



Forsknings- og høyere utdanningsministeren
Kunnskapsdepartementet
postmottak@kd.dep.no

<i>Deres ref.</i>	<i>Deres dato</i>	<i>Vår ref.</i>	<i>Dato</i>
18/6637-1	10.04.2019	Styresak 38-19/LM	15.09.2019

Innspill fra Lovisenberg diakonale høgskole til stortingsmelding om arbeidsrelevans i høyere utdanning

Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) takker for invitasjonen til å gi innspill til den kommende stortingsmeldingen om arbeidsrelevans i høyere utdanning. Vi konsentrerer innspillet om den delen av universitets- og høyskolesektoren som LDH kjenner ved å være en spesialisert høyskole innen helsefag, hvor utdanningsvirksomheten i all hovedsak kvalifiserer sykepleiere og spesialistsykepleiere. Dette er feltet vi kjenner og dette er en kjerne i vår virksomhet og resultater.

Innspillet er forankret i høgskolestyret ved LDH.

1. Hovedutfordringer som bør omtales i meldingen

Av åtte momenter som ministeren trekker fram i invitasjonen til innspill (s.2) vil vi legge vekt på fire i innspillet fra LDH. Disse er:

1. *Arbeidsmarkedet er i omstilling, og kompetansebehovene endrer seg. Gapet mellom hva studentene lærer og hvordan de lærer og behovene i fremtidens arbeidsliv må ikke bli for stort.*
2. *Tilgangen til praksisplasser er for lav i mange studier, og kvaliteten på praksisen varierer.*
3. *Det benyttes i for liten grad studentaktive lærings- og vurderingsformer som gir kandidatene ferdigheter som er viktige i arbeidslivet.*
4. *Innovasjon og entreprenørskap vektlegges for lite i høyere utdanning.*

Utfordringene 1, 2 og 3 er de sentrale for å gå fremtiden i møte. Vi vet at framskriving av behovet for helsepersonell peker både på behovet for et større antall kandidater fra sykepleierutdanningene, men også på behovet for å effektivisere dagens systemer og tjenestemodeller. Utfordring nr 2, tilgang og kvalitet på praksisplasser, framstår i sammenlikning som enklere å løse gjennom kartlegging, ledelse og kompetanseutvikling.

Vi konkretiserer utfordringsbildet ved å trekke analogien mellom

Pasienter i strekk – mellom enheter og mellom nivåer i helsetjenesten
og

Studenten i strekk – mellom helsetjenestens nåtid og fremtid.

Pasienter i strekk er en iboende utfordring som følger av strukturen i helsetjenesten, der risiko i overgangene og tilhørende belastning på pasientsikkerhet og kvalitet er veldokumentert. Helsetjenestens prestasjon øker med en viss grad av spesialisering. Men høyere prestasjon knyttet til funksjonsfordeling og spisskompetanser innebærer en velkjent utfordring på samhandling og kontinuitet, med risiko for fragmenterte tjenester.

Studenten i strekk oppstår når læring i teoretiske og i praktiske studier peker i forskjellige retninger, eller når læring for dagens kompetansebehov står i et konkurranseforhold til nødvendig kompetanseutvikling for fremtiden. Å utdanne til tjenesteyting innenfor dagens systemer og teknologier kan innebære læring av ferdigheter og samarbeidsformer som står i fare for å være irrelevante og foreldet i nær fremtid.

LDH utdanner på samme tid for dagens og morgendagens kompetansebehov og står som profesjonsutdanning midt i utfordringsbildet, der gapet mellom dagens og morgendagens kompetansebehov står i fare for å øke – blant annet som følge av digitalisering i samfunnet parallelt med en statisk sektorinndeling som i for stor grad opprettholder strukturelle barrierer mellom parter som samarbeider om utdanning. Vi støtter at et sentralt innsatsområde for å løse utfordringen er å nytolke og forsterke det gjensidige samarbeidet mellom UH-sektor og tjenesteytende sektor under mottoet *fra part til partner*.

Forsøk på å besvare hvordan arbeidslivet og utdanningsinstitusjonen kan balansere utdanning for både dagens og morgendagens behov, retter blikket på innsats for samarbeid på tvers av sektorene om kompetanser der studenter lærer å praktisere systemforbedring samtidig med at de lærer tjenesteyting og å gi helsehjelp i et kulturelt mangfoldig samfunn. Slike kompetanser innfrir på ambisjonen om å omstille for å tette kompetansegap og skape innovasjon i offentlig sektor. Vi peker derfor på en av dannelsesutfordringer som må løses ved å arbeide samtidig med kompetanse og nye løsninger (utfordringsbildets punkt 1 og 4 ovenfor), og kommer tilbake til dette senere i innspillet.

I utdanning av helsepersonell er det mulig å arbeide med læringsmetoder, innhold i teoretiske og praktiske studier, og med institusjonsutvikling og tjenesteutvikling som kan veve en rød tråd mellom *individuell læring* (for student, undervisnings- og forskningsansatte, praksisveiledere, ledere) og *organisatorisk læring* av «21st century skills». Læring for 21st century skills er beskrevet med ulike begrep men vil oftest omfatte

- Kritisk tenkning
- Kreativitet
- Samarbeid
- Kommunikasjon
- Informasjonshåndtering
- Teknologiforståelse og brukerkompetanse
- Fleksibilitet

Vi er nå i ferd med å bevege oss fra innholdsstyrte utdanninger til en orientering mot læringsutbytter. Vi har derfor større muligheter til å tilpasse innhold og læringsmetoder til individuell læringsstil, i motsetning til at studenten må utvikle strategier for å tilpasse seg til ulike veileder- og underviserstiler. Profesjonsutdanningene skal sikre kvalifisering til å arbeide med en sårbar tredjepart, pasienter. Til tross for at det inngår et viktig element av kontroll av prestasjon og skikkethet, er det mulig og nødvendig å legge til rette for læring som i større grad forbereder til å være kompetent til å vurdere ny kunnskap og teknologi, og bidra til endringsdyktige miljøer. I LDHs bachelorprogram blir denne fleksibiliteten utnyttet i et prosjekt iverksatt i samarbeid med Norsk sykepleierforbund for å styrke teknologiforståelsen gjennom utdanningsprogrammet («BLITTS»-prosjektet).

2. Samarbeid om høyere utdanning

Store deler av utdanningsprogrammene ved LDH er styrt av nasjonale rammeplaner/programplaner. Her ligger mulighetsrommet for utvikling i organisering av studiets innhold, læringsmetoder, vurderingsformer, og tilrettelegging av læringsmiljøet i studiet. Praksisstudiene er sentrale i totalopplevelsen av læringsmiljø, og tiltak for partnerskap mellom høyskole og tjenester om utdanningsoppdraget er et virkemiddel for læring og læringsmiljø.

LDH har gode erfaringer i dialog med tjenestene om framtidsrettede kompetansetiltak. Vi har nylig erfart at knapphet på personell til gjennomføring av kirurgisk virksomhet virker så begrensende på tilgangen av lærerkrefter i utdanning av operasjonssykepleiere, at man risikerer at tilveksten av nye spesialsykepleiere stopper opp mens avgangen for aldersgrensen fortsetter. Vi har også erfart at god dialog om utfordringsbildet mobiliserer ressurser, spesielt innen utdanning av intensiv- og operasjonssykepleiere. Et eksempel er workshop om «Morgendagens operasjonssykepleier» arrangert sammen med linjeledere og fagledere ved Oslo universitetssykehus' operasjonsavdelinger. Et annet eksempel er samarbeid med syv Follokommuner om basiskompetanse for helhetlige pasientforløp i hjemmet. Et annet tiltak for å skape lederforankrede og strategiske fellesskap mellom utdanning og tjeneste, er samarbeid på arbeidsgivernivå om karriereutvikling for ansatte i kombinasjonsstillinger (omtalt i avsnittet «Eksempler»).

Utdanning av helsepersonell er ressursintensivt. Å ligge i utviklingsfronten med nyskapende program innebærer betydelig økonomisk risiko for utdanningsinstitusjonene, i fravær av strategiske midler eller annen basisfinansiering for nye tilskudd til studieporteføljen. De økonomiske realitetene krever satsning på færre og strengt prioriterte tilbud, i tett dialog med tjenestene om innhold, rekruttering, og mottak av kompetanse. De krevende dialogene oppstår når generalistkompetanse og spisskompetanse må veies mot hverandre; arbeidsgivere kan ha høyere forventninger til «skreddersøm» og smal spisskompetanse enn det UH-sektoren kan levere eller skal ha som rolle.

Hva kan forbedringspotensialet omfatte? Vår erfaring er at utdanningsledelse i liten grad inngår blant forventningene til ledere i første- og mellomlinjen i helsetjenesten. På etats- og institusjonsnivå er det utfordringer for å nå helt ut på enhetsnivå med strategier og handlingsplaner, der kapasitet for pasientbehandling må ha prioritet. Vi mener det er et potensial for større verdiskapning når praksisstudier realiseres som en investering og en mulighet for tjenesteytende sektor, snarere enn en kostnad og plikt. Tidligere ble sykepleiere utdannet til stabile funksjoner og kunnskapsgrunnlag. Dette er radikalt endret på 20 år, og kunnskapen om pasientsikkerhet og risiko ved helsehjelp skjerper kravet til kompetanse på utøvernivå. Med forskrift om felles rammeplan er kunnskap i kvalitetsforbedrende arbeid lagt inn i alle helsefagutdanninger. For at det skal være konsistens mellom læringsstoffet i teoretiske og praktiske studier bør studentene involveres aktivt i det kontinuerlige kvalitetsforbedrende arbeidet i klinikk og kommuner. Det krever at førstelinjeledelsen kan kombinere tjenesteleveranse og utdanning, og trekke studenter inn som prosjektmedarbeidere i avgrensede eller mer langsiktige, trinnvise endringer. Samarbeidsprosjekter er blant de konkrete mekanismene for å stimulere læring og øke enhetenes kapasitet for kvalitetsforbedring.

UH-institusjonenes krav til effektive, personellintensive praksisstudier skaper et press på samarbeidspartnere i tjenestene. Det er høye forventninger til praksisveiledere i feltet, men det er fortsatt uklare mekanismer for å fordele et økonomisk ansvar mellom partene. UH-institusjonene har få insentiver for å øke sin kostnadsandel når helsetjenestene formelt sett har utdanningsoppgaver inkludert i sine rammebevilgninger.

LDH ønsker å opprettholde en høy grad av tilstedeværelse i praksisfeltet, og erkjenner at dette krever direkte og indirekte tidsressurser (reise, venting, koordinering av møter) av betydelig omfang. Derfor er ulike former for digitale støttetjenester under vurdering eller under utvikling for å øke andelen studentrettet tid og redusere indirekte kostnader. Nært samarbeid om praksisveiledning, kombinert med utdanningsprogram som erfares relevante for tjenestene, kan blant annet understøtte kommunehelsetjenestens kapasitet for utvikling som attraktiv arbeidsgiver og premissleverandør.

3. Samarbeid om studentenes læring

Samarbeid om strukturer og organisering av emner i studiene skjer i hovedsak gjennom formelle kanaler, for eksempel utdanningsutvalg, samarbeidsorgan og ulike råd. Et eksempel på aktiv bruk av formelle kanaler er sykehus som inviterer til innspill på utdanningsstrategier og senere på handlingsplaner på institusjonsnivå, slik Oslo universitetssykehus gjennomfører og oppnår dialog og forankring.

Ved samarbeid om innhold i studieprogram er partsrepresentasjon i referansegrupper og høringsrunder med berørte parter blant innarbeidete mekanismer. En utvidelse av dette samarbeidet skjer gjennom oppfølging av Praksisrapportens (UHR, 2016) intensjon om konkretisering av læringsutbytter ned på det enkelte praksissted. Dette oppnås lettest der det er en hyppighet og kontinuitet i kontakten mellom praksissted og praksislærer, enten gjennom kombinasjonsstillinger av ulik art eller ved utadrettet, oppsøkende virksomhet fra høyskolen.

Med hensyn til hva studentene skal lære vender vi tilbake til spørsmål 1, hovedutfordringene, og til overgangene i helsetjenesten – mellom enheter, mellom institusjoner, og mellom nivå. Dette er gapene hvor risiko øker og hvor pasienter erfarer mangel på kontinuitet der forsinket rehabilitering, fare for komplikasjoner, og tapte muligheter for å øke mestring av langvarig helsesvikt oppstår. Studentene trenger å få innsikt i problemstillingene, men de trenger også å vaksineres mot å akseptere dagens iboende strukturelle svakheter i en kostbar, teknologi- og personell-intensiv tjeneste. Dette er en fruktbar samarbeidsarena som krever åpenhet for utenfra-blikket, respekt for det stedlige arbeidet og de som har sin hverdag der, og veilederkompetanse til å ta imot studenters utsagn og spørsmål med kompetent veiledning som fremmer kritisk tenkning. Dette knippet av virkemidler er helt sentralt for å oppnå en innovativ tilnærming der ulike kompetanser møtes. Utdanningssektor og tjenestene har ulike spisskompetanser, deler en studentressurs med friske øyne, og kan videreutvikle evnen til å lytte til pasienter og pårørende. Nettverk med kreativ tillit, forutsigbare ledere, og vilje til å investere kan stimulere nyskaping. LDH mener, på bakgrunn av høgskolens resultater og posisjon, at innovasjon i offentlig sektor fremmes av et institusjonelt mangfold i UH-sektoren, der den spesialiserte og mobiliserbare høgskolen inngår i mangfoldet.

Relevant undervisning og oppdaterte undervisere

Rekruttering av undervisere med oppdatert erfaring fra helsetjenestene skjer ved LDH gjennom to hovedstrategier:

- Den første strategien er å utnytte LDHs akkrediteringsnivå som høyskole, der utdanning kan gis større prioritet på totale tidsressurser, og der flere høgskolelektorer med profesjonserfaring og mastergrad kan tilsettes enn ved et universitet.
- Den andre hovedstrategien er bruken av kombinasjonsstillinger med arbeidsforhold både i helsetjenesten og ved LDH.

I tillegg til den systematiske rekrutteringer foregår noe også usystematisk gjennom kombinasjonen av LDHs spesialiserte fokus, høgskolens omdømme, og faglige nettverk.

Tettere samspill mellom sektorene for å øke innovasjonstakten

LDH vil bidra til å løfte dagens lave ambisjonsnivå når det gjelder innovasjon og tjenesteforbedring som et biprodukt av praksisstudier. Endringsprosesser og digitaliseringsarbeidet vil bli forsinket om dagens studenter utdannes til å repetere gårsdagens løsninger og idealer om faglig lederskap. Vi trenger talenter, og talentene trenger å lære å ta mulighetsrommene.

LDH lykkes med to innsatsområder for å drive fram nye løsninger gjennom tettere samspill:

UH-sektoren realiserer brukermedvirkning når arbeidsgivere slipper til, både i dialogen om organisering og innhold i utdanningsprogrammene. Dette rokker ikke ved utdanningsinstitusjonens pedagogiske ansvar og integritet, men tar på alvor at praksisveiledere og deres ledere representerer en del av utdanningenes fagmiljø. Vårt pionérarbeid innen allmennsykepleie, nyfødtsykepleie, og deltidsutdanning for sykepleiere i spesialisering har integrert brukerstemmen fra LDHs næringspartnere: helsetjenestene.

Studenter bør slippe det å passivt observere og repetere systemsvakheter som truer samhandling, kontinuitet, pasientsikkerhet og opplevd kvalitet. Å følge pasientforløp passivt, uten påvirkningsmulighet eller utfordrende studiespørsmål, er ikke tilstrekkelig offensivt til å forbedre helsetjenestens overganger og innebygde svakheter. Brede generalistutdanninger, slik som sykepleie, er designet for å kunne virke på tvers. Da må også læringsmetodene dyrke generalistperspektivet som spisskompetanse, og stimulere studentmedvirkning til kvalitetsforbedring der behovet for nye løsninger er størst. For LDH er det viktig å utdanne sykepleiere som er trenet til å se muligheter og forbedre praksis der sårbare individer møter systemets innebygde svakheter. Kompetanse med relevans for spesifikke pasient- og brukergrupper kombineres med generell kompetanse for å fremme kontinuitet og samhandling.

4. Myndighetsnivå

LDH vil fremheve tre forhold der vi mener det vil være både kort- og langsiktige forbedringer å hente:

1. I styringslinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet er det rom for å skrive fram en sterkere vektning av helsefagenes praksisstudier gjennom oppdragsdokumentene til regionale helseforetak. Det inntraff en retningsjustering 2019 med tekst om helsefagenes innhold og praksisstudier i oppdragsdokumentenes avsnitt om *Personell, utdanning og kompetanse*, og dette oppfattes som en viktig markering av retning. Gjennom styringslinjene er det en økt mulighet til å følge opp rammebevilgninger til virksomhetsområdet utdanning enn det som i dag skjer i budsjett- og rapporteringsprosessene.
2. Det eksisterer samarbeidsorgan på regionalt nivå mellom helseforetak og utdanningsinstitusjoner. Praksisplasser, spesielt i sykehus, er knapphetsgoder. Det er risiko for underutnytting av kapasiteten for praksisplasser ved mangelfullt samspill mellom utdanningssektor og helsetjenestene. For å utnytte kapasiteten optimalt og få styrt ressursene på best mulig måte, er det nødvendig med en regional koordinering for å opprettholde et langsiktig og bredt fokus på kompetanseutvikling. Denne koordineringen bør være *fler-regional* og ikke begrenset til den enkelte helseregion av flere grunner:
 - a. Det er faglig-pedagogiske grunner til å stimulere en viss interregional utveksling av studenter. Med Norges langstrakte geografi, mangfold og ulike helseutfordringer, pasientforløp og løsninger er det en form for «internasjonalisering hjemme» ved å utnytte en totalkapasitet eller endog fremme systematisk studentutveksling mellom regioner. Studenter vil kunne bidra til raskere spredning av nyttige erfaringer på tvers av landet, og kan samtidig utvide sine personlige nettverk – en konkretisering av «21st century skills».

- b. Enkelte utdanningsinstitusjoner har allerede fler-regionale campusmodeller og rapporterer bare på ett, institusjonelt kandidatmåltall. Prognostisering av kapasitet og oppfølging av plassutnytting innen isolerte enkeltregioner vil ikke gi et adekvat tallgrunnlag.
3. Et nytt tiltak vil være å gjennomføre en sterkere lovfesting av kommunenes plikt til å medvirke til utdanning av helsepersonell, fra et «bidra til» og til et «sørge for» ansvar. Dette kan bedre til å bedre balansen mellom nivåene i helsetjenesten hva gjelder faglige ressurser, noe som igjen bør kunne utløse sterkere rekrutteringskraft i primærhelsetjenesten. Fra UH-sektoren er dette åpenbart en kompleks sak som vi ikke vil forsøke å overforenkle. Det synes likevel å være store fordeler å oppnå ved å øke den faglige tiltrekningskraften i kommunene, og det er de-rekrutterende dersom studenter erfarer å «være, ikke lære» i praksisstudier.

5. Eksempler

Sykepleiere i spesialutdanning, «SISu» – et samarbeid mellom sykehus og utdanningsinstitusjon.

Etterspørselen etter intensivsykepleiere forventes å øke basert på økende antall pasienter, lav utdanningstakt, stor turn-over og alderspensjonering av spesialsykepleiere. Tidligere ble det benyttet trainee-stillinger med opplæringsprogram, før sykepleierne begynte på 1,5 -2 års heltids videreutdanning eller masterstudier. Sykehuset brukte store ressurser og måtte vente lenger på spesialsykepleiere med den ønskede kompetansen. I et samarbeid mellom landets største intensivseksjon ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Lovisenberg diakonale høgskole var prosjektets mål å utvikle, utprøve og evaluere et helhetlig program for sykepleiere i spesialutdanning: «SISu».

Programmet endret tenkningen om utdanningsløp og karriereutvikling for deltakerne.

Endringen ga seg utslag i å gå fra det tidligere utdanningsløpet:

Traineeperiode, fulgt av heltidsutdanning, deretter intern etterutdanning for kvalifisering til selvstendig pasientansvar

til et mer tidseffektivt, *akselerert fulltids utdanningsløp med tettere samspill* mellom partene underveis:

Nyansattperiode, 3 år kombinert utdanning+klinikk avsluttet med mastergrad, deretter selvstendig pasientansvar

SISu-studentene er ansatt som sykepleiere ved postoperativ- og intensivavdelingen i OUS, og er tatt opp som deltidsstudent etter gjeldende opptakskrav til LDHs masterprogram i avansert klinisk sykepleie, spesialisering i intensivsykepleie.

Det har vært etablert følgeforskning fra starten og de første resultatene legges fram høsten 2019. Sommeren 2019 er det andre studentopptaket gjennomført til utdanningsløpet, og ordningen breddes ut ved flere avdelinger. Eksempelet illustrerer organisering av kompetanseutvikling som skaper en kultur for kunnskapsdeling i et lærende fellesskap.

Aktiv ledelse av kombinasjonsstillinger

Kombinerte stillinger blir etablert som et virkemiddel for å lukke gapet mellom utdanningssektor og helsetjeneste. Ansatte med erfaring fra slike stillinger beskriver et behov for samspill med lederne hvis kombinerte stillinger skal være vellykket. Derfor er det viktig å konkretisere innholdet i lederstøtte og faglig lederskap der kombinerte stillinger tas i bruk som et utviklingstiltak.

Vi har fra 2015 gjort erfaringer med en modell der to arbeidsgivere, en fra UH-sektor og en fra helseforetak, samarbeider om individuelle karriereløp for ansatte i kombinasjonsstilling ut fra felles strategiske mål, vilje til å tilrettelegge arbeidsforholdet i fellesskap, og tillit til at synergien er langt sterkere enn en konkurranse om den ansattes tidsressurs¹. Det nye er å ha felles dialog om arbeidsgiverrollen overfor enkeltindivider. Det inntreffer et vendepunkt når de berørte partene anerkjenner både organisasjonenes mål og den ansattes langsiktige vekstbehov. Ved dette vendepunktet dreier oppmerksomheten bort fra en polarisering mellom utdanning og praksis i faget, og den ansatte i kombinasjonsstilling utfordres til å rette søkelyset mot felles interesser og felles oppgaver som en del av sin personlige karriereutvikling. Å lykkes med oppdrag fra to organisasjoner innfrir lederforventningene og blir meritterende innen både klinikk og akademia. Ved å redefinere kombinerte ansettelser som både karrierefremmende og resultatskapende, foregår et aktivt lederskap med utvikling av organisasjonenes evne til å realisere gode og relevante utdanningsløp. Respekt og likeverd mellom partene er blant forutsetningen for å lykkes. Respekten må vises ved konstruktiv omtale og regelmessig kontakt, omforente prinsipper for personalledelse og lønnsmessig kompensasjon. I tillegg må konkrete resultater av samarbeidet bli anerkjent og løftet fram.

Det er i 2019 syv kombinasjonsstillinger mellom de to partene som utviklet modellen, Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høgskole. Av de syv stillingene er to phd-kvalifisert, to avslutter doktorgradsarbeidet i høst, og tre er spesialsykepleier med mastergrad. Modellen tas i bruk der LDH samarbeider med andre arbeidsgivere og tilpasset lokale forhold.

Fra tverrprofesjonell til tverrsektoriell læring – praksisveiledning.

Dette eksemplet er omtalt under spørsmål 6.

6. Supplerende spørsmål om kvalitet og relevans i obligatorisk praksis for helse- og sosialfag- og lærerutdanning

Tilgjengelige, trygge og gode praksisplasser er avgjørende for å sikre at studentene får relevant og tilstrekkelig trening i en rekke faglige oppgaver og prosedyrer. Det er også en forutsetning for å lære å ivareta pasienter og deres pårørende i krevende og vanskelige livssituasjoner. Tilbakemeldinger fra sykepleiestuderende er entydige: gode praksisplasser er av stor betydning for om studentene velger å komme tilbake etter endt utdanning. Men studentene erfarer også at praksisstudier er i for stor grad personavhengig av praksisveileder, og læringsutbyttet er sårbart for avstand mellom de deltakende partene i forberedelse, gjennomføring og evaluering av praksisstudier.

Kvalitetsforbedrende tiltak er blant annet diskutert i Praksisrapporten (UHR, 2016) og kan omfatte:

- Systematisk tilbakemelding til partene i praksisstudier om læringsutbytte og tilfredshet. Slike evalueringer får størst verdi når de gjennomgås i dialoger om kvalitet. Praksisrapportens forslag til kvalitetskriterier kan være en ramme for strukturert og periodisk gjennomgang, hjemlet i samarbeidsavtaler mellom partene.
- Profesjonalisering og merittering av praksisveiledning for å redusere utilsiktet variasjon mellom veiledere, blant annet ved standardisering av kvalifiseringsnivå for praksisveiledere.
- Forutsigbarhet i ressurstilgang: Det må bli mulig å spore finansiering og rapportering på innsatsfaktorer og resultat for å kunne redusere variasjon og øke effektivitet. Her er det i dag

¹ [Kombinerte stillinger](#) krever aktiv ledelse

krevende å følge finansiering og rapportering innen helsefag i tre ulike linjer: spesialist-, kommunehelsetjeneste, og høyskole/universitet.

LDH erfarer at kompetansetilbud for praksisveiledere er etterspurt og gir merverdi når tre forhold er lagt til rette:

1. Organisering av tilbudet og progresjon gjennom flere moduler er tilpasset helsetjenestens mulighet til å frigjøre tid for et stort nok volum av deltakere
2. Tilbudet er meritterende med studiepoeng
3. Både undervisnings/forskningsansatte og ansatte i helsetjenesten kan møtes som studenter på samme arena, og lære om, av og med hverandre.

LDH har lagt 10 studiepoeng i praksisveiledning inn som del av sitt program for utdanningsfaglig basiskompetanse, totalt 20 studiepoeng. Dette bygger et miljø for fagdidaktikk. Med samtidig deltakelse fra tjenestene og høgskolen anvender vi tenkningen fra tverrprofesjonell samspillslæring i tverrsektoriell læring – deltakerne lærer om, av og med hverandre.

LDH har i 2018/2019 etablert to Diku-støttede prosjekt for å skape nye praksismodeller, omtalt på høgskolens nettsider^{2,3}. Begge studiene utforsker hvordan bruk av digitale tjenester for informasjonsdeling og studentoppfølging kan overskride geografisk avstand, øke læringsutbyttet, og samtidig virke tidseffektivt.

I utviklingsarbeidet ved LDH legger vi vekt på å skape konsistens i utdanningsvirksomheten, stimulere innovasjon i offentlig sektor, og å utdanne for morgendagen ved å tette to gap samtidig:

- Gap i overgangene i pasientforløp kan og må bli mindre
- Gapet mellom UH-sektor og helsetjenestene kan og må bli mindre

Dette er et enkelt budskap, og det virker transformerende når studenter og ansatte erfarer den indre sammenhengen mellom de to gapene. Vi har gitt eksempler på å skape arenaer for transformasjonen ved å lage nye utdanningsprogram, ny organisering av program (for eksempel «SISu»), eller bygge nye broer mellom UH-sektor og tjenestene (arbeidsgiverfellesskap om kombinasjonsstillinger).

Vennlig hilsen,
Lovisenberg diakonale høgskole



Lars Mathisen
Rektor LDH

² [Digital løsning](#) for å styrke praksisveiledning

³ Virtuelle [refleksjonsgrupper](#)