeidsavtaler mellom utdanningene og praksisstedene har eksistert i mange år, der en forsøker å synliggjøre hva samarbeidet innebærer. Det synes imidlertid ikke som slike samarbeidsavtaler er virkemidler sterke nok til å endre situasjonen.

De lederne som prioriterer å legge til rette for veiledning og har utfordret de institusjonelle kreftene, synes å integrere veiledningsaktiviteter i aktiviteter for å rekruttere og beholde både helsepersonell og veiledere. De har erkjent og tar på alvor at praksisperiodene er sykehjemmenes utstillingsvindu med tanke på å tiltrekke seg arbeidskraft. I prosjektet integrerte disse lederne intervensjonen i enhetens totale strategi for å rekruttere og beholde helsepersonell, og ikke først og fremst for å «hjelpe» utdanningsinstitusjonene. Det tiltaket som har vist seg av størst betydning for rekruttering, stabilitet og status i veilederrollen er tilrettelegging og lederstøtte fra nærmeste leder for kompetanseervervelse, støtte og tid til veiledningsaktiviteter.

Evalueringen viser at planlagte endringsprosesser kan ha sine begrensninger fordi intervensjoner kan trigge institusjonelle mønstre og handlingsregler som ingen var klar over i planleggingsfasen. En lærdom fra dette prosjektet kan være at en i planlagte endringsprosesser må ta høyde for utforutsette hindringer og sikre nok kapasitet blant lederne i organisasjonen – ikke bare i prosjektorganisasjonen - til å håndtere hindringene. Dette viser igjen en utfordring med følgeforskning, forskningsprosessen burde holdt tritt med fasene i implementeringsarbeidet, og framskape kunnskap som kan anvendes direkte inn i implementeringsarbeidet. I dette prosjektet har ikke ressursene til forskning var tilstrekkelige for å møte slike ambisjoner.

Deltakelse i det tverrprofesjonelle teamet og formell veilederkompetanse har gitt noen veiledere og koordinatorene styrke til å utfordre den bestående atferden knyttet til lederskap og veiledning. Flere veiledere en tidligere synes å ha tatt initiativ til dialog med lederen om tid til veiledningsaktiviteter og noen ledere har gitt veilederne erfaringer med å bli blir fulgt opp. På den måten har noen veiledere tatt på seg roller

som endringsagenter. Det kan stilles spørsmål ved om det etisk forsvarlig å etablere prosjekter der enkelte aktører i en organisasjon blir oppfordret til å utfordre institusjonelle krefter i en organisasjonen. Det etiske problemet ligger i den belastningen aktørene, i dette tilfellet veilederne, blir eksponert for gjennom å arbeide for endring uten å ha tilstrekkelig ressurser og myndighet for å sørge for at endring kan skje. De institusjonelle kreftene hindrer dem fra både lederstøtte, fellesskap med andre veiledere og kompetanseutvikling.

Veilederne for sykepleiestudenter og lærlinger synes jevnt over å mangle kompetanse og rolletrygget nok til å gjøre relevante vurderinger av studenter og lærlingers kompetanse ut fra kunnskapsgrunnlaget for utdanningene.

Tverrprofesjonelle veilederteam synes å være egnet for å styrke veilederne i deres rolle og for kompetanseutvikling gjennom erfaringsutveksling, sammenlikning og felles refleksjon forutsatt at lederne legger til rette for deltakelse og for at en koordinator med formell veiledningskompetanse kan lede teamet.

Tverrprofesjonelle læresituasjoner for studenter og lærlinger synes å fungere svært godt, forutsatt at de er planlagte og veiledede. Lærlingene synes så streve med å finne sin rolle i tverrprofesjonell samhandling. De tverrprofesjonelle læresituasjonene omfattet også erfaringsutveksling om student og lærlingerollen, der deltakerne støttet hverandre. På den måten kan team sammensatt av studenter fra ulike profesjonsutdanninger og lærlinger fungere heve kvaliteten av praktiske studier både fordi student og lærlingerollen blir tydeligere, fordi blir kjent med hverandres kunnskapsgrunnlag og hvilke at pasienters problemer de er utdannet for å løse og fordi de lærer å samhandle med hverandre om å løse pasienters problemer.

Gjennom evaluering av den tverrprofesjonelle samhandlingslæringene ble ulikheter mellom fokus i profesjonsutdanningens praktiske studier synlige. Mens studentene i terapeutkategorien (fysio-og ergo- terapeutstudentene) hadde som mål å lære å løse pasienters problemer med funksjon og deltakelse, lærte studenter og lærlinger i pleiekategorien (sykepleiestudentene, til dels vernepleiestudentene og helsefaglærlingene) å løse sykehjemmets utfordringer med å få alle praktiske gjøremål unnagjort til rett tid, dvs. de erfarte å bli brukt som arbeidskraft og fikk lite anledning til praktiske studier. Praksisveilederne til studenter og lærlinger i pleiekategorien syntes i liten grad å tilby refleksjon som aktiverte kunnskapsgrunnlaget fra utdanningen fordi de ikke kunne prioritere å sette av tid til det fordi de var opptatt med gjøremålene i avdelingen.

Sykepleiestudentene i 1.studieår erfarte at de skulle lære seg helsefagarbeidernes sykepleiefaglige gjøremål, og ikke hvordan sykepleiere tenker når de løser sykepleiefaglige problemstillinger knyttet til pasientenes helsehjelp.

For lærlingene blir også kunnskapsgrunnlaget for liten grad adressert, selv om det finnes eksempler på det motsatte i prosjektet. På denne måten erfarte både lærlinger og studenter at det er trange kår for faglig refleksjon og utvikling i sykehjem. Mens helsefagarbeiderne mangler alternative karriereveier, har sykepleierne alternativer. Sykepleiestudentenes og lærlingers kunnskapsgrunnlag synes i alt for lite grad å blir

adressert både i de praktiske studiene og i jobbene de blir tilbudt etter endt utdanning.

Når det gjelder samhandling mellom utdanning og praksisfelt bekrefter resultatene tidligere rapporter og forskning om at det absolutt er nødvendig å etablere arenaer for samhandling mellom lærere ved utdanningene og praksisveiledere. Mens profesjonens funksjon synes mer avgrenset og med en tydeligere sammenheng med kunnskapsgrunnlaget både for fysio- og ergo-terapistudentene, synes å den mindre avgrenset men svakere sammenheng mellom kunnskapsgrunnlag og funksjon for sykepleie, helsefagarbeidere og til dels vernepleiere. Behovet for samhandling mellom utdanning og praksisfelt er derfor ikke bare begrunnet i logistiske utfordringer for hvordan møtes og hvordan samhandle, selv om det også er viktig. Det synes også å være et behov for å tenke gjennom hvordan sykehjemmene vil benytte profesjonene med hensyn til kunnskapsgrunnlaget de har tilegnet seg i utdanningene og rollene de er tiltenkt ifølge rammeplanene med tanke på å rekruttere og beholde helsepersonell. I så måte er enhets C sin «sykepleiepool» et eksempel på en kommune som har tatt utfordringen med å designe roller for både sykepleiere og helsefagarbeidere som anerkjenner kunnskapsgrunnlaget for utdanningene.

Velkomsten har stor betydning for hvordan studenter og lærlinger oppfatter praksisstedet. Velkomstseminarene/seremoniene/samtalene må tilpasses den lokale konteksten og studenters og lærlingers studieforløp og inngå i en rekke av planlagte informasjonsaktiviteter fra enheten.

10 Anbefalinger for videre utviklingsarbeid

Tilrettelegging for veiledning:

Praktiske studier i forbindelse med helsepersonellutdanning anerkjennes som sykehjemmenes «utstillingsvindu» med tanke på rekruttering. Veilederrollen er viktig for hvordan lærlinger og studenter erfarer praksisperioden. Ledere i sykehjem bør vurdere å om eksisterende institusjonaliserte normer knyttet til ledelse og tilrettelegging for veiledning er hensiktsmessige for rekruttering og kompetanse i veilederrollen.

Det synes nødvendig med en planlagt innsats å styrke den formelle veilederkompetansen blant praksisveiledere for å heve kvaliteten på praktiske studier i sykehjem. Kommunen bør vurdere å gjøre veiledning til en karrierevei i sykehjem.

Tverrprofesjonell samhandlingslæring:

Både praksisfelt og utdanningene synes så trenge mer kunnskap om hva tverrprofesjonell samhandling innebærer, hvordan det kan læres, veiledes og vurderes.

Muligheter for fagutvikling i et tverrprofesjonelt fellesskap bør undersøkes nærmere med tanke på rekruttering både til veilederrollen og rekruttering generelt sett i sykehjem. Evalueringen gir grunnlag for å utforske nye former for samhandling

mellom fysio- ergo- vernepleie- og sykepleiere. Klarere profesjonsprofiler der profesjonenes ulike perspektiv verdsettes samtidig som arenaer for samhandling etableres kan gjøre det mer faglig utfordrende å jobbe i sykehjem. Samtidig kan det tverrprofesjonelle fellesskapet kan gi faglig og kollegial støtte. En slik utforskning bør også omfatte medisinerstudenter/tilsynsleger i sykehjem. Tverrprofesjonell veiledning bør utprøves videre i tilknytning til tverrprofesjonell samhandlingslæring.

Innhold og læresituasjoner i praktiske studier med tanke på rekruttering

For fremme studenters og lærlinger forståelse av rammebetingelsene for profesjonsutøvelse bør sykehjemmets ledelse og veilederne i større grad enn tidligere informere om sykehjemmets rolle i kommunehelsetjenesten og kommunens system for kvalitetsutviklingsarbeid ¹⁶. Slik informasjon kan tydeliggjøre hva praksisperioden kan by på av læresituasjoner. Praksisveilederne bør vurdere å følge opp informasjonen gjennom tilpassede læresituasjoner og refleksjon. Utdanningene bør ha læringsutbytter knyttet til dette i alle sine emneplaner for praksis studier.

Det er behov for at sykepleierstudenter får øve seg på praktisk problemløsning gjennom aktivisering av det kunnskapsgrunlaget de har tilegnet seg også i sin første praksisperiode og på den måten erfare praktiske studier, og ikke oppleve seg som arbeidskraft.

På samme måte som for sykepleiestudentene, har lærlinger har behov for veiledere som har tid til å koble lærlingenes erfaringer med kunnskapsgrunlaget for utdanningen.

Det er behov for å se om bruken av sykepleieres og helsefagarbeideres kompetanse er hensiktsmessig organisert i sykehjem. Den måten jobbene deres er utformet på i dag, synes ikke å rekruttere sykepleiere og utarmer helsefagarbeidernes karrieremuligheter. Erfaringene fra prosjektet tilsier utprøving av et større mangfold profesjoner i sykehjem.

Planlagte endringsprosesser

Ved planlagte endringsprosesser må organisasjonen sikres eierskap til både intervensjonen og implementeringsprosessen. Planlagte endringsprosesser må ta høyde for utforutsette hindringer og sikre nok kapasitet i organisasjonen – ikke bare i prosjektorganisasjonen - til å håndtere hindringer og gjennomføre implementering.

¹⁶ Se Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse – og omsorgstjenesten - <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

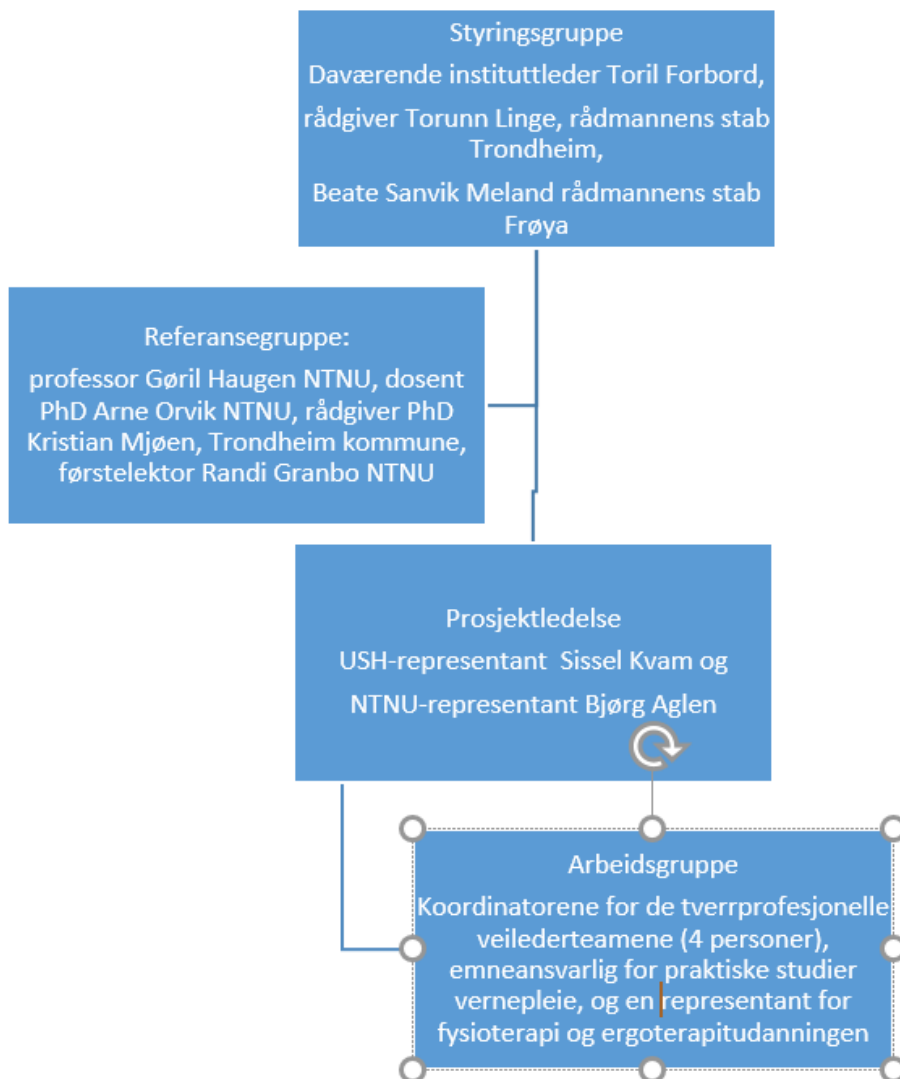
11 Vedlegg

Vedlegg 1 Aktivitetsplanen for prosjektet

	Implementering av intervensjonen		Forskningsaktivitet	
Når	Aktivitet	Ansvarlig	Aktivitet	Ansvarlig
Vår 2016	Forankring av prosjektet nye virksomheter og videreutvikling i de øvrige: informasjonsmøter for virksomhetene som er involvert Styringsgruppemøte	Arbeidsgruppen	Utforming av informasjon og mer detaljert planlegging av datainnsamling, innhente godkjenning hos NSD, delta på informasjonsmøter – referansegruppemøte, datainnsamling starter i form av feltnotater fra deltakende observasjon i møter og informasjonsvirksomhet og andre hendelser så snart prosjektet er godkjent av NSD. Arbeidsgruppen skriver dagbøker.	Gørill Haugan og Bjørg Aglen
Aug.-sept. 2016	September: Første seminar Oppstartseminar for Videreføring og justering intervensjon i eksisterende virksomheter og oppstart i nye	Arbeidsgruppen	Datainnsamling fortsetter med feltnotater fra deltakende observasjon ved møter, seminarer mv. Veiledere av tverrprofesjonelle veilederteam og arbeidsgruppen skriver dagbøker, Dokumentanalyse av tilgjengelig relevante dokumenter starter.	Gørill Haugan og Bjørg Aglen
Okt.-des. 2016	Oppfølging av intervensjon i forhold til målsettingen	Arbeidsgruppen	Datainnsamling fortsetter, fortløpende analyse, intervjuer/fokusgruppeintervju Tidlig desember: Referansegruppemøte Evt. justeringer av intervensjonene	Gørill Haugan og Bjørg Aglen
Jan. – mars 2017	Oppfølging av intervensjonen Evt. justering av intervensjon på bakgrunn av formativ evaluering	Arbeidsgruppen	Justering av problemstillinger ut fra foreløpige funn i samråd referansegruppe og arbeidsgruppe Datainnsamling fortsetter. Fortløpende transkribering og dataanalyse Mars- mai: Intervju/fokusgruppeintervju	Gørill Haugan og Bjørg Aglen
April – juni 2017	Oppfølging av intervensjonen April: Andre seminar – oppsummering/veien videre Juni: Styringsgruppemøte Presentasjon av prosjektet på fagdager i virksomhetene i prosjektet Fagartikkel om prosjektet i tidsskrift og UHS sitt nyhetsblad August: Sluttrapport og regnskap.		Datainnsamling stopper 1. juni Først på juni: referansegruppemøte Start skriving av 2-3 artikler. Presentasjon av foreløpige resultater for styringsgruppen og virksomhetene Formativ evaluering av intervensjonen med tanke på fortsettelse	Gørill Haugan og Bjørg Aglen

Vedlegg 2 Prosjektorganiseringen

Prosjektorganisasjonen ble etablert for prosjektperioden. Den besto av styringsgruppe, referansegruppe og arbeidsgruppe. For styringsgruppa hadde to møter, referansegruppa hadde flere møter. Sissel Kvam (USH-ST) hadde hovedansvar for implementeringen mens Bjørg Aglen hadde daglig hovedansvar for evalueringsarbeidet.



Vedlegg 3

Tverrprofesjonell samhandlingslæring – tips til læresituasjoner

En profesjonell er en person som på grunnlag av kunnskap og erfaring er i stand til å finne faglig gode og virksomme løsninger på sammensatte problemer, der en uten denne fagkunnskapen og erfaringen hverken hadde oppdaget problemet eller kunnet finne noen løsning (1, 2).

Ulike profesjoner kan ha ulike kunnskapsgrunnlag og være eksperter på ulike problemer.

En årsak til at det finnes ulike profesjoner er at pasienter kan ha mange slags problemer og en profesjon ikke kan være god til alt.

Hensikten med tverrprofesjonell samhandlingslæring er at ulike profesjoner blir kjent med hverandres kompetanse slik at

1. de vet når det er nødvendig å ta kontakt med andre profesjoner
2. de kjenner hverandre godt nok til å samarbeide til pasientens beste

Tverrprofesjonell samhandling kan (3):

3. Øke kvalitet på helsehjelpen
4. Øke pasientsikkerheten
5. Øke effektiviteten

Tverrprofesjonell samhandling er når representanter fra ulike profesjoner lærer med, av og om hverandre (4).

Ofte er det slik at en også blir mer bevisst på sin egen kompetanse når den sammenliknes med andres (5).

Det er stor sannsynlighet for suksess tverrprofesjonell samhandlingslæring dersom den planlegges og veiledes (3, 5).

Eksempler på læresituasjoner for tverrprofesjonell samhandlingslæring (5)

Tverrprofesjonelle refleksjonsgrupper. Studenter, elever og lærlinger etablere tverrprofesjonelle grupper der de sammen med en veileder reflekterer over felles pasientsituasjoner. Pasientsituasjonene kan anonymiseres dersom ikke alle gir helsehjelp til pasienten.

Studenter/elever og lærlinger kan også reflektere sammen og med veileder over hvordan de forstår ulike begrep: for eksempel hva helse, helsehjelp, hverdagsrehabilitering og brukermedvirkning er. En lærer kan eventuelt delta i denne refleksjonen om det passer slik.

Samarbeid om å gi helsehjelp til bestemte pasienter. For eksempel kan en gruppe eller et par studenter, elever eller lærlinger samarbeide om å planlegge dagen for/sammen med pasienten og gjennomføre bestemte tiltak sammen med denne pasienten.

Shadowing (skygging) er å gå sammen med en annen profesjon en dag eller noen timer for å observere hvilke problemstillinger hos pasientene de er opptatt av og hvilke tiltak mener er nødvendig og iverksetter.

Behandlingsmøter er faste møter som avdelingen har der de drøfter enkeltpasienters situasjoner. De ulike profesjonene bidrar med sine synspunkt på pasientens situasjon, en plan legges og ansvar fordeles. Studenter, elever, lærlinger kan delta som observatører eller bidra i diskusjonen alt etter hvor godt de kjenner pasienten og hvor langt de har kommet i utdanningen sin.

Den siste bør være nærmere avtalt mellom utdanningene og mellom utdanningene og praksis:

Skrive oppgave om en pasient/pasientgruppe sammen. Studenter, elever og lærlinger velger en pasient/pasientgruppe og velger et problem som denne pasienten/pasientgruppen har. Sammen utforsker de pasientens/pasientgruppens problem fra ulike sider, og foreslår løsninger. De kan eventuelt prøve ut og evaluere løsningene i samarbeid med veilederne sine (for eksempel pasienters behov for aktivisering, forebygging av fall, forebygging av infeksjoner, bedre tannhelse osv.)

Håndtering av taushetsplikten i tverrprofesjonelt samarbeid

Studenter, elever og lærlinger defineres som helsepersonell når de er i praksis (helsepersonelloven § 3)(6).

Det forutsettes at studenter/elever/lærlinger har skrevet under på taushetsløftet og har forstått hva taushetsplikt etter helsepersonellovens bestemmelser innebærer.

Selv om alle som samhandler er helsepersonell med taushetsplikt er det ikke fritt fram å dele informasjon om pasienter.

Taushetsplikten innebærer at helsepersonell aktivt skal hindre at informasjon om pasienter spres. I bestemte situasjoner kan pasientinformasjon deles. Helsepersonell kan dele informasjon om pasienter dersom:

1. Pasienten selv kan gi samtykke til at informasjon deles (helsepersonelloven § 22). Pårørende kan samtykke på vegne av pasienter som ikke kan samtykke selv.
2. Helsepersonell som samarbeider om å gi helsehjelp kan dele informasjon uten at pasienten samtykker (helsepersonelloven § 25)
3. Pasienten kan anonymiseres (helsepersonelloven § 23, pkt 3)

Når taushetsplikt i tverrprofesjonell samhandlingslæring skal overholdes betyr dette:

Så lenge helsepersonell (inkludert elever, studenter og lærlinger) samarbeider om å gi helsehjelp til samme pasient/pasientgrupper er ikke taushetsplikten til hinder for at de utveksler informasjon om pasientene.

Dersom ikke alle som deltar i læresituasjonen skal gi helsehjelp til pasienten/pasientgruppen må pasienten(e) anonymiseres. Det vil si at navn og andre kjennetegn som gjør at pasientens/pasientens identitet avsløres ikke nevnes i gruppa. Det kan være aktuelt når pasientsituasjoner diskuteres på tvers av avdelinger.

Deltakelse å behandlingsmøte – veileder vurderer hvordan taushetsplikten ivaretas. Er eleven/lærlingen eller studenten i samme avdeling som pasienten/pasientene er ikke taushetsplikten til hinder for deltakelse. Ellers bør pasientens/evt pårørendes samtykke innhentes.

Ved skyggepraksis med pasientbesøk der elev/lærling/student ikke skal yte helsehjelp til pasienten, må pasienten informeres om at medelev/student/lærling blir med og få anledning til å si ja/nei.

Dersom en skal samhandle med andre enn helsepersonell, må alltid pasientens /pårørendes samtykke innhentes. For eksempel er en prest eller en logoped ikke helsepersonell (i § 38 i helsepersonelloven er det en liste over yrkesgrupper som regnes som helsepersonell)

Referanseliste

1. Grimen H, Molander A. Profesjon og skjønn. In: Molander A, Terum LI, editors. Profesjonsstudier Oslo: Universitetsforl., cop. 2008; 2008. p. s. 179-96.
2. Schön DA. Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tænker, når de arbejder. Århus: Klim; 2001. 311 s. : ill. p.
3. Barr H, Reeves S. Tverrprofesjonell utdanning – en presentasjon av metode og resultater av systematiske litteratursøk/review. In: Willumsen E, editor. Tverrprofesjonalt samarbeid i praksis og utdanning. Oslo: Universitetsforlaget 2009; 2009. p. 171 - 88.

4. Almås SH. Tverrprofesjonell utdanning og felles studiepoeng i rammeplaner for helse- og sosialfagene. In: Willumsen E, editor. Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Oslo: Universitetsforlaget 2009; 2009. p. 189 - 205.
5. Kristensen DV, Flo J, Fagerström L. Tverrprofesjonell klinisk praksis for helsefagstudenter som en del av den ordinære praksisperioden, En casestudie fra en akutt geriatrisk-, slag - og rehabiliteringsavdeling. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2014;10(1):83-95.
6. Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. 1999. Available from: <http://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64>.

Vedlegg 4 Oversikt over anledninger der prosjektet er presentert

DATO	ANLEDNING
15. APRIL 2016	Statusmøte USH -ST
20. APRIL 2016	Representanter for administrativ ledelse Hitra og Frøya kommuner
21. APRIL 2016	Orientering til utdanningene HiST
27. MAI 2016	Oppstartmarkering for prosjektet – Øya helsehus
15. JUNI 2016	Sommeravslutning for ledere i helse-velferd Trondheim kommune
28. SEPTEMBER 2016	Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sin Helse og omsorgskonferansen
6. OKTOBER 2016	Orientering for emneledere praksis, fysio og ergoterapiutdanningen NTNU
17. NOVEMBER 2016	Krafttak for innovasjon – temadag for kommunens ledere i regi av rådmannen i Trondheim kommune
29. NOVEMBER 2016	PLUSS-senteret MH- NTNU- temadag om tverrprofesjonell samhandlingslæring
8. MARS 2017	Temadag om veiledning ISM og St Olav
11. MAI 2017	Den internasjonale sykepleiedagen – Norsk sykepleierforbund
21. SEPTEMBER 2017	Presentasjon av resultater – samhandlingsutvalget ISM – Trondheim kommune
25. OKTOBER 2017	«Jobbvinner» Kommunenes sentralforbund - Oslo

12 Referanseliste

- Aasen, B. (2014). Statusrapport. Tverrfaglige veilederteam ved Søbstad helsehus, Trondheim kommune *Utviklingscenter for sykehjem i Sør-Trøndelag*. Retrieved from <http://docplayer.me/17946751-Statusrapport-fra-prosjektet-tverrfaglig-veilederteam.html>
- Aglen, B., Sørø, V., Orvik, A., & Haugan, G. (2017). Mentoring in clinical studies in nursing homes – an institutional perspective on implementation. *Manuskript innsendt for publisering*.
- Aita, M., Richer, M. C., & Heon, M. (2007). Illuminating the processes of knowledge transfer in nursing. *Worldviews Evid Based Nurs*, 4(3), 146-155. doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00087.x
- Allan, H. T., Smith, P., & O'Driscoll, M. (2011). Experiences of supernumerary status and the hidden curriculum in nursing: a new twist in the theory–practice gap? *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 847-855. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03570.x
- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nurs Inq*, 11(4), 271-283. doi:10.1111/j.1440-1800.2004.00234.x
- Almås, S. H. (2009a). Tverrprofesjonell kapabilitet, sosialisering og helse- og sosialfaglig identitet. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (pp. 157-170). Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, S. H. (2009b). Tverrprofesjonell utdanning og felles studiepoeng i rammeplaner for helse- og sosialfagene. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (pp. 189 - 205). Oslo: Universitetsforlaget 2009.
- Andersson, C. S., Danielsson, A., Hov, R., & Athlin, E. (2013). Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspectives. *Journal of Nursing Management*, 21(2), 263-272. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01398.x
- Barr, H., & Reeves, S. (2009). Tverrprofesjonell utdanning – en presentasjon av metode og resultater av systematiske litteratursøk/review. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonalt samarbeid i praksis og utdanning* (pp. 171 - 188). Oslo: Universitetsforlaget 2009.
- Bogsti, W. B., Solvik, E., Engeli, R. I., Moen, Ö. L., Nordhagen, S. S., Struksnes, S., & Arvidsson, B. (2013). Strengthened supervision during clinical practice in nursing education (SVIP). [Styrket veiledning i sykepleierutdanningens praksisperioder]. *Vård i Norden*, 33(1), 56-60.
- Borch, E., Athlin, E., Hov, R., & Sörensen Dupps, G. (2013). Group supervision to strengthen nurses in their preceptor role in the bachelor nursing education – Perceptions before and after participation. *Nurse Education in Practice*, 13(2), 101-105. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.009>
- Bos, E., Löfmark, A., & Törnkvist, L. (2009). District nurses' experience of supervising nursing students in primary health care: A pre- and post-implementation questionnaire study. *Nurse Education in Practice*, 9(6), 361-366. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2008.10.007>
- Bray, L., & Nettleton, P. (2007). Assessor or mentor? Role confusion in professional education. *Nurse Education Today*, 27(8), 848-855. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.11.006>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed. ed.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Caspersen, J., & Kårstein, A. (2013a). *Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere*. In Vol. Rapport 14/2015. NIFU.
- Caspersen, J., & Kårstein, A. (2013b). *Kvalitet i praksis. Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere*. In Vol. 14/2013. f. o. u. Nordisk institutt for studier av innovasjon (Ed.). Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/280417/NIFUrapport2013-14.pdf?sequence=1>
- Czarniawska, B., & Joerges, B. (1996). Travels of ideas. In B. czarniawska & G. Sevón (Eds.), *Translating organizational change* (pp. 13-48). Berling: de Gruyter.
- Dimaggio, P., & Powell, W. (1983). The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160.

- Disch, P. G., Cappelen, K., & Førland, O. (2014). *Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester. En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning*. In *Senter for Omsorgsforskning*
- Eriksson-Zetterquist, U. (2014). Institusjonell teori. In U. Eriksson-Zetterquist, T. Kalling, A. Styhre, & K. oversetter Woll (Eds.), *Organisasjonsteori* (pp. 145-264). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Estabrooks, C., Squiers, L., Strandberg, E., Nilsson Kajermo, K., Scott, S. D., Profetto-McGrath, J., . . . Wallin, L. (2011). Towards better measures of research utilization: a collaborative study in Canada and Sweden.(Report). *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1705.
- Fixsen, D. L., Naoom, S., Blase, K. A., Friedman, R. N., & Wallace, F. (2005). Implementation research : a synthesis of the literature231. Retrieved from Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication website: <http://ctndisseminationslibrary.org/PDF/nirmonograph.pdf>
- Forber, J., DiGiacomo, M., Davidson, P., Carter, B., & Jackson, D. (2015). The context, influences and challenges for undergraduate nurse clinical education: Continuing the dialogue. *Nurse Education Today*, 35(11), 1114-1118. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.006>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250. *Helse- og omsorgsdepartementet*.
- Gauten, H., Øien, H., & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. *NOVA -rapport nr 6*.
- Gidman, J. (2001). The role of the personal tutor: a literature review. *Nurse Education Today*, 21(5), 359-365. doi:<http://dx.doi.org/10.1054/nedt.2001.0565>
- Gilbert, J. H. V., Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Allied Health*, 39(1), 196-197.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. s. 179-196). Oslo: Universitetsforl., cop. 2008.
- Hall, K. C. (2014). Exploring preception of Staff Registered Nurse Perceptors for Undergraduate, Pre-licensure Nursing Students. *PhD diss. University of Tennessee*. Retrieved from http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/2888
- Haugen, T. B. (2011). Disiplinfagenes plass i profesjonsutdanningene. In I. B. Hagtvet & G. Ognjenovic (Eds.), *Dannelse.Tenkning-modning - refleksjon* (pp. 754 - 762). Oslo: Dreyers forlag. Retrieved from <https://core.ac.uk/display/35073695>.
- Helsedirektoratet. (2013). Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet august 2013. *Helsedirektoratets rapportserie, IS - 2113*.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64.
- Høst, H., Karlsen, H., Skålholt, A., & Hovdhaugen, E. (2012). *Yrkesfagutdanning eller allmennutdanning for sektoren? : en undersøkelse av elever og lærlinger i Helse- og sosialfag*. In Rapport (NIFU : online), Vol. 30/2012.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. doi:10.1111/1467-9566.ep11347023
- Kristensen, D. V., Flo, J., & Fagerström, L. (2014). Tverrprofesjonell klinisk praksis for helsefagstudenter som en del av den ordinære praksisperioden, En casestudie fra en akutt geriatrisk-, slag - og rehabiliteringsavdeling. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10(1), 83-95.

- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvam, S. (2015). Statusrapport 2 fra prosjektet "Tverrfaglig veilederteam". *Utviklingscenter for sykehjem i Sør-Trøndelag*. Retrieved from <http://docplayer.me/19365308-Statusrapport-2-fra-prosjektet-tverrfaglig-veilederteam.html>
- Kårstein, A., & Caspersen, J. (2014). *Praksis i helse- og sosialutdanningene. En litteraturgjennomgang*. In Vol. Rapport 16/2014. NIFU. Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/280127/NIFUrapport2014-16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Laiho, A. (2010). Academisation of nursing education in the Nordic Countries. *Higher Education*, 60(6), 641-656. doi:10.1007/s10734-010-9321-y
- Laitinen-Väänänen, S. (2008). *The construction of supervision and physiotherapy expertise : a qualitative study of physiotherapy students' learning sessions in clinical education*.
- Lauder, W., Reynolds, W., & Angus, N. (1999). Transfer of knowledge and skills: some implications for nursing and nurse education. *Nurse Educ Today*, 19(6), 480-487. doi:10.1054/nedt.1999.0338
- Lea, E., Mason, R., Eccleston, C., & Robinson, A. (2016). Aspects of nursing student placements associated with perceived likelihood of working in residential aged care. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 715-724. doi:10.1111/jocn.13018
- Lerdal, A., & Karlsen, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172-175. doi:DOI: 10.4220/sykepleienf.2008.0036
- Lie-Pedersen, R. (2015-2016). Evaluering av tverrfaglig veilederteam, Havsteinekra helse- og velferdssenter, Trondheim kommune. *Trondheim kommune Enhet for service og internkontroll*. Retrieved from <http://docplayer.me/44645364-Evaluering-av-tverrfaglig-veilederteam.html>
- Manning, A., Cronin, P., Monaghan, A., & Rawlings-Anderson, K. (2009). Supporting students in practice: An exploration of reflective groups as a means of support. *Nurse Education in Practice*, 9(3), 176-183. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.07.001>
- Marshall, M., & Gordon, F. (2010). Exploring the role of the interprofessional mentor. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 362-374. doi:10.3109/13561820903275001
- Mausethagen, S., & Smeby, J.-C. (2017). *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. 13. (2011-2012). *Utdanning for velferd*. In Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 26, W. P. (2014-2015). Framtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet [The primary health and care services of tomorrow – localised and integrated]. *Ministry of Health and Care Services*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Molander, A., & Grimen, H. (2010). Understanding Professional Discretion. In L. G. Svensson & J. Evetts (Eds.), *Sociology of Professions. Continental and Anglo-Saxon Traditions* (pp. 167-187). Göteborg, Sweden: Bokförlaget Daidalos AB.
- Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8. utg. ed.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nordhagen, S. S., Moen, Ø., Bogsti, W. B., Engelién, R. I., Solvik, E., Struksnes, S., & Arvidsson, B. (2010). Nurse teachers' perceptions of how a group supervision model for clinical nurses affects their function in students' clinical studies [Norwegian]. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 12(2), 15-25.
- Norvoll, R. (2009). Gap mellom utdanning og yrke. *Sykepleien*, 90(5), 52-56. doi:10.4220/sykepleiens.2002.0013
- Olsen, O. E., & Lindøe, P. (2004). Trailing research based evaluation; phases and roles. *Evaluation and Program Planning*, 27(4), 371-380. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2004.07.002>
- Orvik, A. (2002). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. *Sykepleien*, 90(2), 42-46. doi:10.4220/sykepleiens.2002.0023
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: CappelenDamm akademisk.

- Orvik, A., Larun, L., Berland, A., & Ringsberg, K. C. (2013). Situational Factors in Focus Group Studies: A Systematic Review. *International Journal of Qualitative Methods*, 12(1), 338-358. doi:10.1177/160940691301200116
- Oterkiil, T. C. (2015). Kapasitetsbygging på ulike nivåer. In P. Roland & E. Westergård (Eds.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (pp. 59-71). Oslo: Universitetsforl., cop. 2015.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Patton, N., Higgs, J., & Smith, M. (2013). Using theories of learning in workplaces to enhance physiotherapy clinical education. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(7), 493-503. doi:10.3109/09593985.2012.753651
- Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C. R., Eldridge, S., Grandes, G., Griffiths, C. J., . . . Taylor, S. J. C. (2017). Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. *BMJ*, 356. doi:10.1136/bmj.i6795
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunker, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*, 38(2), 65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, 8(1), 139. doi:10.1186/1748-5908-8-139
- Rambøll. (2015). Evaluering av prosjektet "Aksjon helsefagarbeider" og "Bli helsefagarbeider" *Beregnet til Styringsgruppen i Bli helsefagarbeider*. Retrieved from <http://www.ks.no/globalassets/evaluering-av-bli-helsefagarbeider.pdf>
- Rebeiro, G., Edward, K.-I., Chapman, R., & Evans, A. (2015). Interpersonal relationships between registered nurses and student nurses in the clinical setting—A systematic integrative review. *Nurse Education Today*, 35(12), 1206-1211. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.06.012>
- Reeves, S. (2009). Tverrprofesjonell praksisutplassering. In E. Willumsen (Ed.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (pp. 206 - 216). Oslo: Universitetsforlaget 2009.
- Riksrevisjonen. (2015-2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. *Dokument 3-serien*. Retrieved from <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>
- Rodger, S., Fitzgerald, C., Davila, W., Millar, F., & Allison, H. (2011). What makes a quality occupational therapy practice placement? Students' and practice educators' perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(3), 195-202. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00903.x
- Roksvaag, K., & Texmon, I. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 : dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012* (Vol. 2012/14). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Roland, P. (2015a). Er kollektiv orientering en nødvendighet for god implementering? In P. Roland & E. Westergård (Eds.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (pp. 86-100). Oslo: Universitetsforl., cop. 2015.
- Roland, P. (2015b). Hva er implementering? In P. Roland & E. Westergård (Eds.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (pp. 19-39). Oslo: Universitetsforl., cop. 2015.
- Råholm, M. b., Hedegaard, B. L., Löfmark, A., & Slettebø, Å. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – from Bachelor's Degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126-2137. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05331.x
- Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 259-267.
- Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H., & Warne, T. (2002). Clinical learning environment and supervision: testing a research instrument in an international comparative study. *Nurse Education Today*, 22(4), 340-349.

- Samstad, G. O. (2015). Prosjekt kvalitet i praksisstudiene, status for slutfasen av prosjektet desember 2015. *Universitet- og høgskolerådet*.
- Sandvik, A.-H., Melender, H.-L., Jonsen, E., Jönsson, G., Salmu, M., & Hilli, Y. (2012). Nursing students' experiences of the first clinical education - a Nordic quantitative study. [Sjukskøterskestudenters erfaringer av sin første kliniske utdanningsperiode - en nordisk kvantitativ studie]. *Vård i Norden*, 32(3), 20-25.
- Schön, D. A. (2001). *Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Scott, R. (2008). *Institutions and organizations : ideas and interests* (3rd ed.). Thousand Oaks, Calif Sage Publications
- Sosial- og helsedepartementet. (1998-1999). *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) Ot.prp. nr. 13 1998-1999*. In. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-13-1998-99-/id159428/>
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
- Struksnes, S., Engelién, R. I., Bogsti, W. B., Moen, O. L., Nordhagen, S. S., Solvik, E., & Arvidsson, B. (2012). Nurses' conceptions of how an alternative supervision model influences their competence in assessment of nursing students in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 12(2), 83-88. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2011.07.009>
- Struksnes, S., Engelién, R. I., Bogsti, W. B., Moen, Ö. L., Nordhagen, S. S., Solvik, E., & Arvidsson, B. (2012). Nurses' conceptions of how an alternative supervision model influences their competence in assessment of nursing students in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 12(2), 83-88. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2011.07.009>
- Thelen, K. A., & Mahoney, J. (Eds.). (2010). *Explaining institutional change : ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trede, F., McEwen, C., Kenny, A., & O'Meara, P. (2014). Supervisors' experiences of workplace supervision of nursing and paramedic students in rural settings: A scoping review. *Nurse Education Today*, 34(5), 783-788. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.003>
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning : mer enn ord* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- UHR, U.-o. h. (2016). Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e6e6f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf>
- Ulvik, M., & Sunde, E. (2013). The impact of mentor education: does mentor education matter? *Professional Development in Education*, 39(5), 754-770. doi:10.1080/19415257.2012.754783
- Vike, H., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R., Bakken, R., & Makt- og, d. (2002). *Maktens samvittighet : om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wallin, L., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., & Rudman, A. (2012). A modest start, but a steady rise in research use: a longitudinal study of nurses during the first five years in professional life. *Implementation Science*, 7(1), 19. doi:10.1186/1748-5908-7-19
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. In.
- Yanow, D., & Tsoukas, H. (2009). What is Reflection-In-Action? A Phenomenological Account. *Journal of Management Studies*, 46(8), 1339-1364. doi:10.1111/j.1467-6486.2009.00859.x