

# Arbeidsnotat Working Paper

2019:2

Bente Dale Malones

Har den teoretisk svake  
sykepleiestudenten mulighet  
til å øke kunnskapstilfanget  
i praksis?



Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk



MØREFORSKING  
MOLDE

Bente Dale Malones

Har den teoretisk svake sykepleiestudenten  
mulighet til å øke kunnskapstilfanget i praksis?

Vitenskapelig essay fra ph.d.-kurs:  
Strukturelle vilkår for profesjonsutdanning

Arbeidsnotat / Working Paper 2019:2

Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College  
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2019

ISSN 1894-4078

ISBN 978-82-7962-256-7 (trykt)

ISBN 978-82-7962-257-4 (elektronisk)

**Vitenskapelig essay fra Phd kurs:  
Strukturelle vilkår for profesjonsutdanning**

**HAR DEN TEORETISK SVAKE SYKEPLEIESTUDENTEN  
MULIGHET TIL Å ØKE KUNNSKAPSTILFANGET I PRAKSIS?**

Bente Dale Malones

**Innledning**

Vi lever i et samfunn som i dag er i stadig endring, og dette medfører et helsevesen som forandrer seg og spesialiseres. I følge Stortingsmelding 2004-2005, trenger samfunnet kvalifiserte og kompetente sykepleiere; ferdigutdannede studenter som er i stand til å reflektere over og kritisk vurdere sin kunnskap og praksis (Kunnskapsdepartementet, 2005). I følge Rammeplan for sykepleieutdanning, skal sykepleieutdanningen ha som mål å utvikle ansvarsbevisste sykepleiere som er endrings- og pasientorienterte og som viser evne og vilje til bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Kunnskapen som kreves må være så godt integrert at man på kort varsel kan handle i krevende og kritiske situasjoner. Klarer sykepleieutdanningen å møte disse kravene til kvalitet og kompetanse? Klarer vi med dagens utfordringer i helsevesenet å anvende Rammeplanen i praksis?

I dette essayet ønsker jeg å belyse den teoretisk svake sykepleiestudentens muligheter/utfordringer for å tilegne seg nødvendig kunnskap i praksis. Mange formelle og uformelle faktorer vil påvirke studentens muligheter for å øke kunnskapstilfanget. Kunnskapstilfanget reflekteres over ved hjelp av en systemteoretisk modell (Ekeland, Stefansen og Steinstø, 2011).

**Bakgrunn - Den teoretisk svake sykepleiestudenten**

Ifølge Kvalifikasjonsrammeverket får sykepleiestudentene gjennom en treårig utdanning mulighet, og det stilles krav om at de skal utvikle både kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2011). Studentens teoretiske kunnskap testes

hovedsakelig i form av skriftlige individuelle skoleeksamener og hjemmeeksamener som både kan være individuelle og i gruppe. Denne del av kunnskapstilfanget er det sykepleieutdanningens ansvar å teste. Det kreves at studentene skal vise en helhetlig teoretisk forståelse av pasientens situasjon. I praksisstudiene som er 50 % av utdanningen, utvikler studentene ferdigheter som er tuftet på den teoretiske kunnskap de har lært, samt praksiserfaringer fra praksisveileder og andre sykepleiere.

Min bekymring er den teoretisk svake sykepleiestudenten. Med et karaktersystem som bruker bokstavkarakterene A – F, der F er stryk, vil en få eksamensresultat hos sykepleiestudentene, med karakterer fra hele skalaen. Med den teoretisk svake sykepleiestudenten menes her studenten som på alle skriftlige eksamener får en E eller D. De aller fleste får bedre resultat, men noen av de svake møter vi i alle kull. I følge Lov om universiteter og høyskoler, §3-9 (2005) sier karaktersystemet at E, er tilstrekkelig kunnskap. Loven sier videre at karakteren E tilfredsstillende minimumskravene, men heller ikke mer.

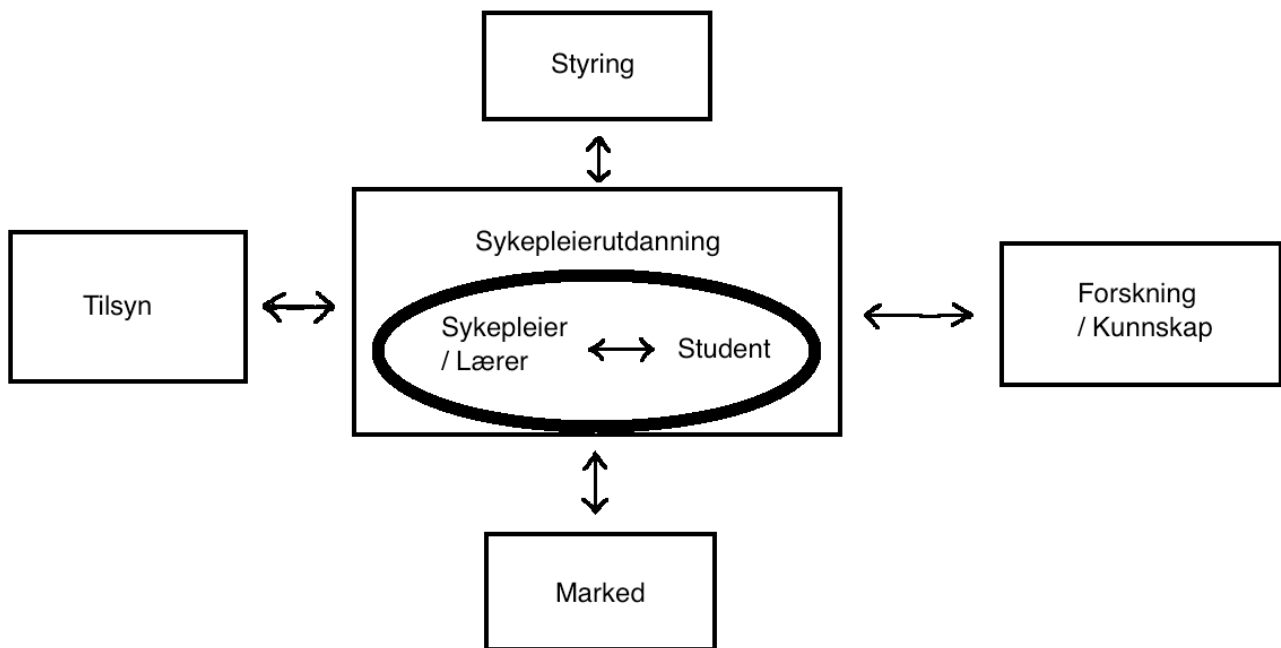
*«Kandidaten viser begrenset analytisk evne og forståelse. Kandidaten har noe oversikt over viktige kunnskapselement i eksamensemnets faglige innhold, men kandidatens kunnskap er ufullstendig og preget av begrenset innsikt i sammenhengene i emnet. Kandidaten behersker i begrenset grad bruken av disse kunnskapselementene»* (Lov om universiteter og høyskoler §3-9, 2005).

I praksis betyr dette at sykepleiestudenten som får karakteren E, vil komme ut i praksisstudier. Tre spørsmål er da sentrale å stille. 1) Er karakteren E et godt nok kunnskapsgrunnlag til å kunne fungere i praksis hvor kunnskap, i siste del av studiet, skal være så integrert at studenten på kort varsel skal kunne handle i krevende og kritiske situasjoner? 2) Blir studentens kunnskapsgrunnlag godt nok etterspurt i de praksisperioder studenten har, og 3) er «tilstrekkelig» kunnskap i form av en E, god nok til å utføre forsvarlig praksis?

### **Veien sykepleiestudenten må gå for å bli sykepleier**

Med utgangspunkt i Ekeland et al. (2011) sin systemteoretiske modell, vil jeg belyse den teoretisk svake studentens muligheter/utfordringer for kunnskapstilegning i praksis. Hvis vi tenker at sykepleieutdanningen er et system knyttet til delsystemene **styring, tilsyn,**

**forskning/kunnskap og marked**, som på ulike funksjonsområder henger sammen, vil vi få en modell som ser ut som figur. 1. De ulike delsystemene er ulike deler av sykepleieutdanningen som står i et gjensidig og nødvendig samspill. Betingelsene ligger i delsystemets relasjoner. (Har fått tillatelse av Ekeland til å tilpasse modellen etter valgt tema).



Figur 1: Viser Ekeland et al. (2011) sin modell tenkt inn i systemet sykepleieutdanning.

**Delsystemet styring** består av de organer som til enhver tid er med på å styre teori og praksis for sykepleieutdanningen. Det er Rammeplanen for sykepleieutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008), Kvalifikasjonsrammeverket (Kunnskapsdepartementet, 2011) og de lokale studieplanene ved hvert enkelt studiested. Kvalifikasjonsrammeverket beskriver læringsutbyttet for de ulike nivåene i høyere utdanning. Beskrivelsene av læringsutbytte er utbyttet alle kandidater skal ha for å få minimum karakteren E.

Rammeplan for sykepleieutdanning gir rammer for fordeling av teori og praksis i sykepleieutdanningen. Den gir rammer for type praksis, minimumslengde for praksis og

benytter begrepene handlingskompetanse og handlingsberedskap, for å beskrive arbeidsgivers forventning til den nyutdannedes funksjonsdyktighet (Kunnskapsdepartementet, 2008).

I følge Rammeplan for sykepleieutdanning er handlingskompetanse knyttet til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at yrkesutøveren skal kunne fungere selvstendig, ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Handlingsberedskap knyttes til områder der utdanningen bidrar til at nyutdannede sykepleiere har kunnskaper om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring til å kunne handle selvstendig (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Kompetansen etter endt utdanning består ifølge Rammeplan for sykepleieutdanning både av handlingskompetanse og av handlingsberedskap, og er avgjørende for studentenes forutsetninger for å møte befolkningens behov for sykepleie. Målgruppen for sykepleie, er friske og marginaliserte grupper i befolkningen, mennesker som berøres av sykdom og skade, eller mennesker som er i siste fase av livet. Studentene utdannes også til å møte pårørendes behov for støtte, undervisning og veiledning (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Studiehåndboken ved det enkelte studiested er utarbeidet med læringsaktiviteter og læringsutbytter for alle deler av teori og praksis med utgangspunkt i Rammeplan for sykepleieutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) og Kvalifikasjonsrammeverket (Kunnskapsdepartementet, 2011).

I rammene som er gitt for å utdanne sykepleiere har en de siste fem årene endret fokus fra målorientert styring, til styring gjennom oppnådd læringsutbytte. Et sentralt spørsmål i denne forbindelse er om utdanningsinstitusjonen har et tydelig nok redskap for å måle kunnskap til de teoretisk svake studentene? Er språket i læringsutbyttene for akademisk? Blir de for utydelige både for studenter og praksisveiledere som krav og måleredskap?

Faglig forsvarlig sykepleie krever kunnskap om hvordan sykdom innvirker på mennesket og sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Evne til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing (Kunnskapsdepartementet, 2008). Er utdanningens styringsinstrumenter god nok til å fange opp og ”sile ut” den teoretisk svake sykepleiestudenten?

**Delsystemet tilsyn** består av mange parter på ulike nivå. NOKUT fører tilsyn med utdanningsinstitusjonene og fører kontroll med kvaliteten i den enkelte utdanning. Det organet som til slutt godkjenner yrkesutøvelsen til sykepleiestudenten, er Helsetilsynet. Sykepleiestudenten får da sin autorisasjon til å jobbe under profesjonstittelen sykepleier.

Under utdanningen skjer det både en løpende og en særskilt skikkethetsvurdering av sykepleiestudenten, i tillegg til praksisvurdering av hver praksisperiode. Siden 50 % av utdannelsen er praksis er det praksisveileder og praksislærer, som foretar denne vurderingen i praksis. Hovedtyngden av vurderingen faller allikevel på praksisveilederne som har hovedansvaret for studenten.

Praksisveilederne skal sette seg inn i utdanningens læringsutbytte for gitt praksis, og hjelpe studenten til å finne relevante læresituasjoner. De skal være rollemodeller og vurdere studentens kunnskap og ferdigheter på en kritisk og reflektert måte ( Hiim og Hippe, 2006). Praksisveilederne står i et etisk krevende spenningsfelt mellom pasientomsorg, krav til effektivitet og veiledning av studenter.

Det er gjennomsnittlig liggetid på 3 døgn for pasienten på sykehus. Med de konsekvenser det får for hjemmesykepleien og sykehjem, kan en stille seg kritisk til om sykepleierne har tid nok til å kritisk vurdere om den teoretisk svake sykepleiestudentens faglige kunnskap er tilstrekkelig. Erfarne sykepleiere klarer dette, selv om også de problematiserer det. En erfarer at stadig flere helt nyutdannede sykepleiere blir praksisveiledere og må foreta faglig vurdering av sykepleiestudenter. En kan helt klart stille spørsmål om det er tilfredsstillende. Dette spørsmålet gjelder for både den teoretisk svake sykepleiestudenten og sykepleier. Slik jeg opplever det, klarer noen få nyutdannede sykepleiere dette godt, men de fleste i stor grad har nok med seg selv som nyutdannet sykepleier for å utøve god sykepleie og gi behandling til pasientene. Det å veilede studenter hører med til det arbeid en som sykepleier skal gjøre, men for mange oppleves det som en tilleggsoppgave som det sjelden blir satt av tid til. Det er ikke et godt utgangspunkt dersom den teoretisk svake sykepleiestudenten trenger ekstra oppfølging.

Høgskolens undervisningspersonell skal i utdanningen være tilstede både i teori og praksis og tilrettelegge for gode læresituasjoner ifølge Rammeplan for sykepleieutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008). Før var lærerne mer ute i praksisfeltet gjennom veiledningsdager og ved gjennomføring av praktisk eksamen. Var dette medvirkende til at studentene fikk et større læringsutbytte? Jeg tror det. Om dette skal gjeninnføres, vil det nok

skape store utfordringer. Å være oppdatert i forhold til klinisk kunnskap, når det er lenge siden en har vært i praksis, kan være vanskelig. Jeg har selv vært borte fra praksis i seks år, og ser allerede et gap. Er vi som lærere plassert for langt fra praksis og er konsekvensen at vi ikke hjelper/samarbeider godt nok med praksisveilederen om vurderingen av studenten. Blir tilsynet ikke tilfredsstillende?

Pr. i dag får ikke praksisveileder vite karakterene til studentene de skal veilede og kvalitetsvurdere i praksis, om ikke studenten sier det selv. Hvor stor betydning dette har er jeg usikker på. Jeg spør alltid mine studenter ved første samtale (forventingssamtalen) i praksis, hvor de står i forhold til teorikunnskap. Dette for at praksisveileder, student og jeg som lærer, skal ha en felles forståelse for veiledningsbehovet. Hvis en ikke har en felles forståelse, vil trolig den teoretisk svake studenten ikke få mulighet til god nok faglig utvikling i praksis som utgjør 50% av utdanningen. Et poeng her er at dette ikke skal være et personansvar men et systemansvar. Praksisveileder, student og lærer har tre faglige vurderingsmøtepunkt pr. praksisperiode hvor de skal «fange opp» studentens utfordringer i praksis. Som redskap til dette benyttes det underveis progresjonsstiger. Progresjonsstigen er utdanningens redskap som beskriver krav til studentens læringsaktiviteter og læringsutbytter i praksis. Er de tre obligatoriske vurderingssamtalene og progresjonsstigen tydelig nok til å fange opp den teoretisk svake sykepleiestudentens ståsted?

**Delsystemet marked** er i utgangspunktet alle arbeidsmarkeder hvor en sykepleier kan jobbe. Jeg velger i dette essayet å ha fokus på arbeidsplasser innenfor helsevesen hvor sykepleieren tradisjonelt får arbeid etter at de er ferdige med grunnutdanningen, som sykehus, hjemmesykepleien og sykehjem.

New Public Management (NPM) som styringsideologi, har blitt tydelig i norsk helsevesen etter omlegging til foretak etter sykehusreformen i 2002. Et sentralt poeng i NPM er økonomisk effektivisering gjennom resultatstyring og resultatfinansiering koblet mot markedsmekanismer, eller implementering av bedriftsmodeller. Både effektiviseringen og resultatstyring øker presset på profesjonsaktøren som her er sykepleiere. Behovet for å dokumentere resultat er nødvendig for at markedet skal fungere, og resultatene må også kunne relateres til behandlingseffektive og kostnadseffektive metoder (Ekeland et al., 2011, Lian, 2003).



Denne styringsformen resulterer blant annet i kort liggetid på sykehus og dermed flere pleie- og behandlingsskrevende pasienter i hjemmesykepleien og på sykehjem. Det er i denne resultatstyrte og behandlingseffektive hverdag at den teoretisk svake sykepleiestudenten skal kunne fungere og lære. Det er i denne hverdagen praksisveileder skal ha tid til veiledning og vurdering. Dette lykkes ikke alltid den teoretisk svake sykepleierstudenten og praksisveileder med. Resultatet blir at studenten klarer seg i praksis uten at den teoretisk svake kunnskapen fanges opp, og studenten går videre i studiet eller blir ferdig utdannet sykepleier.

Det er et stort behov for den kompetanse en sykepleier har. Dette har ført til at Utdanningsdepartementet har økt antall studieplasser ved alle utdanningsinstitusjoner som har sykepleieutdanning.

Det er en betydelig bekymring knyttet til om det er nok ressurser til å ta imot og veilede studentene, på grunn av økonomi, både statlig og kommunalt. Færre sykepleiere tar seg av stadig flere pasienter. Hvor skal tiden til å veilede studenter tas fra? Det betyr at stadig flere studenter må dele på få/knappe ressurser og læresituasjoner i praksis. Dette har en sett og det er på ingen måte optimalt, og står i sterk kontrast til markedet/helsevesenet, som har forventninger til at den nyutdannede sykepleieren har gode grunnkunnskaper og kan tre rett inn i rollen som sykepleier. Er det plass til å veilede den teoretisk svake sykepleiestudentens i et helsevesen som er styrt av effektivisering og resultatstyring?

**Delsystemet forskning/kunnskap** vil i dette essayet være fokusert på det teoretisk/vitenskapelig kunnskapsgrunnlaget sykepleieutdanningen bygger på, men med hovedfokus på tilegning av kunnskap i praksis.

Studenten skal i løpet av korte perioder ha innlæring av store mengder teoretisk/ vitenskapelig faktakunnskap. Dette blir gitt ved forelesninger, refleksjoner og gruppearbeid. Mange pedagogiske metoder blir altså brukt i dette arbeidet. Denne teoretiske kunnskapen testes på ulike måter og Kvalifikasjonsrammeverket krever at noe kunnskap skal testes ved skoleeksamen (Kunnskapsdepartementet, 2011). Det er ved alle disse kunnskapstestene den teoretisk svake studenten får karakteren E eller D.

Studentene blir også (under utdannelsen) presentert for konseptet Evidensbasert praksis (EBP). Ifølge Konnerup (2009), var tanken bak Evidensbasert praksis at profesjonene kritisk skulle diskutere praksis. Motivasjonen var å forbedre den profesjonelles handlings- og

beslutningsgrunnlag gjennom å styrke deres kunnskap. EBP kunne være en slags «verktøykasse» av kunnskap hvor man hadde lært av både suksess og feil. Således skulle standardisering være et redskap for å holde orden på det vi vet i forhold til EBP.

Siden kvalitetssikringsbølgen slo inn på 1990-tallet, har sykepleierne blitt utfordret, og blitt kanalisert inn i konseptet evidensbasert praksis (Ekeland et al.,2011).

Denne kunnskapshåndteringen er blitt et fagområde, og fagutviklingssykepleieren i praksis har de siste par årene fått en tydelig posisjon i sykepleiefaget ut fra et slikt kunnskapstilfang. Disse sykepleierne jobber blant annet med standardiserte pasientforløp, hvor prinsippet er at behandlingen skal være lik, men individuell. Behandlingen skal legges opp i samråd med pasienten- ut fra standardprosedyrer.

Hvordan vil standardiserte prosedyrer virke på kunnskapstilfanget til den teoretisk svake studenten? Kan vi si at det å følge standardiserte opplegg er positivt og forutsigbart for sykepleierstudenten? Det finnes ifølge Grimen (2009) flere mulige hypoteser når yrkesutøvere følger bestemte prosedyrer for kunnskapshåndtering og kunnskapsøkning på individnivå. Han bruker begrepet utøvereffekten, som kan illustreres ved tre senarier.

1) Når både de teoretisk sterke og de svake sykepleiestudentene bruker prosedyrer med bakgrunn i EBP, kan utøvereffekten bli slik at de teoretisk sterke studentene blir bedre ved at de nyttiggjør seg prosedyrene fornuftig, de har god bakgrunns kompetanse og kan utøve skjønn. Den teoretisk svake studenten derimot, som har svak bakgrunns kompetanse, blir enda svakere. Dette fordi denne sykepleiestudenten blir avhengig av prosedyrene, og kan i liten grad utøve skjønn.

2) Et annet senario kan være at alle som bruker prosedyrene blir bedre ved at de får den kunnskap som er best dokumentert på dette området. Den teoretisk svake sykepleiestudenten blir påvirket av de faglig sterke og prøver å øke sitt kunnskapstilfang.

3) Det tredje scenariet som er lite ønskelig, men som også kan skje, er at de teoretisk sterke sykepleiestudentene blir passive brukere av prosedyrer og ikke reflekterer kritisk ved bruken av dem. Grimen (2009) kaller dette «bunn og topp blir fjernet», og vi kan slik si at resultatet for pasienten blir dårligere samlet sett. Prosedyrer kan ifølge Grimen (2009) ha noe for seg om metodeeffekten i praksis er stor og utøvereffekten ikke har noe å si for resultatet.

En viktig spørsmål blir altså her om standardisering vil underkjenne skjønnet eller om det vil informere og komplettere skjønnet til den teoretisk svake studenten? Grimen og Molander

(2008) viser til Dworkins metaforiske bilde av det faglige skjønnet som en smultring. Den strukturelle siden (alle delsystem) er ringen rundt hullet og utgjør de restriksjoner og standarder som er fastsatt av myndighetene. Det åpne rommet i smultringen utgjør det frie rommet den profesjonelle har til å vurdere situasjonen og ta beslutninger basert på skjønn (Grimen og Molander, 2008).

Faglig forsvarlig praksis betinger kunnskap for å utvise skjønn. Jeg tror at de teoretisk sterke sykepleiestudentene greier å utvise det skjønn som trengs, fordi de har andre/flere kompenserende teorier og kunnskapssyn med seg inn i en handling.

Hvordan er det med den teoretisk svake studenten som får karakteren E og D på alle sine kunnskapstester og skal ut i praksis? Har denne studenten nok kunnskap til å kunne fungere i praksis hvor kunnskap og skjønn skal være så integrert at studenten på kort varsel skal kunne handle i krevende og kritiske situasjoner? Bli denne kunnskap *tilstrekkelig* til å kunne kalle det en forsvarlig praksis, hvor det faglige skjønn alltid vil være en viktig del av en profesjons yrkesutøvelse. Hullet i smultringen kan for den teoretisk svake studenten bli veldig lite, og praksis vil i stor grad fungere som en gjentakelse av rutiner og faste gjøremål.

### **Oppsummerende refleksjon**

Sykepleieren er en tjenesteyter, som tar seg av bestemte oppgaver for pasienten (Grimen og Terum, 2009). Gjennom vår autorisasjon påberoper vi oss å ha kontroll og kvalitet på disse tjenestene. Sykepleieren fordeler viktige goder og avgjør hvem som skal få hva, når og hvordan, og forvalter gjennom sine beslutninger store deler av offentlige budsjett (Eriksen, 2001). Dette gjør at sykepleieren er avhengig av tillit fra både pasienter og politiske myndigheter. Mister yrket tilliten til folket det skal tjene, rakner en del grunnleggende oppfatninger av hvordan et velferdssamfunn fungerer (Nortvedt og Grimen, 2004). Fire trekk som synes å være viktige tillitsskapende faktorer er: helsearbeiderens evne til kommunikasjon, kompetanse, villighet til å følge opp pasienten og pasientenes mulighet til å kunne velge bort helsearbeidere som de mistror (Nortvedt og Grimen, 2004).

Henter vi frem kompetanse, eller manglende kompetanse som dette essayet handler om, ligger mulighetsbetingelsene for at den teoretisk svake studenten skal kunne øke sitt kunnskapstilfang i praksis og dermed få en høyere kompetanse, i delsystemets relasjoner (Ekeland et al., 2011). Her har både sykepleieutdanningen og praksisfeltet mange oppgaver

og utfordringer som kan være av felles interesse å ta fatt i. I følge Luhmann (2000) er kommunikasjon det som først og fremst etablerer de grenser som konstituerer systemet og dets deler. Kommunikasjon blir vesentlig for overlevelse av delsystemene i systemet.

Skal alle delsystemene fungere sammen er det nødvendig at en snakker det samme språk. Sykepleieutdanningen representerer her det akademiske språket, mens praksisfeltet står for det erfaringsbaserte og praktiske kunnskapsspråket. Dette er to delsystemer som har sitt hovedfokus på to ulike kunnskapstradisjoner. For å kunne møte den teoretisk svake sykepleiestudenten, er det derfor nødvendig at praksis og academia snakker et språk som forstås av alle samarbeidspartnere. Slik det er i dag er sannsynlighet stor for at den teoretisk svake sykepleiestudenten ikke fanges opp i praksis og dermed ikke får økt sitt kunnskapstilfang. For at dette ikke skal skje, må det bli en overordnet politisk forståelse for hvor viktige det er at sykepleierne får tid til å veilede sykepleiestudenter godt. Det må settes av både tid, ressurser og muligheter for å øke veiledningskompetansen.

Et tenk scenario kan være at den svake teoretiske sykepleierstudenten går ut i praksis og får seg jobb som sykepleier. Etter kort tid i praksis, blir denne sykepleieren igjen veileder for nye studenter. Er vi på vei inn i en vond spiral? Pasienten er en sårbar part, som i stor grad er avhengig av helsevesenet. Vi vet at pasienten i dag i stor grad kan finne mye informasjon på nettet om sin tilstand. Skal pasienten også måtte kvalitetssikre det den nyutdannede studenten har av kunnskap?

Slik jeg ser det, er det om for mange teoretisk svake studenter i denne «grå sona». Jeg kan tenke meg et prosjekt hvor man prøver ut å ta bort karakteren E ved profesjonsstudier. Om det er gjennomførbart vet jeg ikke, men det hadde vært bra for sykepleieutdanningen å slippe å sende den teoretisk svake studenten ut i praksis, med de utfordringene dagens rammebetingelser gir de ulike delsystemene.

## Litteraturliste

Ekeland, T.-J., Stefansen, J., & Steinstø, N.-O. (2011). *Klinisk autonomi i evidensens tid: Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis*, Tidsskrift for velferdsforskning, vol. 14, No. 1, Oslo: fagbokforlaget.

Eriksen, E.O. (2001). *Demokratiets sort hull – om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag.

Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I: A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179 -196). Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H., & Terum, L.I. (red.) (2009.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.

Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. I: Grimen, H., & Terum, L.I. (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191- 220). Oslo: Abstrakt forlag.

Hiim, H., & Hippe, E. (2006) *Praksisveiledning i lærerutdanningen. En didaktisk veiledningsstrategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Konnerup, M. (2009). Evidensbasering af de social- og velfærdspolitiske professioner. I: Grimen, H., & Terum, L.I. (Red.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 87-106). Oslo: Abstrakt forlag.

Kunnskapsdepartementet. (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*. Oslo: Departementet.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Oslo: Departementet.

Kunnskapsdepartementet. (2005). *Vilje til forskning*. (Meld. st. nr. 20, 2004–2005). Oslo: Departementet.

Lian, O. (2007). *Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Lov om universiteter og høyskoler (2005). *Eksamen og sensur*. Hentet fra:

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15/KAPITTEL\\_1-3#KAPITTEL\\_1-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15/KAPITTEL_1-3#KAPITTEL_1-3)

Luhmann, N. (2000). *Sosiale systemer. Grundrids til en almen teori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



**Høgskolen i Molde**

PO.Box 2110  
N-6402 Molde  
Norway  
Tel.: +47 71 21 40 00  
Fax: +47 71 21 41 00  
post@himolde.no  
www.himolde.no



**Møreforskning Molde AS**

Britvegen 4  
N-6410 MOLDE  
Norway  
Tel.: +47 71 21 42 90  
Fax: +47 71 21 42 99  
mfm@himolde.no  
www.mfm.no