



HØGSKOLEN I HARSTAD

Skriftserie





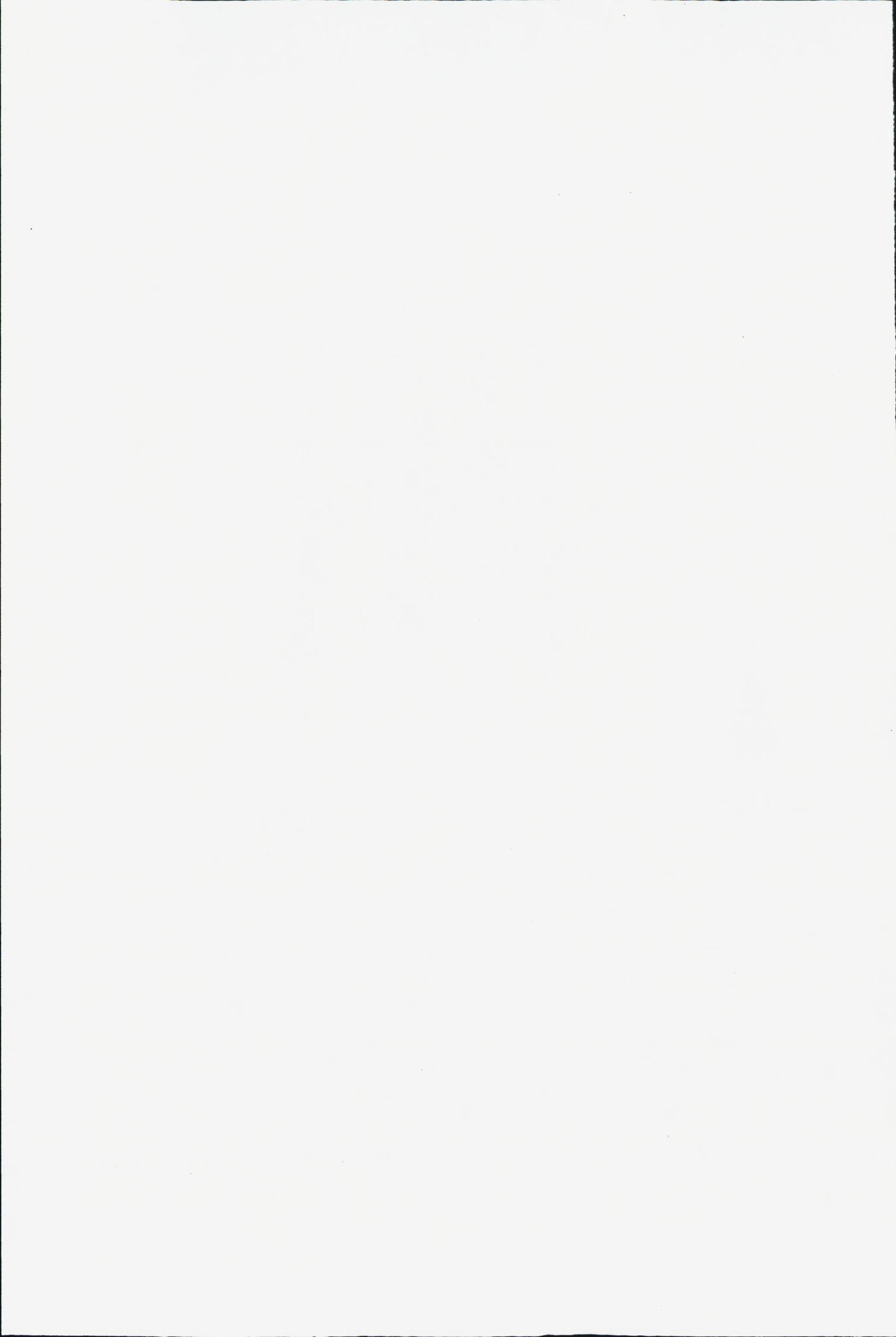


**DEN BESVÆRLIGE TIDEN**

*Betraktninger omkring praksis-  
opplæringen i sykepleierutdanningen*

**Eli Samuelsen**

**HiH Skriftserie 1997/13**





HØGSKOLEN I HARSTAD  
HARSTAD COLLEGE

<b>Tittel</b>		<b>Nummer/Number</b>
Den besværlige tiden - <i>Betraktninger omkring praksisopplæringen i sykepleierutdanningen</i>		1997/13
		<b>Sider/Pages</b>
		19
<b>Forfatter/Author</b>		
Eli Samuelsen		
<b>Avdeling/departement</b>	<b>Prosjekt/Project</b>	
Avd. for Helse- og sosialfag		
<b>Sammendrag/Abstract</b>		
<p><i>Rapporten tar utgangspunkt i at praksisandelen av sykepleierutdanningen er kraftig redusert i løpet av de siste to tiår og reiser spørsmål om hvorfor dette har skjedd og hvilke konsekvenser dette får for ervervelse av kunnskap og kompetanse.</i></p> <p><i>Forfatteren understreker at sykepleiekompetanse må utvikles i nær tilknytning til praksisfeltet. Varighet og innhold i praksisundervisningen er dermed av stor betydning for kvaliteten i utdanningen av sykepleiere. Siden begynnelsen av 70-tallet har sykepleierutdanningen gjennomgått store og tildels dramatiske endringer. I forbindelse med overgang til høgskolesystemet ble utdanningens varighet betydelig forkortet og praksistidens lengde ble redusert med mer enn et halvt år. Kunnskapsutvikling knyttet til deltakelse i praktisk pleie- og omsorgsarbeid har måttet vike plass for mer teoretisk kunnskap. Frustrasjoner møtes blant såvel studenter, sykepleiere som lærere og går som regel på manglende tilgjengelig tid knyttet til hver praksisperiode. Enkelte veiledere hevder at studenter får bestått praksis på svært sviktende grunnlag. Etter vurderinger og tilbakemeldinger som gis underveis får studentene knapt tid til å demonstrere fremgang og forbedring.</i></p>		
<b>Stikkord</b>	sykepleierutdanning, praksisundervisning	<b>Key Words</b>
<b>ISBN</b>	82-453-0082-9	<b>ISSN</b>
		0807-2698

## **INNHold**

### **Forord**

<b>Kap. I</b>	<b>Innledning og problemstilling</b>	
1.1.	<b>Innledning</b>	s. 1
1.2.	<b>Problemstilling</b>	s. 2
<b>Kap. II</b>	<b>Praksisandelen av sykepleierutdanningen er i løpet av de siste to tiår kraftig redusert</b>	s. 2
<b>Kap. III</b>	<b>Betraktninger om hvorfor praksisandelen i sykepleierutdanningen er blitt så kraftig redusert</b>	
3.1.	<b>Norsk sykepleierforbunds rolle</b>	s. 4
3.2.	<b>Noen utdanningspolitiske aspekter</b>	s. 5
<b>Kap. IV</b>	<b>Betraktninger om hvilke konsekvenser reduksjonen av praksisandelen får for ervervelse av og utvikling av kunnskap og kompetanse</b>	
4.1.	<b>Utdanningens formål</b>	s. 7
4.2.	<b>Observasjon</b>	s. 8
4.3.	<b>Faglig skjønn</b>	s. 9
<b>Kap. V</b>	<b>Den besværlige tiden</b>	s. 11
5.1.	<b>Tiden strekker ikke til</b>	s. 11
<b>Kap. VI</b>	<b>Noen vei ut av uføret?</b>	s. 13

**Litteratur  
Vedlegg**



## Kap. I      INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

### 1.1.      Innledning

Omleggingen av sykepleierutdanningen i forbindelse med overgangen til høyskolesystemet kan tyde på at den kunnskapsutvikling som er knyttet til deltakelse i praktisk pleie- og omsorgsarbeid har måttet vike plass for mer teoretisk kunnskap. Jeg tror at vi ikke har tatt alvorlig nok at praksisopplæringen er en viktig del av kvalifiseringsgrunnlaget, og at en generell økning av teoristudier skjer på bekostning av å dyktiggjøre studentene i praktisk sykepleie. Sykepleierkompetanse må etter mitt skjønn utvikles i nær tilknytning til praksisfeltet - i den virkelige verden hvor studentene etter endt utdanning skal arbeide og hvor de vil møte kravene og forventningene til funksjonsdyktighet.

Som lærer møter jeg til stadighet frustrasjoner, både blant studenter, sykepleiere og kollegaer. De frustrasjonene jeg møter, går nettopp på tiden en har til rådighet i hver praksisperiode. Fra studenthold hevdes det at de har for lite tid til å trene og øve på prosedyrer, bli kjent med rutiner, forstå hva som ligger bak mange beslutninger, forstå organiseringen osv. De ønsker også lenger tid slik at de får erfaring fra mange pasientsituasjoner. Kompleksiteten i sykepleiarbeidet og det ansvaret som hviler på sykepleierne virker skremmende på mange. Fra sykepleiere sies det ofte at de ikke har tid til å være sammen med studentene i "stellesituasjoner". Praksisperiodene er av så kort varighet at dersom studentene kommer til avdelingen i en spesielt hektisk periode får de mindre tett oppfølging. I praksisfeltet møter jeg ofte utsagn som: *"Hadde praksisperioden vart lenger kunne vi hatt mer å gå på, det ville vært tid til å ta igjen det forsømte, anledning å roe ned, til å snakke sammen og tid til refleksjon"*. De sier også at det er for mange studenter i avdelingen. Flere av dem hevder at mange studentene får en bestått praksis på svært sviktende grunnlag. Det gis vurderinger og tilbakemelding underveis, men studentene har for kort tid til å vise fremgang, forbedring og selvstendighet. Flere synes at målsettingene er for omfattende og at kravene til studentene ikke står i forhold til den korte tiden de har til disposisjon.

Egne frustrasjoner går i forhold til manglende muligheter til tettere oppfølging av studentene mens de er i praksis. Som lærer kommer en ofte inn bare når det er spesielle problemer, eller i de formelle trekantsamtaler, vurderings- og evalueringssituasjonene. Antallet studenter pr. lærer er også for høyt i forhold til tett oppfølging.

Som en konsekvens av den korte tiden som er til rådighet er det derfor også et spørsmålet om det er mulig å kvalifisere studentene til en så bred og generell kompetanse som det forventes at en nyutdannet skal ha (Vedlegg 1).

## 1.2. Problemstilling

Sykepleierutdanningen er idag en 3-årig høgskoleutdanning. Praktisk erfaring, eller førstehåndserfaring med pasientomsorg betraktes som en viktig og nødvendig del av utdanningens innhold. Praksisopplæringen er obligatorisk og skal sammen med alle eksamener være bestått før en blir tilkjent offentlig godkjenning som sykepleier (Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Rundskriv nr. I 1041/82, vedlegg i Rammeplanen 1987 ajourført i 1992).

Praksisopplæringen i sykepleierutdanningen er fra flere hold viet oppmerksomhet. Flere har pekt på manglende samsvar mellom teori og praksis i undervisningen. Det spørres hvilke type kunnskap som trenges i sykepleie, hvordan sykepleierkompetanse best kan utvikles, og hva som er god praksisopplæring (Heggen 1995, Seljeskog 1995, Fagermoen 1993).

Heggen viser i sitt forskningsarbeid til at kvalitetsforbedring av praksisopplæringen i sykepleierutdanningen fordrer en større forståelse for hvordan praksisopplæringen fungerer som studium innenfor en høgskoleramme. Hun hevder at nedkorting av praksisandelen i sykepleierutdanningen, skjer til fordel for økt teoretisering, og dette til tross for den økende interesse for kvalitetsforbedring av praksisopplæringen (Heggen 1995).

Forskere som Heggen, Hamran, Elstad og Martinsen som på ulike måter er opptatt av sykepleie, peker på det mangfold av kunnskap som ligger i virkelighetens verden. Der hvor en møter mennesker i alle livsfaser, i vanskelige livssituasjoner og behandlingsprosesser, og som jeg er opptatt av skal danne basis i utviklingen av sykepleierkompetanse. Jeg vil hevde at for å kunne møte og ta del i disse utfordringene, lære noe og utvikle seg som menneske og sykepleier, må en som student gis anledning til å få være over tid i praksisfeltet.

Det er derfor **tiden** som er satt av til og **innholdet** i praksisopplæring som blir tema for denne oppgaven. Jeg er opptatt av konsekvensene reduksjonen av tiden til praksisopplæringen får for **tilegnelse av kunnskap og kompetanse i sykepleie.**

Min problemstilling blir derfor:

**Praksisandelen i sykepleierutdanningen er i løpet av de siste to tiår blitt kraftig redusert. Hvorfor? Hvilke konsekvenser får dette for ervervelse av kunnskap og kompetanse?**

Før jeg drøfter dette nærmere, vil jeg se på de faktiske reduksjonene som har skjedd i løpet av de siste to tiår.

## **Kap. II PRAKSISANDELEN I SYKEPLEIERUTDANNINGEN ER I LØPET AV DE SISTE TO TIÅRENE KRAFTIG REDUSERT.**

Siden begynnelsen av 70-årene har denne utdanningen gjennomgått store og tildels dramatiske endringer. I forbindelse med innføringen av student- og semesterordningen og overgangen til



høgskolesystemet ble utdanningens totale lengde betydelig forkortet og praksistidens lengde ble redusert med mer enn et halvt år (Fagermoen 1993).

Høgskolestatus (1977) og senere overføring av sykepleierutdanningen fra Sosialdepartementet til Kirke- og utdanningsdepartementet (1981) markerte en atskillelse av utdanningen fra yrkets praksisfelt. Den administrative overføringen av sykepleierskolene fra Sosialdepartementet til Kirke- og undervisningsdepartementet medførte nye retningslinjer for utdanning av sykepleiere. I de nye retningslinjene ble omfanget av praksis angitt til 2/3 av total utdanningstid. Ny rammeplan for sykepleierutdanningen ble godkjent i 1987 og nytt reglement for utdanningen kom i 1989. I den nye rammeplanen skulle praksisandelen utgjøre halve studietiden, 30 vekttall. Med revisjonen av rammeplanen i 1992 ble praksis eller direkte pasientrettet arbeid ytterligere redusert og omfanget ble nå angitt til 20 vekttall, av totalt 60 vekttall. De øvrige 40 vekttall er viet teoretiske studier (Rammeplanen 1987, ajourført 1992).

Utviklingen av sykepleierutdanningen i løpet av de siste tyve årene viser med dette en kraftig reduksjon av tiden til praksisopplæring, fra 91 uker i 1975 til 40 uker i 1996. Før innlemmelsen i høgskolesystemet og innføringen av semesterordninger, og før studentene fikk studiesosiale vilkår på linje med andre studenter i høgre utdanning, utgjorde praksisandelen i sykepleierutdanningen 118 uker av total tid (Fagermoen 1993).

Utviklingen i helsesektoren, spesielt innenfor sykehussektoren, med krav om økt effektivitet og rasjonalisering har blant annet ført til reduksjon i antall sengeplasser, kortere liggetid, nedleggelse av avdelinger/poster og dermed færre praksisplasser for sykepleierstudenter. Reduksjon i antall sengeplasser, opprettelse av dagkirurgi og kortere liggetid, har i sin tur ført til større arbeidspress på sykepleierne (Fagermoen 1996). Sykepleiernes tid og mulighet til å veilede og til å være sammen med studenten i og om pleien er redusert slik at kvaliteten på opplæringen i praksisfeltet er forringet.

Samtidig som dette skjer medfører de utdanningspolitiske reformene en økt utdanningskapasitet, spesielt i perioden 1990-1995 fra 2452 til 2981 studenter (Milepælen 1995). Omorganiseringen i helsesektoren og økning av utdanningskapasiteten på sykepleierutdanningen i denne perioden førte blant annet til store problemer med å skaffe egnede praksisplasser til de store studentkullene. Problemene med å skaffe praksisplasser er bakgrunnen for at rektorkollegiet i 1991 ba Kirke- utdannings- og forskningsdepartementene om adgang til å endre kravene til praksisstudier. Dette resulterte i reduksjon av tid til praksisopplæring og kravene til obligatoriske praksisområder ble begrenset. Før revisjon i 1992 omfattet disse medisinsk, kirurgisk, føde-barselavdeling, eldreomsorg, psykisk helsevern og sykepleietjeneste utenfor institusjon. Med revisjonen i 1992 ble praksisområder angitt innen medisin, kirurgi, psykisk helsevern og forebyggende helsearbeid (Rammeplanen 1987, ajourført 1992).

Betingelsene for praksisopplæringen er således endret, både som følge av de utdanningspolitiske reformene, såvel som de helsepolitiske reformene som har skjedd i løpet av de to siste tiårene.

### **Kap. III      BETRAKTNINGER OM HVORFOR PRAKSISANDELEN I SYKEPLEIERUTDANNINGEN HAR BLITT SÅ KRAFTIG REDUSERT**

#### **3.1.            Norsk Sykepleierforbunds rolle**

I kampens iver for anerkjennelse av sykepleierutdanningen som likestilt med annen høgre utdanning forutså vi ikke konsekvensene: en svekkelse av det faglige innholdet i utdanningen, sier Fagermoen (Fagermoen 1996).

Heggen hevder i sitt forskningsarbeid (Heggen 1995) at Norsk Sykepleierforbunds bevisste satsing på profesjonalisering på 1960 og 1970-tallet, kan ses som en viktig drivkraft bak selvstendigjøringen av utdanningen. Høgskolestatus, selvstendigjøring og atskillelsen av utdanningen fra den praktiske utøvelsen av sykepleie har ført til en teoretisering og akademisering av utdanningen. Dette har skjedd på bekostning av tiden til praksisopplæring. Dette kan igjen ses på som ønske om å løfte faget mot den generaliserte og abstrakte topp-plasserte kunnskapen. Martinsen og Wærness advarer mot denne utviklinga i "Pleie uten omsorg" og betegner utviklingen som en avfeminisering av sykepleien, og mener at dette vil få konsekvenser for det fremtidige tilbudet om omsorg og pleie (Martinsen og Wærness 1979).

Etableringen av sykepleierutdanningen innenfor høgskolesystemet ble imidlertid sett på som en seier. Utdanningen av sykepleiere skulle styrkes både faglig og pedagogisk. Yrket kunne bare praktiseres på en forsvarlig måte dersom det var basert på solide teoretiske kunnskaper. Et viktig virkemiddel for å oppnå dette var nettopp at ansvaret for utdanningen ble ført over fra Sosialdepartementet til Kirke- og utdanningsdepartementet. Det skulle være allmenne og utdanningspolitiske vurderinger og ikke helsepolitiske vurderinger, eller arbeidsmarkedsinteresser, som skulle danne rammene for utdanningen. Det faglige innholdet i utdanningen skulle ha et sykepleiefaglig perspektiv, slik at en skulle bli mer bevisst på utvelgelse av type kunnskaper, hvilke holdninger og hvilke ferdigheter som skulle vektlegges i utdanningen.

Overføringen av ansvaret for sykepleierutdanningen fra Sosialdepartementet til Kultur- og vitenskapsdepartementet førte blant annet til at sykepleierutdanningene fikk større faglig frihet og det åpnet opp for mangfold med hensyn til utforming av undervisningsplaner ved de ulike sykepleierhøgskolene (Fagermoen 1996). Den faglige friheten er senere blitt mer og mer begrenset. Først i rammeplanene av 1987, og senere i forslaget til ny rammeplan for sykepleierutdanning (Høringsutkastet 1995).



## 3.2

### Noen utdanningspolitiske aspekter

Sykepleierutdanningen er som følge av omleggingen underlagt utdanningspolitiske reformer. Et av de viktigste utdanningspolitiske mål innen høgskolesektoren er økt samordning av utdanningene. En ønsket gevinst av dette er at samordning skal føre til økt samarbeid mellom de ulike faggruppene, mindre kompetansestrid og motvirke uhensiktsmessig spesialisering.

"Fagene har kompetansestridigheter, blant annet har det vært strid om hvem som skal ha hovedansvaret for bestemte funksjoner. Dette har, sammen med andre faktorer bidratt til uheldig spesialisering. En større samordning av utdanningene kan redusere kompetansestridigheter og uhensiktsmessig spesialisering"  
(RHHS, Høringsutkastet 1995).

De tidligere profesjonsbaserte rådene, deriblant Rådet for sykepleierutdanning, ble nedlagt og erstattet med et felles fagråd for ulike helsepersonellutdanninger. Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag (RHHS/Rådet) ble etablert i 1991, og var et konkret uttrykk for utdanningsmyndighetenes bestrebelse på å samordne utdanningene i helse- og sosialsektoren.

I 1992 vedtok Rådet å revidere rammeplanene for 8 grunnutdanninger i helse- og sosialfag. Begrunnelsene for endringene av rammeplanene er av utdanningspolitisk-, organisatorisk og administrativ karakter knyttet til endringene innenfor høgskolesystemet.

For sykepleierutdanningens vedkommende sies det også i høringsutkastet at Rådet ønsker å presentere en plan som er skrevet i et språk som er forståelig for den som ikke har profesjonskunnskap. Rammeplanene skal ha en felles struktur og oppbygging. Videre at rammeplanene skal være et redskap i evaluering og kvalitetssikring av utdanningene. Ved gjennomgang av rammeplanene for de 8 grunnutdanningene fant man at noe av innholdet var sammenfallende og deler av rammeplanen kunne ha vært felles for dem.(Høringsutkastet 1995).

"Synliggjøring av felles innhold i utdanningene er et bidrag til å bedre lagarbeid ved å øke viljen og evnen til samarbeid. Den felles innholdsdelen i rammeplanen skal være obligatorisk for barnevernpedagog-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, sosionom-, sykepleier-, og vernepleierutdanningene. Den felles innholdsdelen skal bidra til at studentene tilegner seg nødvendig kunnskap og forståelse i en felles referanseramme for yrkesutøvere i helse- og sosialtjenestene, som kan danne basis for utvikling av **felles holdninger og ferdigheter**" (Høringsutkastet 1995, min utheving).

I 1995 fastsatte derfor KUF at 10 vekttall (1 semester eller 20 uker) skal være fellesdel for de nevnte grunnutdanningene (Milepælen 1995). Med dette er den fagspesifikke delen av utdanningen redusert til 2,5 år. Den tilstrebede anerkjennelse av sykepleierutdanningen, selvstendigjøringen, den faglige friheten og styringen av eget fag som en hadde oppnådd, synes ikke lenger så reell. Det faglige innholdet i sykepleierutdanningen er svekket, både som et resultat av reduksjonene på den praksisopplærende delen og fordi den fagspesifikke delen er redusert.



Argumentene for hvordan man gjennom utdanningen skal klare å sikre at yrkesutøveren har et solid faglig fundament for sin yrkesutøvelse, synes noe forstummet. Det er den tverrfaglige utdanningsideologien gjennom kravet om økt samarbeid og samordning, som preger argumentasjonen. Olav Refsdal, leder for Rådet høgskoleutdanning i helse- og sosialfag, kommer med i sitt innlegg til "Samordning under lupen" med følgende uttalelser (Refsdal 1992).

"Det er opplest og vedtatt i Stortinget at samordning er bra (...) vi er i fylgje vårt mandat forplikta på å fremja samordning og samarbeid mellom helse- og sosialfagutdanningane (...) vi treng eit personell som er i stand til å samarbeida effektivt. Ein viss samordning innan utdanningssystemet kan forebyggja kompetansestrid, der ulike grupper krangler om kven som har eigedomsretten til bestemte funksjonar",

Solveig Askjem, kontorsjef i Rådet, og som i en årrekke har stått sentralt i utviklingen av helse- og sosialarbeiderutdanningen på høgskolenivå, beklager at man ikke er kommet langt nok i arbeidet med tverrfaglighet og samordning av helse- og sosialarbeiderutdanningene. *"Noe av grunnen ligger i profesjonsbaserte forskrifter og regelverk som opprettholder dagens profesjonsinndelte studier og ikke minst den tradisjonelle funksjonsdelingen i feltet"*. Hun viser i sitt innlegg til at det er et siktemål med utdanningene er at de utdannede mer skal føle seg som helse- og sosialarbeider enn som lege, sosionom, fysioterapeut osv., og henviser til NOU 1986:4, om "Samordning i helse- og soialtjenesten" (Askjem 1992).

Tverrfaglig samarbeid er etter mitt skjønn ikke ensbetydende med samordning eller fusjon. Jeg kan heller ikke se at tverrfaglighet blir nødvendig hvis alle blir mer like (Jfr. felles holdninger og ferdigheter). Ved å tilstrebe mest mulig likhet isteden for å satse på det fagspesifikke og sikre at verdifull praksiskunnskap ikke går tapt, er ikke å ta konsekvensene av at de nyutdannedes kompetanse allerede i dag er et problem. Dette problemet skyldes ikke først og fremst kompetansestrid og krangel om eiendomsretten til bestemte funksjoner, men er muligens et resultat av for lite trening i og opplæring i praktisk sykepleiarbeid. Tverrfaglig samarbeid eller konstruktivt samarbeid mellom ulike profesjoner er kanskje først og fremst et organisatorisk spørsmål, noe de nye rehabiliteringsenhetene kan vitne om. Disse enhetene er nettopp organisert og bygd opp med tanke på nødvendigheten av flerfaglig samarbeid og at personer med ulik yrkesbakgrunn har forskjellig verdifull kunnskap og erfaring å bidra med. Hvis alle blir like vil det ikke bli nødvendig med tverrfaglighet, men da ville vel heller ikke den rehabiliteringstrengende, syke- og hjelpetrengende kunne få den behandling, pleie og omsorg som er nødvendig?

Den sterke fokuseringen på samordning av utdanningene og tverrfaglighet, påstandene om kompetansestrid og krangel om eiendomsretten til bestemte funksjoner, fortrenger etter mitt syn oppmerksomheten som bør rettes mot de utfordringer som ligger i praksisfeltet.



## Kap. IV      **BETRAKTNINGER OM HVILKE KONSEKVENSER REDUKSJONEN AV PRAKSISANDELEN FÅR FOR ERVERVELSE AV OG UTVIKLING AV KUNNSKAP OG KOMPETANSE**

Jeg vil i det følgende belyse og drøfte sider ved disse utfordringene i, knyttet til **observasjon** og vurdering og utvikling av **faglig skjønn**. Før jeg drøfter dette nærmere, vil jeg kort si noe om utdanningen formål og mål. Jeg har også med noen innledende betraktninger om sykepleie og erfaringsbasert kunnskap i utviklingen av sykepleierkompetanse.

### 4.1            **Utdanningens formål**

Utdanningen har som formål å sikre at fremtidens yrkesutøvere er kvalifisert til å ivareta sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. I funksjonsbeskrivelsen angis det at sykepleieren arbeider i alle i ledd helsetjenesten og har et selvstendig **ansvar for** å ivareta sykepleiefunksjonen. Sykepleieren skal **ta hånd** om mennesker med akutt sykdom/skade, pasienter med kronisk sykdom og funksjonshemming, syke og friske eldre med behov for **omsorg og pleie**. Sykepleie skal planlegges og utføres ut fra et helhetssyn på mennesket. Sykepleieren skal i sitt arbeid **lindre, støtte, fremme, beskytte**, og/eller **hjelp** mennesket til det er istand til å ta hånd om seg selv, eller hjelpe mennesket til å leve med sin **sykdom og lidelse** eller til en fredfull død. (Rammeplanen 1987, ajourført 1992).

Sykepleie er først og fremst å **ta vare på syke og lidende mennesker** som trenger **hjelp, pleie og omsorg**. Lidelse, sier Martinsen,(1993) er et dypt og komplekst menneskelig problem, noe allmennmenneskelig som ingen kommer utenom. Lidelse forutsetter livsmot, og det er i spenningen mellom lidelse og livsmot - slik vi møter dette hos den hjelpetrequende at helseprofesjonene har utviklet sin fagidentitet (Martinsen 1993).

Skal vi ta på alvor at den nyutdannede også i fremtiden skal beherske sykepleierollens mange krav og forventninger, må vi ta inn over oss at praksisopplæringen er en viktig del av kvalifiseringsgrunnlaget. Dersom ikke studentene gis mulighet til å være over tid i praksis vil de gå glipp av muligheten til å erverve seg viktig og nødvendig kunnskap og kompetanse som er en forutsetning for å kunne utføre forsvarlig sykepleie og utvikle seg til dyktige sykepleiere. Sykepleiepraksis er å forstå som moralsk- og relasjonelt eller mellommenneskelige forhold, der det fordres av sykepleieren å kunne handle til pasientens beste, og der moralen viser seg i måten handlingene utføres på i den konkrete situasjonen. Målet for sykepleie er ikke primært resultatet - men like mye pasientens opplevelse av sin egen livssituasjon - av å bli **tatt vare på** (Hamran 1987). Og det er i dette perspektivet jeg drøfter kunnskap og kompetanse.

Hamran og Martinsen viser i sine arbeider til at vi i sykepleien bør vektlegge og bygge videre på de beste kvinnetradisjoner innen pleie av syke, og viser til **den kunnskap som er vunnet gjennom praktisk erfaring i pleien av syke**. Begge viser til Nightingale som en god



læremester i så henseende (Hamran 1987, Martinsen 1990). Hamran viser i "Den tause kunnskapen" til at det i sykepleiens fagtradisjon først og fremst er Nightingale som har basert seg på denne kunnskapstypen. Hun viser til hvordan **situasjonen, observasjon/iakttakelse og pasientens erfaring** får forrang framfor teorien på grunn av menneskets samspill med naturen. Dersom utgangspunktet i sykepleie er en vitenskapelig og objektiv tilnærming til pasienten, vil pasientens tilstand bli oversett. Teorien gis rett og pasienten feil, og pleie bli oppgaver som får en teknisk løsning. En forståelse av omsorg og hvordan fagtradisjonen kan formidle denne blir derfor viktig. Gjennom oppvurdering av praksiskunnskapen gis det en reell mulighet til å fokusere på **omsorgen**, som er sykepleiefagets kjerne. Den kunnskap som bør vektlegges i sykepleien, er kunnskap som prioriterer og vektlegger og ivaretar omsorg som grunnleggende verdi.

Jeg vil i det følgende belyse sider ved den erfaringsbaserte kunnskapen. For å se hva den andre er best hjulpet med må sykepleieren både kunne **observere/iaktt** og **vurdere situasjonen**. Dette fordrer **kunnskap, erfaring og godt skjønn**, og det er utviklingen av dette som er en forutsetning for at en med tid og mer erfaring skal kunne bli en dyktig, selvstendig og ansvarsbevisst sykepleier.

#### 4.2. Observasjon

Evnen til observasjon og vurdering må læres i praksis, mens en er i konkrete pasient - situasjoner. Det er i de konkrete pasientsituasjonene studenten kan lære å se noe som noe - bli bevisst på at han/hun ser - øve opp bevisstheten om at han/hun ser noe som noe. Det kan være et ansiktsuttrykk, blanke øyne, hektiske kinn, et veltet vannglass, en ringeklokke som pasienten ikke når, at pasienten ikke vil spise, kvalme osv? Det kan være å bli bevisst sine egne følelser i en bestemt situasjon, som når jeg kjenner en uro inni meg. Kjenner det i magen, i mellomgulvet? Det som får meg til å se til pasienten på nytt?

Ved sin kroppslige, sin sanselige tilstedeværelse i den konkrete pleiesituasjonen får studenten anledning til å lære betydningen av årvåkenhet, nærværenhet og sensitivitet. Studenten skal lære seg å legge merke til de små detaljer, de små tegn, og lære hva han/hun observerer kan være tegn på eller hva det kan være uttrykk for. Kunnskap en får gjennom denne form for deltakelse i praktisk pleiearbeid gir mening. Det en observerer må tydes og tolkes og skal være et hjelpemiddel i utvikling av en forståelse for at ulike situasjoner, ulike tilstander har forskjellig forløp hos forskjellige mennesker, og at handlingene således bestemmes ut fra observasjon og vurdering av situasjonen. Studenten vil således lære at observasjon ikke er noe mål i seg selv, men et nødvendig hjelpemiddel for å kunne vurdere hva pasienten er best tjent med den situasjonen han til en hver tid befinner seg i. Studenten vil kunne utvikle kunnskap og forståelse for at det i praksis ikke er mulig å foreskrive handling for en hver tenkelig situasjon en kan møte der, og at ikke alt kan forutses eller planlegges for, men må takles der og da. Men for at denne kunnskapen skal bli tilgjengelig fordres det at studenten får **være over tid** i det kliniske felt. Det fordrer at studenten får hjelp til å "stå hos" pasienten, være i



situasjonen og får tid, hjelp og anledning til å delta i mange og lignende situasjoner. At studenten får lære å forholde seg til andre mennesker, til lidelsen, og øve opp evnen til å observere/iakttå og vurdere og treffe beslutninger. Og ikke minst: lære å begrunne sin praksis/sine handlinger.

### 4.3. Faglig skjønn

For det er handlingene som krever begrunnelse. Sykepleieren må vite hvilke verdier hun i sin praksis skal verne om. Tillit er en slik grunnleggende verdi som er viktig i sykepleien. Tillit er fundamental sier Martinsen (1990), og det er ikke tilliten som skal begrunnes. Mistillit oppstår når det er mangel på tillit, og det kan være flere forhold som fører til mistillit. Det som skal begrunnes er mangel på tillit. Slik er det med våre handlinger også, de må begrunnes. For situasjonen vi handler i, er sjelden bestemt av en årsak eller et forhold alene.

Når det i sykepleiepraksis fordres av sykepleieren å kunne handle til beste for pasienten, må hun vite hva som fordres for at handlingen skal oppleves som god. Da må hun prøve å fortolke pasientens virkelighet, prøve å få fatt i hva pasienten selv opplever og erfarer. Hun må prøve å forstå situasjonen ut fra pasientens ståsted. For å finne ut hva pasienten i en gitt situasjon er best hjulpet med, fordres det derfor at sykepleieren kan handle ut fra **faglig skjønn** og interesse for at den andre skal bli tatt vare på og forstått. Spørsmålet, sier Martinsen (1990), er om denne form for faglig dyktighet, en kombinasjon av fag- og menneskekunnskap omsatt i praktisk handling, kan læres? Med henvisning til Wittgenstein sier hun at menneskekunnskap og modenhet i liten grad tilegnes gjennom boklige studier, men i praksis, gjennom erfaring og ved hjelp av råd og vink fra erfarne arbeidskamerater. Skjønnnet er alltid knyttet til en konkret situasjon, som krever innlevelse og situasjonsanalyse for å kunne vurdere/analysere ulike handlingsalternativer.

"For sykepleieren dreier det seg om å kunne handle med skjønn. Det er å lære sitt fags teorier, faktakunnskap og praktiske ferdigheter, og samtidig kunne handle med "god tone". For det er på det ordløse plan, gjennom sine holdning, sykepleieren setter tone på relasjonen og kan gjøre den andres tilværelse truende eller trygg, maktesløs eller horisontutvidende" (Martinsen 1991).

I skjønnnet, sier Martinsen (1993) er kunnskap vunnet ut fra **sanselig** såvel som **begrepslig** forståelse tilstede. I den sanselige forståelse er erfaringen knyttet til de inntrykk vi mottar gjennom kroppen, gjennom sansene. Vi mottar inntrykk gjennom blikket, hørselen, lukten og hendene. Og vi uttrykker oss til omverdenen gjennom kroppen. Kunnskap som er vunnet ut fra begrepslig forståelse der ordene har en avgrenset, en definert betydning, blir ofte betegnet som påstandskunnskap. Ordene, språket blir klassifiserende og konstaterende. Situasjonene blir forenklet i sin fremstilling, den blir dissekert og den skal uttrykke det generelle, standarder. I skjønnnet benyttes begge kunnskapsformene, men det (skjønnnet) kan ikke settes fast i begreper, regler og prinsipper. "Da ødelegges skjønnets vurderingsevne, som nettopp er



å se en situasjon fra ulike sider for å kunne handle riktig og godt i forhold til den andre Martinsen (1993:12).

I sykepleien fordres det å kunne bruke fagkunnskapen på en slik måte at en forstår pasienten og slik blir istand til å handle godt for og sammen med han. Dette fordrer at sykepleieren har kunnskap slik at hun forstår mer enn pasienten forstår, men det fordrer først og fremst at hun forstår det pasienten forstår. "Faglig skjønn er en form for viten der kunnskap er omdannet til viten gjennom kjennskap", sier Kristin Meyer (1993). I dette sier hun, er ulike elementer fra ulike fag- og livsområder og handlinger vevd sammen med personlige egenskaper og opplevelser gjennom erfaring i det daglige virke. Vi befatter oss med en form for kunnskap som kommer til syne i praksis, i anvendelsen av den, i det vi uttrykker oss til omverden gjennom vår kropp, gjennom våre handlinger.

Skjønnnet skal på en måte representere en kunnskap som ser sammenhengen mellom det generelle og det spesielle. Det handler om å kunne se spesielle situasjoner, fenomener eller hendelse i lys av generell kunnskap om dem. Skjønnnet erverves i praksis og erfaring blir derfor viktig for god bruk av teori eller påstandskunnskap. Men erfaring forstått på denne måten krever at en har et teoretisk grunnlag som gjør en i stand til å se at det spesielle er et tilfelle av noe mer generelt. At det i det spesielle kan være noe allment, og i det allmenne er noe særegent, spesielt. Kunnskap og erfaring blir dermed en forutsetning for å kunne yte kyndig sykepleie der **skjønnnet viser seg handlingen.**

Den **kunnskap og kompetanse** jeg har vektlagt i denne drøftingen, ved å se nærmere på observasjon og faglig skjønn, er den som utvikles gjennom **konkret personlig erfaring.** Det dreier seg om å delta i det praktiske sykepleiearbeidet. Delta med hele seg i å iakttta/observere, undre seg, tenke over og stille spørsmål. Bruke aktivt både egne og andres kunnskaper, lære å vurdere og reflektere og slik utvikle skjønnnet. Kompetanse må derfor forstås som et dynamisk begrep hvor anvendelsesaspektet står sterkt, og i den virkelighet der anvendelsen av kompetansen skal skje, skjer det endringer. Denne kompetansen avhenger av kunnskaper og intellektuelle ferdigheter, evne til å oppfatte situasjoner, evne til samarbeid, engasjement og ansvar. Teoretisk kunnskap er en komponent i kompetansen og ses derfor som en del av kompetansen. Kunnskap om prosedyrer, regler, prinsipper osv. skal være hjelpemidler som skal sette en i stand til å samle erfaring og utvikle kompetanse. Gjennom praktisk erfaring med gjentatte erfaringer i samme og lignende situasjoner, vil studenten kunne lære observasjon, utvikle godt faglig skjønn og vurderingsevne slik at hun kan vite når handlinger skal følge reglene og prinsippene og når en kan avvike fra disse.

For å kunne skape trygghet og møte andre mennesker ut fra likeverd, fordres det at studentene gis tid og mulighet bli kjent med seg selv. De må gis tid og anledning til å utvikle menneskekunnskap gjennom å arbeide med seg selv, til å bli kjent med egne kroppslige reaksjoner og følelser, sin egen utilstrekkelighet, usikkerhet og sårbarhet. For å kunne skape trygghet i møte andre mennesker ut fra likeverd, må en kjenne seg selv. Dette er form for kompetanse som har med den enkeltes ervervede menneskekunnskap å gjøre, slik at vi ut fra dette vet hva fordringen om å ta vare på den andres liv konkret består i. Vi må både kunne se



og uttrykke appellen om hjelp for å kunne styrke livsmotet i lidelsen. Hvordan vi best kan handle i situasjonen fordrer en kombinasjon av fag- og menneskekunnskap. Det må læres og vurderes ut fra erfaring, forståelse og innsikt og klokskap. Dette fordrer årvåkenhet og sensitivitet hos sykepleieren til å oppdage hvilke fordringer møtet med det andre mennesket, pasienten, stiller. Medfølelse, barmhjertighet, tillit og ærlighet arbeider sammen med fagkunnskap når vi handler riktig og godt mot andre (Martinsen 1993 og 1996)

Det er utviklingen av denne form for kompetanse jeg er bekymret for at dagens utdanning ikke i tilstrekkelig grad ivaretar.

## **Kap. V DEN BESVÆRLIGE TIDEN**

Den delen av sykepleierutdanningen som er knyttet til utøvende sykepleiearbeid har mange benevnelser så som, praksisstudier, kliniske studier og praksisopplæring. Praksisstudier er en fellesbetegnelse for de undervisnings- og læringssituasjoner hvor studentene arbeider med sykepleiefaglige problemer og utfordringer i praksis. De generelle målene for praksisopplæringen er at studentene skal få øvelse i å anvende kunnskapsstoff/teori, "hente" kliniske kunnskaper, og oppøve praktiske ferdigheter. Videre skal studentene i praksis få oppleve yrkets karakter og utfordringer og oppøve ansvarlighet, og det er viktig at studentene får erfaringer med hva sykepleierfunksjonen innebærer. Det påpekes at studentene utdannes til å gå inn i, og videreutvikle yrkesrollen og til dette trengs **nærhet over tid i yrkesfeltet**. (Rammeplanen 1987, ajourført 1992, min utheving).

### **5.1. Tiden strekker ikke til**

Omfanget av praksisstudier, til kliniske studier i praksisfeltet, er med revisjonen av rammeplanen i 1992 angitt til 20 vektall, dvs. 40 uker. I henhold til rammeplanen skal praksisopplæringen skje under veiledning og evaluering, og den skal føre fram til **nødvendig funksjonsdyktighet** før praksis kan konkluderes til godkjent/ikke godkjent. Videre angir rammeplanen krav om type og omfang av praksis. Det stilles krav om (**obligatorisk praksis**) at alle i løpet av utdanningen skal ha praksis fra medisinsk- og kirurgisk avdeling, eldreomsorg, psykisk helsevern og sykepleietjenesten utenfor institusjon. Hver periode skal være på minimum 4 vektall, eller 8 uker, og tiden til praksis skal være på 30 timer, ukentlig. Høgskolen skal fastsette mål, faglig standard og arbeidskrav som må fylles i løpet av en slik periode.

Ved den sykepleierutdanningen hvor jeg har mitt daglige virke, er praksisopplæringen inndelt i 5 perioder. I den første praksisperioden i første studieår fokuseres det på å lære grunnleggende sykepleie. Opplæringen foregår i syke- og aldershjem med varighet på 8 uker. Andre og tredje periode er lagt til 2. året i utdanningen og skal fokusere på sykepleie til akutt- og kritisk syke. Opplæringen skal foregå ved medisinsk- og kirurgisk avdeling i sykehus med 10 uker på hver avdeling. Fjerde og femte praksisperiode er lagt til 3. året i utdanningen og



fokus er sykepleie til akutt og/eller kritisk syke og mennesker med langvarig/kronisk sykdom eller funksjonssvikt. Praksisopplæringen skal foregå både i institusjon og i kommunehelsetjenesten. Studentene er 9 uker i institusjon (sykehjem eller psykiatrisk institusjon) og 9 uker i hjemmesykepleietjenesten.

Rammeplanen angir en rekke forhold som studentene skal vise at de mestrer/lære å mestre mens de i praksis. Det er forventninger knyttet til administrasjon og ledelse, til undervisning, informasjon og veiledning, både i forhold til pasienter, pårørende og medarbeidere. Det forventes at de skal anvende kunnskap fra teori, at de er i stand til å reflektere over egen og andres utøvelse av omsorg og egne holdninger. De må vise ansvarlighet og ta ansvar for egen læring og utvikling og sette opp arbeidsplaner eller egne mål for perioden, samt lage forslag til egen turnus (Rammeplanen 1987, ajourført 1992). I tillegg kommer ulike arbeidskrav som skriving av praksisoppgaver, pleieplaner og få trening i gruppeledelse, eller å lede eget og andres arbeid. Studentene skal delta i faste samarbeidsmøter mellom student, skole og praksissted samt gruppeveiledning og evalueringssamtaler.

Nå viser det seg ofte at studentene trenger minimum 2 uker på hver praksisplass for å bli kjent med de materielle strukturene, få en føling med personalet og hvordan rutineene sånn noenlunde fungerer. Her ser vi straks at det blir mindre tid til deltakelse i den direkte pasientpleien. Studentene bruker også mye tid i starten til å utarbeide arbeidsplaner/egne mål, samt sette opp turnus.

De store studentkullene, og det store antallet andre grupper som også er under opplæring på avdelingene, er et annet problem. For at det ikke skal bli «opphopning» av studenter på dagtid må studentene gå i turnus, dvs. dag- og kveldsvakter, enkelte helgevakter samt nattevakter. Studentene kan således være på vakt i to dager for så ha fri i tre dager eller mer, avhengig om det er i tilknytning til helg eller ikke. Dette får konsekvenser for deltakelse i direkte pasientomsorg og oppfølgingen av den/de pasientene studenten f.eks. fikk anledning til å ha ansvar for. Ved flere anledninger har studentene tatt i mot pasientene ved innleggelse med tanke på å oppfølging, men opplever at pasienten er utskrevet når kommer tilbake etter fri. Det faktum at liggetiden, f.eks i sykehus er redusert, spiller også en rolle for hva studentene får anledning til å lære mens de er i praksis. Mulighetene til å observere når pasienten begynner "å komme seg" eller "friskne til", er redusert. Pasientene er utskrevet før så skjer.

Ved flere anledninger har studenter allerede ved praksisperiodens start blitt satt på nattevakt for så å ha fri i mange dager inklusiv helg. Igjen oppstår det problemer i forhold til oppfølging og kontinuitet. Pasientomsorgen som studentene skal ta del i og som er en viktig og nødvendig forutsetning for å lære sykepleie, er ikke preget av kontinuitet og sammenheng. Ofte er tempoet i avdelingene så høyt at studentene må være alene i altfor mange pasientsituasjoner, noe de ikke alltid er kompetente til. Samtidig reduseres mulighetene for å lære seg å observere eller iaktta og å utvikle faglig skjønn når ingen erfaren sykepleier eller lærer er tilstede, både for å fortelle og vise studentene hva de skal se etter og hvordan de må ta i bruk alle sine sanser når de er sammen med pasientene.



I løpet av en 8-10 uker praksis skal det også gjennomføres samarbeidssamtale, halv- og heltidsevaluering. For å komme i havn med dette arbeidet, blir halvtidsvurderingen gjort allerede etter 4-5 uker. I mange tilfeller har ikke studenten og kontaktsykepleier vært sammen mer enn 5-6 vakter når dette skjer, og kontaktsykepleier har lite grunnlag for å kunne uttale seg om studentens utvikling. Sykepleierne påpeker dette ofte og sier at praksisperiodene er for korte, de har ingen ting å gå på dersom turnusen faller uheldig ut i forhold til studentens praksis. Det er heller ikke rom for sykdom og andre uforutsette ting som kan oppstå i løpet av en så kort periode.

Sykehuspraksisen på 10 uker ved medisinsk og kirurgisk avdeling utgjorde høsten 1996 bare 255 timer, eller 25,5 timer pr.uke. Årsaken til dette var at studentene ikke hadde fått all undervisningen i sykdomslære mens de var i teoriblokk, og derfor måtte en dag pr. uke tas til teori. Rammeplanen angir en studieuke til 30 timer. For ikke å overskride denne rammen ble praksistiden redusert, altså en ytterligere nedskjæring på tiden til å lære praktisk sykepleiarbeid.

Dette illustrerer noen av de problemene vi har i sykepleierutdanninga idag. At det med så redusert tid til praksisstudier vanskelig lar seg gjøre å utdanne dugelige sykepleiere, er etter mitt skjønn åpenbart. At flere arbeidsgivere har sett seg nødt til å iverksette egne opplæringsprogram for nyutdannede sykepleiere, vitner jo også om det. De nyutdannedes kompetanse er et stort problem.

## **Kap. VI                      NOEN VEI UT AV UFØRET?**

Et så komplisert, mangfoldig og altomfattende forvaltningsområde som sykepleietjenesten er, krever et solid kunnskapsgrunnlag og erfaringsmangfold. Og jo mer alvorlig konsekvensene av dårlig praksis er, desto mer tid og vekt må en legge på praksisopplæringen. Jeg vil i det følgende peke på 3 forhold som kan bidra til at praksisopplæringen blir bedre ivaretatt.

### **1. Større deltakelse på praksisfeltets premisser.**

Sykepleierutdanningen kan trekke store vekslere på den kunnskapen om sykepleiepraksis som fremkommer i forskningen til Heggen og Hamran. De viser blant annet hvor kunnskapskrevende hverdagen i sykepleiarbeidet er. Hvordan man spiller på hverandre i planlegging, organisering og utførelse av sykepleie. Hvordan arbeidet er avhengig av selvstendige ansvarsbevisste og samarbeidende yrkesutøvere. Ved å leve med og delta i utførelsen av arbeidet vil studentene kunne **erfare** hvordan ansvar, oversikt og innsikt er bygd inn som bærende elementer i arbeidskulturen (Hamran 1992). Det vil bety deltakelse i større grad på praksisfeltets premisser. Ved å være over tid i praksisfeltet kan en få anledning til å ta del i organiseringen av det fortløpende praktiske pleiearbeidet, som "huser" og skaper kunnskap som er essensiell for kompetent yrkesutøvelse" sier Heggen (Heggen 1995). Videre

viser hun til **ansvarlighet** som et vesentlig trekk ved en kompetent sykepleier og som et trekk både i bygningsmåten og virkemåten i et profesjonelt arbeidssfellesskap. Ved å bli en del av arbeidssfellesskapet, eller pleiefellesskapet, som Hamran betegner det, kan studenten høste egne erfaringer med ansvarsbevisst yrkesutøvelse (Heggen 1995, Hamran 1992).

## 2. Praksisandelen av utdanningen økes med 20 uker.

Ved revisjonen av rammeplanen i 1992 ble praksisandelen redusert med 10 vekttall og "skal kunne identifiseres som praksisrettet undervisning i høgskolen"(....) " praktiske øvinger i høgskolens praksisavdelinger og ulike typer ferdighetstrening som foregår ved høgskolen". (Rammeplanen 1987, ajourført 1992). 10 vekttall eller 20 ukers reduksjon av praksisopplæringen er mye, og svært mye verdifull erfaringskunnskap og opplæring går tapt, noe som praksisrettet undervisning i høgskolen vanskelig vil kunne erstatte eller kompensere for. Og nettopp derfor fylles denne med et innhold som ikke kan sies å være praksisrettet. Disse 20 ukene blir idag i stor grad benyttet til prosjektoppgaver, noe som har lite eller ingenting med praktisk sykepleiarbeid å gjøre. Dessuten er det en undervisningsform som studentene ved flere anledninger har gitt dårlige skussmål. De 10 vekttallene (20 uker) bør tilbakeføres til praksisandelen i utdanningen..

## 3. Lærernes deltakelse i praksisopplæringen oppvurderes.

Forholdene bør legges slik til rette at lærerne gis anledning til å delta i den praktiske veiledningen og opplæringen av studentene, og til å kunne hospitere i praksis fra tid til annen. En større tilstedeværelse i praksis vil være en utmerket måte å kvalitetssikre undervisningen. Lærerne vil da kunne observere og vurdere studentene i direkte utøvelse av sykepleie, samt studentens opptreden og oppførsel. Lærerne og sykepleierne i praksis kan utfylle hverandre på en god måte, fordi ulike sider ved utøvelse av sykepleie vies oppmerksomhet. Det som sykepleierne ikke får tid til eller kan prioritere, (sykepleierene er der først og fremst for pasientene) vil lærerne i større grad kunne fange opp og ta hånd om. En større nærhet til praksisfeltet kan åpne opp og gi rom for tettere samarbeid om forsknings- og utviklingsoppgaver knyttet til den konkrete omsorgen i praksis (omsorgsforskning).

For å oppsummere: En større deltakelse på praksisfeltets premisser, en økning av praksisandelen av utdanningen med 20 uker, og et større nærvær av lærerne i praksis er noen forhold som kan bidra til å styrke praksisopplæringen i sykepleierutdanningen. Det ville også være å anerkjenne betydningen av den personlige kunnskapen, de personlige erfaringene som studenten gjør gjennom deltakelse i en kunnskapskrevende og kunnskapsutviklende hverdag i praksisfeltet



## LITTERATUR

- Askjem, Solveig (1992): "Samordning under lupen".  
*Samordning under lupen*: Rune Andersen (red.). Oslo: Tano.
- Fagermoen, May Solveig (1993): "Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv".  
Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, May Solveig (1996): "Tanker om sykepleierutdanningen".  
*Visjon, viten og virke*. Torhild Bjerkreim, Jorunn Mathisen  
og Randi Nord (red.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamran, Torunn (1987): "Den tause kunnskapen". Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamran, Torunn (1992): "Pleiekulturen". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Heggen, Kristin (1995): "Sykehuset som klasserom". Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet (1990.91): "Fra visjon til virke".  
Stortingsmelding nr. 40.
- Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet (1991): "Praksisstudier i tre-årig  
grunnutdanning i sykepleie".
- Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet (1992): "Revisjon av rammeplan for 3-årig  
sykepleierutdanning". 91/6300 gb/mah.
- Martinsen, Kari og Wærness, Kari (1979): "Pleie uten omsorg". Oslo: Pax Forlag.
- Martinsen, Kari (1990): "Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring".  
*Moderne omsorgsbilder*. Karen Jensen (red.).  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen, Kari (1991): "Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien". Sykepleien nr. 2.
- Martinsen, Kari (1993): "Livsmot og lidelse - den omtenkssomme sykepleiers utfordring".  
*Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: Tano.
- Meyer, Kristin (1993): "Nyanser og utfordringer i det faglige skjønn".  
*Den omtenkssomme sykepleier*. Kari Martinsen (red.). Oslo: Tano.
- Milepælen (1995): Tidsskrift for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag. Nr. 3.
- Refsdal, Olav (1992): "Helse- og sosialarbeidarane må bli betre til å samarbeida".  
*Samordning under lupen*. Rune Andersen (red.). Oslo: Tano.

RHHS-Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag: "Rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie". 1987, ajourført 1992.

RHHS- Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag (1995): "Høring på forslag til revidert rammeplan for sykepleierutdanningen". 93/0335/ukn.

Seljeskog, Ingegerd (1996): "Etikken viser vei - sykepleie fra visjon til handling".  
Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Sosialdepartementet (1982): "Vilkår for offentlig godkjenning som sykepleier i alminnelig sykepleie". Rundskriv nr. I 1041/82.

Sosialdepartementet (1982): "Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde".  
Vedlegg til rundskriv 1041/82.



## Publikasjonsliste fra Høgskolen i Harstad

Fra og med 1996 ble tidligere publikasjonsserier ved Høgskolen i Harstad erstattet med en **Skriftserie** og en **Arbeidsnotatserie**.

### **Skriftserien - ISSN 0807-2698**

- 1997/13 Eli Samuelsen: «Den besværlige tiden» - Betragtninger om praksisopplæringen i sykepleierutdanningen (ISBN 82-453-0082-9) Kr. 30,-
- 1997/12 Eli Samuelsen: «Du er ikke verdig en plass i herberget - Refleksjon over etikk og etiske vurderingers plass i sykepleien» (ISBN 82-453-0081-0) Kr. 40,-
- 1997/11 Vegard A. Schancke/Miriam G. Lukwago: «A Programme for Early Intercultural Psychosocial Intervention for Unaccompanied Minor Asylum Seekers and Refugees (EM) - a Group Approach» (ISBN 82-453-0080-2) Kr. 30,-
- 1997/10 Hilde Nordahl-Pedersen: «Alternativ medisin og skolemedisin - en paradigmediskusjon» (ISBN 82-453-0068-3) Kr. 40,-
- 1997/9 Inger Aksberg Johansen: «Reminisens i et interaksjonsperspektiv - En kvalitativ undersøkelse basert på intervju med eldre og sykepleiere» (ISBN 82-453-0079-9) Kr. 120,-
- 1997/8 Aud Merethe Alme: «Lønnsreform og ledermobilitet - Metodiske tilnærminger og resultater» (ISBN 82-453-0078-0) Kr. 70,-
- 1997/7 Truls Erikson: «Should Managerial Competence be in the Retail Growth Performance Equation?». (ISBN 82-453-0076-4) Kr. 30,-
- 1997/6 Børre Kristiansen/Steinar Johansen: «Rammer for omsorg - Alternative modeller for organisering av Hamarøy Bygdeheim» (ISBN 82-453-0071-3) Kr. 70,-
- 1997/5 Truls Erikson: «Retail Profit Performance and The Relationship to Marketing Outcomes and Financial Structure» (ISBN 82-453-0075-6) Kr. 30,-
- 1997/4 Rolf Utkvitne: «Kompetanse i Detaljhandelen». (ISBN 82-453-0064-0) Kr. 70,-
- 1997/3 Hilde Nordahl-Pedersen (red.): «Konferanserapport fra Helsedagene i Nord-Norge 1996». (ISBN 82-453-0069-1). Kr. 150
- 1997/2 Truls Erikson: «A Study of Career Choice Intentions

- Among a Cohort HBS MBA Candidates. The Ajzen Model». (ISBN 82-453-0074-8). Kr. 70,-
- 1997/1 Truls Erikson: «An Empirical Study of Entrepreneurial Choice Intentions Among a Cohort of MIT Sloan Fellows. The Shapero Model». (ISBN 82-453-0072-1) Kr. 50,-
- 1997 Stine Margrethe Hem/Ådne Danielsen/Anne Marie Bakken: «Ansvarsreformen i Kvæfjord - En stor oppgave til en liten kommune». (ISBN 82-90586-49-3, utgitt i samarbeid med Diaforsk) Kr. 190,-
- 1996/1 Arne-Johan Johansen: «Fra Dårkiste til normalisert omsorg». (ISBN 82-453-0063-2). Kr. 100,-

### **Arbeidsnotatserien - ISSN 0809-2567**

- 1997/1 Truls Erikson: «Applying the Canonical Structure of Analysis by Means of Algebra on Managerial Competence and Retail Growth Performance Variables». (ISBN 82-453-0077-2) Kr. 20,-

**For eldre utgivelser: Ta nærmere kontakt med Høgskolen i Harstad ved Kurs- og forsknings konsulenten - tlf.: 77 05 81 00**





# Bestilling av publikasjoner

Jeg bestiller herved:

Navn på serien	Nummer	Forfatter	Tittel	Pris
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Ved samlet kjøp over kr. 500 dekker Høgskolen i Harstad porto/frakt - ellers kommer porto i tillegg.

Navn: .....

Organisasjon: .....

Adresse: .....

Postnr. /sted: .....

Tlf.: ..... Fax: .....

Vennligst fyll ut skjemaet og returner til:

Høgskolen i Harstad, 9400 Harstad  
Tlf.: 77 05 81 00 Fax: 77 05 81 01

98-00724









Depotbiblioteket



98sd 00 724

# Visste du at...

... Høgskolen i Harstad med sine ca 1.000 studenter er blant landets minste høgskoler. Et godt studiemiljø og en uformell tone med nærhet og god oppfølging av den enkelte student preger skolen. Ved årsskiftet 1996/97 flyttet vi inn i nye lokaler som ligger idyllisk og sentralt plassert ved byens havnepromenade.

... våre to fagavdelinger - økonomi-/samfunnsfag og helse-/sosialfag - gir flere studiemuligheter blant ulike grunnutdanninger og videreutdanninger:

## Grunnutdanninger:

- Varehandel og distribusjon
- Økonomi og administrasjon
- Reiseliv og turisme
- Engelsk grunnfag
- Statsvitenskap grunnfag
- Barnevernpedagogutdanning
- Sykepleierutdanning
- Vernepleierutdanning

## Videreutdanninger:

- Revisjon
- Internasjonal handel
- Ledelse og organisasjon
- Helse- og sosialadministrasjon
- Rehabilitering
- Psykiatrisk sykepleie
- Reiseliv og turisme

... foruten ordinære undervisningsoppgaver og kurs påtar Høgskolen i Harstad seg også forsknings- og utredningsoppdrag for næringslivet og det offentlige. Våre ca. 60 fagansatte innehar høy kompetanse og dekker et bredt faglig spekter: Økonomi/administrasjon, sosialøkonomi, ledelse/organisasjon, statistikk, statsvitenskap, sosialantropologi, sosiologi, engelsk, matematikk, pedagogikk, spesialpedagogikk, vernepleie, psykologi, sykepleievitenskap, matematikk, jus.

**Post- og besøksadresse: Havnegata 5, 9400 Harstad**

**Telefon 77 05 81 00. Telefaks 77 05 81 01**

**Internett: <http://www.hih.no>**



**HØGSKOLEN I HARSTAD**



