

Beregnet til  
**KS**

Dokument type  
**Rapport**

Dato  
**20. september 2017**



# FOU-PROSJEKT 164003

Utvikling av kommunen som læringsarena for  
helse- og velferdsutdanninger



## FOU-PROSJEKT 164003

Dato **2017/09/20**  
Utført av **Rambøll Management Consulting**

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.</b>	<b>SAMMENDRAG</b>	<b>1</b>
1.1	Hovedfunn og konklusjoner	1
1.1.1	Samarbeidsavtaler og samarbeidsarenaer	1
1.1.2	Innhold i og resultater av samarbeidet	2
1.1.3	Samarbeid om praksisstudier	2
1.2	Hva kjennetegner kommuner som samarbeider godt med UH-institusjoner?	3
1.3	Hva kjennetegner UH-institusjoner som samarbeider godt med kommuner?	4
<b>2.</b>	<b>INNLEDNING</b>	<b>5</b>
2.1	Hva er kvalitet i høyere utdanning?	5
2.2	Utdanning som grunnlag for god tjenestekvalitet	5
2.2.1	Praksisstudienes rolle i profesjonsstudiene	6
2.2.2	Omfang av praksis i medisiner-, sykepleier- og sosionomutdanningene	6
2.2.2.1	Ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger	7
2.3	Kunnskapstriangelet og kommunen som læringsarena	8
2.3.1	Kvalitet i praksisstudier	8
2.4	Om dette FoU-prosjektet	8
2.5	Metodisk gjennomføring	9
2.5.1	Innledende intervjuer	9
2.5.2	KS arbeidsgivermonitor og registerdata	9
2.5.3	Casestudier	10
2.6	Metodiske begrensninger	10
2.7	Leseveiledning	11
<b>3.</b>	<b>SAMARBEIDSAVtaler OG SAMARBEIDSArenaer</b>	<b>12</b>
3.1	Omfang av samarbeidsavtaler	12
3.1.1	Flest store kommuner med samarbeidsavtaler på helseområdet	13
3.1.2	Avstand til nærmeste UH-institusjon spiller en viktig rolle	14
3.2	Nærmere om samarbeidsavtalene i casekommunene	14
3.2.1	Temaer i samarbeidsavtalene	15
3.2.2	Ulik detaljering og beskrivelse av partenes roller og ansvar	15
3.3	Resultater av samarbeidsavtalene	17
3.4	Formaliserte samarbeidsarenaer mellom kommunene og UH-institusjonene	18
<b>4.</b>	<b>INNhold I OG RESULTATER AV SAMARBEIDET</b>	<b>21</b>
4.1	Samarbeid om læringsutbyttebeskrivelser	21
4.2	Samarbeid om forskning og fagutvikling	23
4.2.1	Kommunen vil påvirke hva det forskes på, ikke drive forskning	24
4.3	Personalutveksling og hospitering som samarbeidsform	24

4.4	Hvordan bidrar samarbeidet til å sikre kommuneperspektiv i utdanningene?	25
<b>5.</b>	<b>SAMARBEID OM PRAKSISSTUDIER</b>	<b>28</b>
5.1	Praksisavtaler er vanlig, men formen varierer	28
5.2	Samarbeid om praksis	29
5.3	Kostnader knyttet til praksis	29
5.3.1	Kostnader for kommune/praksissted	30
5.3.2	Kostnader for UH-sektoren	30
5.3.3	Kostnader for studenter	31
5.4	Hva er de viktigste gevinstene ved å ha studenter i praksis?	32
5.5	Hva kjennetegner god praksis?	32
5.6	Praksis som rekrutteringskanal	34
5.7	Veilederkompetanse er viktig	34
5.8	Fagveileder ved studiestedet	35
5.9	Veiledning av medisinstudenter	35
5.9.1	Fastleger som veileder medisinstudenter taper økonomisk	35
5.9.2	Ressurskrevende administrasjon av allmennpraksisplasser	36
5.9.3	Organiseringen av fastlegeordningen et hinder for kommunal styring	36
<b>6.</b>	<b>DRIVKREFTER OG BARRIERER FOR SAMARBEIDET</b>	<b>39</b>
6.1	Strukturelle forhold	39
6.2	Juridiske forhold	40
6.3	Økonomiske forhold	41
6.4	Kultur- og kompetanseforskjeller	42
6.4.1	Gode samarbeid som et resultat av behov og engasjement	42
<b>7.</b>	<b>OPPSUMMERING: VURDERINGER OG ANBEFALINGER</b>	<b>44</b>
7.1	Hva kjennetegner kommuner/virksomheter som gjennom samarbeid med UH-sektoren sikrer kvalitet og relevans i utdanningene?	44
7.2	Hva kjennetegner UH-institusjoner som aktivt bruker praksisfeltet ved utviklingen av grunn-, etter- og videreutdanninger samt forskning?	46
7.3	Kan kvalitetsindikatorne foreslått i praksisprosjektet brukes til å beskrive ulike modeller for samarbeid, ansvars- og oppgavedeling?	46
7.4	Er det elementer i dagens lov- og avtaleverk som er til hinder for et hensiktsmessig samarbeid?	50
7.5	Hvilke kostnader er knyttet til veiledet praksis i kommunene?	51
7.6	Hvilke resultater får kommunene og UH-institusjonene av å samarbeide?	52
<b>8.</b>	<b>VEDLEGG: NÆRMERE OM SAMARBEIDSAVTALENE</b>	<b>I</b>
8.1.1	Innhold i samarbeidsavtalene- Bergen kommune	i
8.1.2	Innhold i samarbeidsavtalene- Alta kommune	ii
8.1.3	Innhold i samarbeidsavtalen- Tromsø kommune	iii
8.1.4	Innhold i samarbeidsavtalen- Orkdal kommune	iv

## OVERSIKT OVER FIGURER

Figur 3-1: Andel kommuner med samarbeidsavtale.....	13
Figur 3-2: Samarbeidsavtale på helseområdet, etter kommunestørrelse .....	13
Figur 3-3: Samarbeidsavtale på helseområdet, etter sentralitet .....	14
Figur 3-4: Resultater av samarbeidsavtalen .....	17

Tekstboks 3-1: Hovedfunn .....	12
Tekstboks 3-2: Eksempel på møtepunkter spesifisert i samarbeidsavtale .....	16
Tekstboks 3-3: Eksempel på roller og ansvarsområder spesifisert i samarbeidsavtale.....	16
Tekstboks 3-4: Universitetet i Tromsø .....	18
Tekstboks 3-5: Kunnskapskommunen .....	19
Tekstboks 3-6: Offentlige PhD-kandidater .....	19
Tekstboks 3-7: Andre formaliserte samarbeidsarenaer i Bergen .....	20
Tekstboks 3-8: Helsehuset i Tromsø.....	20
Tekstboks 4-1: Hovedfunn .....	21
Tekstboks 4-2: Alta som omsorgsforskningsskommune.....	23
Tekstboks 4-3: Høgskolen på Vestlandet .....	25
Tekstboks 4-4: Norges Arktiske universitet .....	27
Tekstboks 5-1: Hovedfunn .....	28
Tekstboks 5-2: Regionalisering av medisinerstudenter.....	29
Tekstboks 5-3: Eksempel på honorering for veiledning .....	31
Tekstboks 5-4: Eksempel på desentralisert veilederutdanning .....	35
Tekstboks 6-1: Eksempel på samarbeid .....	40

# 1. SAMMENDRAG

Rambøll Management Consulting har i perioden januar – august 2017 gjennomført FoU-prosjekt nr. 164003 «Kommunen som læringsarena» på oppdrag for KS. Prosjektets hovedproblemstilling er som følger:

*«Hvordan kan et samarbeid mellom kommunal sektor og høyskole/universitet gi økt tjenestekvalitet gjennom styrket relevans og kvalitet i helse- og velferdsutdanningene?»*

Prosjektet har hatt som mål å identifisere kjennetegn ved kommuner og universiteter/høgskoler som gjennom samarbeid sikrer kvalitet og relevans i utdanningene. Videre har vi sett på hvordan lov- og rammeverk, samt kostnader knyttet til å ha studenter i praksis, har betydning for samarbeidet og hvordan aktørene vurderer resultatene av samarbeidet. Prosjektet er avgrenset til samarbeid om medisiner-, sykepleier- og sosionomutdanninger.

Prosjektet er gjennomført ved hjelp av dokumentstudier, registerdataanalyse og kvalitative intervjuer med ansatte og studenter i fem kommuner og tilhørende universitet/høgskole.

## 1.1 Hovedfunn og konklusjoner

### 1.1.1 Samarbeidsavtaler og samarbeidsarenaer

Prosjektet viser at formalisert samarbeid er helt sentralt for at kommuner og universitets- og høgskolesektoren (UH-sektoren) skal prioritere samarbeidet. Det er en fordel at partene har utarbeidet samarbeidsavtaler og at det i tillegg er etablert formaliserte samarbeidsarenaer.

- ***Kommunestørrelse, avstand til studiested og sentralitet har stor betydning for samarbeid***

Store og sentrale kommuner har i større grad samarbeidsavtaler med UH-sektoren enn mindre kommuner og distriktskommuner. Videre viser prosjektet at avstand til UH-institusjon har stor betydning for om det er etablert et formelt samarbeid.

- ***Samarbeidsavtalene har store ulikheter, både når det gjelder tematikk og detaljeringsgrad***

Gjennomgang av samarbeidsavtaler med universiteter og/eller høgskoler i de fem kommunene viser variasjon i innhold og omfang av samarbeid. Noen er generelle og omfatter flere temaer, mens andre kun omhandler praksis. De fleste overordnede samarbeidsavtalene omhandler (student)praksis og forskning og utvikling, men det er store forskjeller når det gjelder hvor detaljert samarbeidet er beskrevet, herunder beskrivelse av målsettinger og møtестruktur.

- ***Forskning og fagutvikling oftere en del av samarbeidsavtalene***

Funn fra intervjuer i de fem kommunene tyder på at samarbeid om forskning og utvikling mellom kommuner og UH-institusjoner har økt de siste årene, ved at det er eller skal bli inkludert i samarbeidsavtale mellom kommune og UH-institusjon.

- ***Kommunene mener samarbeidsavtalene bidrar positivt***

Funn fra KS' Arbeidsgivermonitor (arbeidsgivermonitoren) viser at samarbeidsavtalene særlig har medført at utdanningstilbudet er utviklet i tråd med sektorens behov. Også økt veilederkompetanse og utvikling av flere praksisplasser er et viktig resultat av avtalene, i følge arbeidsgivermonitoren. Økt samarbeid om forskning og fagutvikling har i større grad blitt et resultat de siste par årene.

- ***Kommunene deltar i ulik grad på formaliserte samarbeidsarenaer***

Prosjektet viser at det er til dels store variasjoner mellom kommunene når det gjelder hvor mange felles samarbeidsarenaer de har med UH-institusjonene. Dette varierer fra én dags samarbeid i løpet av ett år, til mange, større samarbeidsprosjekter der begge parter er sterkt

involvert. Funn fra intervjuene tyder på at de store kommunene har tettest og mest omfattende samarbeid. For mindre distriktskommuner er grad av samarbeid avhengig av engasjement og prioriteringer i kommunen, samt fremtidig arbeidskraftbehov. Interkommunale samarbeidsarenaer gir mindre kommuner mulighet for å bli sett og hørt av tilhørende UH-institusjoner. Prosjektet viser at mange kommuner mangler formaliserte samhandlingsarenaer. Dette ser ut til å være en av hovedårsakene til at kommunene ikke samarbeider med UH-sektoren om temaer det kunne være relevant å samarbeide om.

#### 1.1.2 Innhold i og resultater av samarbeidet

- **Økt fokus på samarbeid og mer kommuneperspektiv i utdanningene**

Prosjektet tyder på at flere og mer omfattende samarbeid mellom UH-sektoren og kommunene er i gang. Innholdet i og resultatene av samarbeidet varierer mye mellom kommunene. Det er imidlertid enighet om at økt samarbeid også bidrar til å sikre kommuneperspektivet i utdanningene, selv om det er rom for forbedring.

- **UH-sektoren er lydhør for kommunenes ønsker og behov**

Informanter fra de fem kommunene gir uttrykk for at UH-institusjonene er lydhøre for kommunens behov og ønsker. Flere oppgir imidlertid at noe av utfordringen ligger hos dem selv og at de ikke prioriterer dialog og tilstedeværelse på samarbeidsarenaer med UH-sektoren.

- **Kommunene ønsker mer samarbeid om læringsutbyttebeskrivelser**

Prosjektet viser at kommunene ikke er involvert i utvikling av læringsutbyttebeskrivelser, men ønsker mer samarbeid om og ser behov for at læringsutbyttebeskrivelsene blir bedre tilpasset kommunenes behov. UH-institusjonene mener imidlertid at de ivaretar kommuneperspektivet i læringsutbyttebeskrivelser, blant annet gjennom kommunerepresentasjon i arbeidsgrupper og rekruttering av ansatte med erfaring fra kommunehelsetjenesten.

- **Forskning og fagutvikling skjer på UH-institusjonenes premisser**

Prosjektet viser at kommunene har for lite kompetanse om og ressurser til å drive forsknings- og utviklingsarbeid. Dersom kommunene skal prioritere forskning og utvikling er det behov for både kulturendring og kompetanseheving.

- **Delte stillinger anses som en god måte å ivareta kommuneperspektivet i UH-institusjonene**

Flere av UH-informantene oppgir at delte stillinger er en viktig kilde til kompetansedeling og en god måte å ivareta kommuneperspektivet på i UH-sektoren.

#### 1.1.3 Samarbeid om praksisstudier

Alle de fem kommunene som inngår i prosjektet mottar praksisstudenter, dvs. studenter som har praksis i kommunen som del av sitt studium. Fire av de fem kommunene som inngår i prosjektet har en overordnet avtale om praksis mellom kommune og UH-institusjon(er), mens det i én av kommunene kun er avtaler mellom UH-institusjon og hvert enkelt tjenestested.

- **Koordinering av praksis krever mye ressurser fra både UH-institusjoner og kommuner**

Prosjektet viser at administrasjon av praksis i kommunene er svært ressurskrevende for UH-institusjonene og mye mer ressurskrevende enn å administrere praksis i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til samarbeid med kommunene skjer mye av samarbeidet om praksis med hver enkelt virksomhet som tar imot studenter. Kommunene bruker også mye ressurser på å administrere praksis, særlig store kommuner som tar i mot mange studenter.

- **Kommunene tar ikke overordnet ansvar for praksis for medisinstudenter i allmennlegetjenesten**

Når det gjelder medisinstudenter, viser prosjektet at UH-institusjonene ikke samarbeider med kommuneadministrasjonen, men tar direkte kontakt med det enkelte fastlegekontor. Dette skyldes at kommunen ikke har et sørge- for ansvar for utdanning, samt at kommunene har liten mulighet til å styre fastlegetjenesten. UH-institusjonene ønsker imidlertid at kommunen tar større ansvar for praksis for medisinstudenter. Det er ressurskrevende for UH-sektoren å koordinere praksis hos fastleger ettersom dette krever oppfølging av den enkelte fastlege ved det enkelte fastlegekontor.

- **Praksisveiledning medfører økonomisk tap for fastleger**

Prosjektet tyder på at kompensasjon til fastleger som tar i mot medisinstudenter er langt lavere enn inntekten de har fra å motta pasienter. Dette gjør det enda vanskeligere å rekruttere fastleger som praksisveiledere.

- **Misnøye med ulik finansieringsordning for praksis i kommune- og spesialisthelsetjeneste**

Samhandlingsreformen og stadig nye oppgaver til kommunal helse- og omsorgstjeneste er et av argumentene for at rammene for praksis i kommunene må styrkes, herunder lovkrav og finansiering, for å sikre kapasitet og kvalitet på praksissteder i kommunene.

- **Praksis er en viktig rekrutteringskanal for kommunene**

Flere kommuner sliter med rekruttering til helseyrkene og mener praksis er en viktig rekrutteringskanal for nyutdannede kandidater.

- **Praksis bidrar til fagutvikling i tjenestene**

Å ha studenter i praksis bidrar til faglig utvikling for både veileder, tjenestested og kommunen generelt. Praksisperiodene gir kommunene tilgang på fersk teoretisk kunnskap og faglig nysgjerrighet. Dette er skjerpene og stimulerende - både for veileder og praksissted.

- **Kompetanseheving av veiledere er viktig, men vanskelig**

Kommunene oppgir at det ofte er for dyrt og ressurskrevende å sørge for formell veilederutdanning. Dette til tross for at UH-institusjonene tilbyr både kortere og lengre veilederkurs og utdanninger. Flere tilbyr også desentraliserte kurs.

- **Fagveiledning fra UH er ressurskrevende, men viktig**

Prosjektet viser at UH-institusjonene er opptatt av veiledningen kan bli bedre og mer effektiv. Flere er i ferd med å etablere rutiner for oppfølging via video når praksisstedet ligger langt unna universitetet/høgskolen, noe som er viktig for at distriktskommunene kan ta imot studenter i praksis.

## 1.2 Hva kjennetegner kommuner som samarbeider godt med UH-institusjoner?

- **De formaliserer samarbeidet gjennom kontrakter og samarbeidsarenaer**

Kommunene er opptatt av å formalisere samarbeidet i avtaler/kontrakter. Samarbeidsavtalene må inneholde alle de temaene kommunen ønsker samarbeid med UH-sektoren om. I tillegg tar kommunene aktive grep for å sikre formaliserte samarbeidsarenaer. Dette sikrer kommunen et forum der de blir hørt.

- **De er proaktive og ser forbi utfordringene**

Dette prosjektet viser at ledelse og ansatte i kommuner med godt samarbeid jobber aktivt og proaktivt for å finne løsninger på utfordringer som lenge har eksistert.

- **De er opptatt av å heve kompetanse i kommunen**

Kommuner som samarbeider godt med UH-institusjoner satser på økt kompetanse blant annet ved rekruttering av ansatte med masterutdanning og doktorgradsstipendiater. Felles for



kommunene er at ledelsen prioriterer mer enn bare drift av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

- **De er opptatt av at kommunen er et spennende sted å arbeide**

Kommuner som samarbeider godt med UH-institusjoner anerkjenner at kommunehelsetjenesten er en attraktiv arbeidsplass med krevende og spennende oppgaver. Ledelsen er opptatt av kunnskapsbasert arbeid for å ivareta kommunens nye oppgaver og vet at dette krever samarbeid om forskning og utvikling. I tillegg er de opptatt av at kvaliteten på praksis skal være god, ettersom praksis er en viktig rekrutteringskanal.

- **De vil være mer enn et forskningsobjekt**

Kommuner som samarbeider godt med UH-institusjoner er opptatt av å være en premissleverandør for helse- og omsorgsforskning. Kommunene ønsker at kunnskap fra forskningen de bidrar til skal være relevant for kommunen. Ledelsen i disse kommunene tar aktivt stilling til hvilken forskning kommunen skal bidra i for å sikre god ressursutnyttelse.

- **Samarbeid med UH-sektoren er forankret på toppledernivå og kjent for hele kommuneorganisasjonen**

Kommunens ledelse prioriterer samarbeid med UH-sektoren. Samarbeidet er forankret på toppnivå, men mye av det reelle samarbeidet skjer lenger ned i organisasjonen. Ledelsen er videre opptatt av at tjenestene skal ha kunnskap om hvilken verdi samarbeidet gir og hvordan samarbeidet vil gi bedre og mer effektive tjenester i fremtiden.

- **De har kulturforståelse og endringsvilje**

Kommunene er bevisst på at store kulturforskjeller mellom kommuner og UH-institusjoner. Flere har ansatte i kommunal ledelse med erfaring fra UH-sektoren. Kunnskap om begge sektorer gir godt grunnlag for samarbeid. Det arbeides aktivt med å endre kulturforskjeller og en er bevisst at dette er et langsiktig arbeid.

### 1.3 Hva kjennetegner UH-institusjoner som samarbeider godt med kommuner?

- **De har forankring på toppnivå og samarbeider på hensiktsmessig nivå**

Prosjektet viser at UH-institusjoner som samarbeider godt med kommunene har forankret samarbeidet på toppledernivå gjennom overordnet samarbeidsavtale og at samarbeidet prioriteres. Mesteparten av det operative samarbeidet skjer imidlertid lengre ned i organisasjonen, på mest hensiktsmessig nivå og er gjerne formalisert gjennom særskilte tilleggsavtaler.

- **De legger til rette for delte stillinger**

UH-institusjonene prioriterer delte stillinger. På denne måten får de ansatte direkte erfaring fra kommunehelsetjenesten som de kan ta med seg inn i arbeidet i UH-institusjonen.

- **De søker aktivt etter forskningsprosjekter i kommunehelsetjenesten**

UH-institusjoner som samarbeider godt med kommunene arbeider med å tilpasse prosjektene slik at de skal være relevante for kommunene. Dette gjøres gjennom dialog om temaer og felles utvikling av problemstillinger og forskningsspørsmål.

- **De er opptatt av tverrfaglig samarbeid**

UH-institusjoner som samarbeider godt med kommunene ønsker at utdanningene skal tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid. I tillegg er det viktig at de tar for seg temaer som er relevante for både større og mindre kommuner, herunder småkommuneproblematikk.

- **De inkluderer forelesere fra kommunehelsetjenesten**

UH-institusjoner som samarbeider godt med kommunene er opptatt av at ansatte fra kommunehelsetjenesten har forelesninger for studentene og de har fast samarbeid med kommunene om dette.

## 2. INNLEDNING

I kjølvannet av blant annet samhandlingsreformen, har kommunehelsetjenestens oppgaver og ansvar økt betraktelig: Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, et økende antall tjenestemottakere og raskere utskrivning fra sykehus. Det er regjeringens intensjon at kommunene settes i stand til å oppfylle samhandlingsreformens mål om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats og at flere tjenester leveres i kommunene. <sup>1</sup> Nye og mer omfattende oppgaver krever økt og ny kompetanse i kommunene. Samtidig vil samfunnsendringer medføre at kompetansebehovet i helsetjenestene endrer seg. På bakgrunn av dette vil også de helse- og sosialfaglige utdanningenes innhold og struktur måtte tilpasses for å møte nye utfordringer og behov. Dette stiller nye krav til kvalitet og relevans i helse- og sosialfagsstudentenes utdanning for å sikre at utdanningene er godt tilpasset og bidrar til å forberede studentene på den arbeidshverdagen som venter dem- både i dag og i fremtiden.

### 2.1 Hva er kvalitet i høyere utdanning?

Kvalitet er et mangefasettert begrep som blant annet handler om at visse standarder skal overholdes og at krav og forventninger innfris. Innenfor høyere utdanning i Norge, har man blant annet benyttet begrepene «inntakskvalitet», «programkvalitet» og «undervisningskvalitet» for å forklare dette. Kvalitet handler om ambisjoner og målsettinger, men løsninger og utfordringer vil variere mellom sektorer. I sin forståelse av kvalitet, legger regjeringen følgende tre punkter til grunn: læringsutbytte, relevans og gjennomføring. Disse skal være felles for alle fagmiljøer.<sup>2</sup>

I Meld. St. 16 «Kultur for kvalitet i høyere utdanning» heter det at læringsutbytte handler om at studentene skal utnytte sitt potensial for læring og oppnå gode kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse basert på internasjonal forskning. I tillegg til å lære fagspesifikke kunnskaper, ferdigheter og en analytisk forståelsesramme, skal de utvikle mer generiske ferdigheter som evne til kritisk tenkning og analytisk vurdering. <sup>3</sup> Videre må utdanningene være relevante og bidra til å forberede studentene på den arbeidshverdagen de etterhvert skal være en del av. Viktige erfaringer sikres blant annet gjennom praksis i tjenestene. I tillegg til å forberede studentene på arbeidshverdagen, må studiene også legge til rette for et langsiktig perspektiv som innebærer å forberede studentene på en fremtid i endring og omstilling. Aller sist påpekes det at gjennomføring av studier bør skje så effektivt som mulig, ettersom dette er lønnsomt både for den enkelte student og for samfunnet som helhet. En god utdanning bidrar til effektiv gjennomføring gjennom å skape motivasjon og engasjement hos studentene.

Det er behov for mer forskning om hva som kan bidra til å øke studentenes læringsutbytte, opplevelse av relevans i studiene og evne til å gjennomføre studieløpet på en effektiv måte. Forskning viser at kritiske faktorer for at studentene skal lykkes, handler om engasjement, tid brukt på studiene og hva studentene bruker tiden på. I tillegg til å utvikle gode læringsutbyttebeskrivelser, må utdanningene utvikles i samarbeid med arbeidslivet. <sup>4</sup>

### 2.2 Utdanning som grunnlag for god tjenestekvalitet

Som nevnt over er det, fra nasjonale myndigheter, satt fokus på kvalitet i høyere utdanning og herunder trekkes det frem at utdanningene skal forberede studentene på arbeidshverdagen.

Regjeringen har som mål å øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fordi de ansatte er tjenestenes viktigste ressurs, vil tjenestekvaliteten i all hovedsak avhenge av de ansattes kvalifikasjoner, kunnskap og holdninger. Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan

---

<sup>1</sup> Meld. St. 26.(2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten- nærhet og helhet.

<sup>2</sup> Meld. St. 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.<sup>5</sup> Formålet med planen er å sikre en faglig sterk tjeneste, samt støtte opp om målet om at tjenestene skal ha tilstrekkelig og kompetent bemanning.<sup>6</sup>

En av strategiene i Kompetanseløft 2020 er å sikre at grunn- og videreutdanningene har høy kvalitet og er tilpasset tjenestenes behov. Med samfunnsmessige endringer, vil behovet for endringer være påkrevet også i utdanningene. I forlengelsen av diskusjonen omkring kompetanseutfordringer i sektoren, stilles det også spørsmål ved om profesjonsutdanningene i dag evner å gi studentene tilstrekkelig kompetanse til å inngå i et faglig fellesskap som «skal bidra til mer kvalitet, helhet og sammenheng i alle typer helse- og velferdstjenester».<sup>7</sup> I perioden 2013-2015 gjennomførte Universitets- og høyskolerådet prosjektet «Kvalitet i praksisstudier» (heretter kalt Praksisprosjektet/ Praksisrapporten) der hensikten var å gjennomføre et utviklingsarbeid som skulle bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene slik at de kan møte framtidens kompetansebehov».<sup>8</sup>

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor personellmessige utfordringer med betydning for både kvaliteten og kapasiteten i tjenestene. Dette handler både om å rekruttere nok arbeidskraft til tjenestene i fremtiden og om å skaffe personell med riktig kompetanse. Styrking av kompetansen innebærer derfor å jobbe systematisk for å gjøre det attraktivt å jobbe i kommunen, øke kompetansen hos eksisterende personell og utnytte kompetansen som allerede finnes.<sup>9</sup>

#### 2.2.1 Praksisstudienes rolle i profesjonsstudiene

Som det påpekes i Praksisrapporten<sup>10</sup>, utdanner profesjonsstudier til bestemte yrker og kjennetegnes ved at de er både FoU-baserte og praktiske. Praksisstudier, der studenten deltar i reelle situasjoner med pasienter/ brukere under veiledning av person med relevant yrkesbakgrunn- og erfaring, har alltid vært en sentral del av disse utdanningene. Omfang og grad av praksis i kommunene varierer mellom grunnutdanninger og innenfor utdanninger. Men generelt sett er det kun en liten del av helsefagstudentenes praksis som gjennomføres i kommunene. I blant annet Praksisrapporten<sup>11</sup> påpekes det at det er et misforhold mellom praksis i spesialisthelsetjenesten og praksis i kommunehelsetjenesten. Om lag 2/3 av praksisstudiene gjennomføres i spesialisthelsetjenesten.<sup>12</sup> Flere rapporter<sup>13</sup> peker på utfordringer knyttet til gjennomføring av praksis i kommunene. Blant annet har kvalitetssikring av veiledet praksis vært en utfordring lenge. For liten tilgang til praksisplasser, lav kvalitet og relevans er også godt dokumentert. Det er stort press på praksisplassene, som tar i mot studenter fra en lang rekke utdanninger. Innenfor flere områder, slik som barnevern og NAV er det stort behov for flere plasser.

#### 2.2.2 Omfang av praksis i medisiner-, sykepleier- og sosionomutdanningene

Hvert år skal mange helse- og sosialfagsstudenter ut i ekstern, veiledet praksis. En større gjennomgang<sup>14</sup> viste at våren 2008 var det registrert 29 475 studenter ved 115 studieprogrammer. Disse studentene fordelte seg på 21 profesjonsutdanninger.

<sup>5</sup> Meld. St. 26.(2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten- nærhet og helhet.

<sup>6</sup> Kompetanseløft 2020 [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560\\_Kompetanseløft%202020\\_Oppgaver%20og%20tiltak%20for%20budsjetåret%202017.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560_Kompetanseløft%202020_Oppgaver%20og%20tiltak%20for%20budsjetåret%202017.pdf)

<sup>7</sup> Kvalitet i praksisstudiene i helse og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Universitets- og høyskolerådet 2016.

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Meld. St. 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning

<sup>13</sup> Bjerknes og Christiansen 2015; Caspersen og Kårstein 2013; Grønn 2010; Kårstein og Caspersen 2014; NIFU 2015; UHR 2010a og UHR 2015).

<sup>14</sup> [http://www.uhr.no/documents/ny\\_kortv\\_m\\_forside\\_FOKUS\\_P\\_\\_PRAKSISSTUDIENE\\_3.pdf](http://www.uhr.no/documents/ny_kortv_m_forside_FOKUS_P__PRAKSISSTUDIENE_3.pdf)

Blant disse 21 profesjonsutdanningene, finner vi blant annet medisiner-, sykepleier- og sosionomutdanninger. I det følgende skal vi se nærmere på antallet studenter og omfanget av praksis for disse tre profesjonsutdanningene.

Det tilbys medisinerutdanninger ved fire universiteter i Norge. For våren 2008, var det samlede studentvolumet på 3518 studenter. Medisinstudentene har en del klinisk undervisning og trening ved det universitetssykehuset den enkelte utdanning forholder seg til. Dette inngår ikke i ekstern veiledet praksis. I 2007-2008 var 1003 studenter ute i primærhelsetjenesten og hos private aktører, dvs. privatpraktiserende leger med og uten avtale med kommunen, samt private medisinske sentre. Medisinstudentene har om lag 23 uker ekstern veiledet praksis, hovedsakelig i studiets to siste år.<sup>15</sup>

Bachelorstudium i sosialt arbeid tilbys ved 12 UH-institusjoner i Norge. Våren 2008 var det samlede studentvolumet på 2519 studenter. I følge rammeplanen kreves det at sosionomstudentene skal ha "minimum 30 studiepoeng (...) i samarbeid med brukere/klienter." Det stilles ingen krav til hvor, når eller hvor lenge praksisperiodene skal være. Sosionomutdanningene tar i bruk hele 19 ulike praksisarenaer.<sup>16</sup> Flertallet av studentene har to praksisperioder: en kort praksis i første studieår, og en lengre i 4. eller 5. semester, alternativt har studentene kun en lengre praksisperiode i 4. eller 5. semester.<sup>17</sup>

28 UH-institusjoner i Norge tilbyr bachelor i sykepleie. Våren 2008 var det samlede studentvolumet på 12 041 studenter. Rammeplanen for sykepleierutdanning er svært detaljregulert, med føringer for når i studiet studentene skal ha praksis. Videre kreves det at alle studentene skal et visst omfang av praksis innen 5 hovedarenaer for praksisstudier. Det legges særlig vekt på betydningen av praksis "med døgkontinuerlig oppfølging av pasienter". Sykepleierutdanningene bruker et stort antall praksisarenaer for et lite antall studenter per arena.<sup>18</sup> 50 prosent av sykepleiestudiet består av praksisstudier: 75 studiepoeng i samarbeid med pasienter og pårørende og 15 studiepoeng til ferdighetstrening, forberedelser til og refleksjon over praksis.<sup>19</sup>

#### 2.2.2.1 Ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger

Medisinerutdanningen er regulert av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Sosionomutdanningen er styrt av rammeplan, mens sykepleierutdanningen både er styrt av yrkesdirektivet og rammeplan. Det ble nylig vedtatt ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Sammen med de nasjonale retningslinjene for den enkelte utdanning skal forskriften definere de nasjonale rammene for helse- og sosialfagutdanningene. Formålet med forskriften er å sørge for at utdanningsinstitusjonene tilbyr praksisnære og forskningsbaserte helse- og sosialfagutdanninger med høy faglig kvalitet og relevans.<sup>20</sup>

---

<sup>15</sup> Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015.

<sup>16</sup> Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av ekstern, veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger. UHR-rapport, april 2010.

<sup>17</sup> Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015.

<sup>18</sup> Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av ekstern, veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger. UHR-rapport, april 2010.

<sup>19</sup> Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015.

<sup>20</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/76054ff6b88e4f55877041352fffd2fd/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger.pdf>

## 2.3 Kunnskapstriangelet og kommunen som læringsarena

Begrepet kunnskapstriangelet brukes ofte internasjonalt for å beskrive samspillet mellom forskning, høyere utdanning og innovasjon. Dersom utdanningsinstitusjonene skal lykkes med å formidle god og relevant kunnskap, må det være et godt samspill mellom disse tre elementene i fagmiljøet, samt mellom ansatte, studenter og arbeidsliv. Videre må samspillet være godt forankret i utdanningsinstitusjonenes strategier. Gjennom systematisk kontakt mellom institusjon og arbeidsliv, sikres blant annet utdanningenes relevans.<sup>21</sup>

Med tanke på kommunehelsetjenestens betydning og rolle gjennom blant annet samhandlingsreformen, er det stort behov for at kommunehelsetjenesten styrkes som læringsarena og at en større del av praksisstudiene foregår i kommunal helse- og omsorgstjeneste.<sup>22</sup> Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta i bruk ulike kunnskapskilder, herunder forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og brukernes erfaringer. Kunnskapsbasert praksis anses som en forutsetning for at man kan levere gode og trygge helsetjenester av høy kvalitet.<sup>23</sup> Slik Praksisrapporten påpeker, er det kun i eksterne praksisstudier at studentene kan oppleve en kombinasjon av alle disse tre elementene i en autentisk situasjon.<sup>24</sup>

### 2.3.1 Kvalitet i praksisstudier

For å oppnå økt kvalitet og sikre relevans i praksisstudier, har Praksisprosjektet klare anbefalinger. Utdanningsstedene må ha like sluttkompetansebeskrivelser for samme type profesjonsutdanning og samarbeid må reguleres av samarbeidsavtaler. Videre skal det stilles krav til veileders kompetanse og det påpekes at det er behov for å øke status på praksisdelen av utdanningene. Det anbefales at det opprettes kombinerte stillinger og at nye praksismodeller bør utvikles, prøves ut og evalueres. Videre bør studentene få tilgang til blant annet tverrprofesjonelle læringssituasjoner og det bør satses mer på utdanningsforskning, med særlig fokus på arbeidsformer og læringsutbytte i praksisstudier. I Praksisrapporten er disse anbefalingene konkretisert ved hjelp av 21 indikatorer, hvorav 13 på forskriffsnivå. De resterende åtte inngår i en veiledende mal for samarbeidsavtaler. De 13 indikatorene samles tematisk i fem kvalitetsområder:

1. Likeverdig og gjensidig forpliktende samarbeid
2. Praksisveiledning
3. TPS (tverrprofesjonell samarbeidslæring) i praksisstudier
4. Kunnskapsbaserte praksisstudier
5. Systematisk kunnskapsutvikling og – utveksling

Oppsummert viste Praksisrapporten at det er store utfordringer når det gjelder kvalitet og relevans i praksisstudier i helse- og sosialfagutdanningene. På tross av lovbestemmelser, forskrifter, rammeplaner og kvalifikasjonsrammeverk, har disse forskjellene utviklet seg over tid. I rapporten forklares dette blant annet med uklare styringssignaler, ulike og mangelfulle rammebetingelser og for dårlig samarbeid mellom utdanning og praksisfelt.

## 2.4 Om dette FoU-prosjektet

Det overordnede formålet med dette FoU-prosjektet er å undersøke hvordan kommunesektoren, gjennom samarbeid med universiteter og høyskoler, kan styrke relevans og kvalitet i helse- og velferdsutdanningene, og på denne måten bidra til økt kvalitet i kommunale helse- og velferdstjenester. Prosjektets hovedproblemstilling har vært:

---

<sup>21</sup> Meld. St. 16 (2016-2017) Kultur for høyere kvalitet i høyere utdanning

<sup>22</sup> ibid

<sup>23</sup> ibid

<sup>24</sup> Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: praksisprosjektet. Sluttrapport fra et nasjonalt utviklingsprosjekt gjennomført på oppdrag fra KD i perioden 2014-2015, s. 12

*Hvordan kan et samarbeid mellom kommunal sektor og høyskole/universitet gi økt tjenestekvalitet gjennom styrket relevans og kvalitet i helse- og velferdsutdanningene?*

Gjennom prosjektet har vi søkt å identifisere hva som kjennetegner kommuner og UH-institusjoner som er gode til å samarbeide med hverandre i den forstand at det bidrar til bedre og mer relevante utdanninger. Vi har vært spesielt opptatt av innholdet i praksisstudier, som omtales nærmere i kapittel 5. Viktige underproblemstillinger i prosjektet er som følger:

- Hva kjennetegner kommuner/virksomheter som gjennom samarbeid med UH-sektoren sikrer kvalitet og relevans i utdanningene?
- Hva kjennetegner UH-institusjoner som aktivt bruker praksisfeltet ved utviklingen av grunn-, etter- og videreutdanninger samt forskning?
- Kan kvalitetsindikatorerne foreslått i praksisprosjektet brukes til å beskrive ulike modeller for samarbeid, ansvars- og oppgavedeling?
- Er det elementer i dagens lov- og avtaleverk som er til hinder for et hensiktsmessig samarbeid?
- Hvilke kostnader er knyttet til veiledet praksis i kommunene?
- Hvilke resultater får kommunene og UH-institusjonene av å samarbeide?

FoU-prosjektet har konsentrert seg om tre utdanninger: medisiner-, sykepleier- og sosionomutdanning.

## **2.5 Metodisk gjennomføring**

FoU-prosjektet er gjennomført ved hjelp av dokumentstudier, kvalitative intervjuer og registerdataanalyse.

### 2.5.1 Innledende intervjuer

Innledningsvis ble det gjennomført intervjuer med ulike aktører og interessenter på feltet, herunder representanter for kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, myndigheter (Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet), fagorganisasjoner (Sykepleierforbundet, Legeforeningen og Fellesorganisasjonen), studentorganisasjoner (Norsk Sykepleierforbund Student) og to studiesteder (Høgskolen i Oslo og Akershus og ViD vitenskapelige høyskole). Formålet med disse intervjuene har vært å innhente innspill, synspunkter og perspektiver som har kunnet bidra til å belyse og supplere foreliggende kunnskap, fra policydokumenter og forskning. Det er totalt gjennomført elleve innledende intervjuer.

### 2.5.2 KS arbeidsgivermonitor og registerdata

Det er gjort kvantitative analyser av KS' arbeidsgivermonitor (AG-monitoren). Monitoren er en statistikk- og faktapublikasjon om arbeidsgiverrelaterte tema i kommunal sektor. Den baserer seg på en spørreundersøkelse mot alle landets kommuner og fylkeskommuner, og spør blant annet om kommunenes samarbeid med universitet og høyskoler. Den innhenter også informasjon om hvilke resultater kommuner og fylkeskommuner har oppnådd gjennom samarbeidet. I 2016 var det 242 kommuner og 13 fylkeskommuner som besvarte denne spørreundersøkelsen.

Data fra AG-monitoren er koblet med registerdata på kommunenes sentralitet, størrelse, frie disponible inntekter<sup>25</sup> og avstand til nærmeste universitet eller høyskoleinstitusjon. Registerdataene er bestilt fra Statistisk sentralbyrå.

For å vurdere betydningen av kommunenes kjennetegn, er det gjort regresjonsanalyser. Regresjonsanalyser er en kvantitativ analyse av sammenhengen mellom én avhengig variabel og

---

<sup>25</sup> Frie disponible inntekter er avledet fra modellberegninger og må ikke forveksles med kommunenes frie inntekter. Frie inntekter er definert ved summen av skatteinntekter og rammetilskudd. Til forskjell fra frie inntekter er de frie disponible inntektene korrigeret for variasjoner i kommunenes utgiftsbehov.

en eller flere uavhengige variabler. Denne typen analyser er svært godt egnet til å vise i hvilken grad en variabel samvarierer med en annen. For å beskrive hvorvidt sammenhengen mellom variablene er tilfeldige eller ikke brukes ofte begrepet statistisk signifikans. Et resultat av en statistisk analyse betegnes som statistisk signifikant dersom det er lite sannsynlig at resultatet har oppstått tilfeldig. I rapporten vil vi gjengi resultater hvor den statistiske signifikansen er akseptabel. Det vil si et resultat hvor det er sannsynlig at sammenhengen mellom variablene ikke er tilfeldig.

Funn fra AG-monitoren og registerdata danner grunnlag for utvalget av casekommuner i tabell 2-2. Casekommunene ble valgt ut fordi de har rapportert at de har en samarbeidsavtale med UH-sektoren, samt at de kan vise til gode resultater fra samarbeidet.

### 2.5.3 Casestudier

Casestudier, i form av dokumentgjennomgang og intervjuer, utgjør hovedtyngden av datagrunnlaget i FoU-prosjektet. På bakgrunn av resultater fra AG-monitoren har vi valgt ut fem casekommuner. Kommunene som er intervjuet rapporterer at de har et godt samarbeid med UH-sektoren, samt at de opplever gode resultater av samarbeidet. Kommunene varierer med hensyn til geografisk plassering, størrelse og avstand til universitet/ høyskole. For en oversikt over casekommunene, se tabell 2-1.

**Tabell 2-1: Oversikt over casekommuner**

Kommune	Region	Innbyggertall	Høyskole/ universitet i kommunen	Sentralitet
<b>Alta</b>	Nord	20.000	Ja	Mindre sentral kommune
<b>Bergen</b>	Vest	> 250.000	Ja	Sentral kommune
<b>Eid</b>	Vest	< 10.000	Nei	Minst sentral kommune
<b>Orkdal</b>	Midt	<15.000	Nei	Sentral kommune
<b>Tromsø</b>	Nord	> 50.000	Ja	Sentral kommune

Det er gjennomført kvalitative intervjuer med representanter for kommunene, UH-institusjoner og studenter i alle casekommuner. Det er gjennomført totalt 40 intervjuer, med til sammen 60 informanter. For en fordeling av informanter per casekommune og informantgruppe, se tabell 2-2.

**Tabell 2-2: Oversikt over informanter**

	Ansatt i kommune	Ansatt ved UH-institusjon	Student
<b>Alta</b>	2	5	2
<b>Bergen</b>	6	6	3
<b>Eid</b>	4	5	2
<b>Orkdal</b>	4	7	1
<b>Tromsø</b>	3	5	3
<b>Totalt</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>11</b>

## 2.6 Metodiske begrensninger

Undersøkelsen baserer seg i hovedsak på kvalitative data i form av intervjuer med representanter for kommuner, UH-institusjoner og et utvalg studenter. Undersøkelsen har ikke til formål å presentere kunnskap som kan generaliseres og sies å gjelde «alle» kommuner i Norge, men heller å vise eksempler på hvordan utfordringer kan imøtekommes og løses på gode måter og på denne måten spre kunnskap og inspirasjon.

Det er også viktig å påpeke at det er kommunene som er utgangspunktet for casene og at det er kommunens avtaler med universitet/ høyskoler som er etterspurt. De intervjuede universitetene og høyskolene kan dermed ha - og har i flere tilfeller - også andre avtaler med kommuner som ikke er omfattet av denne undersøkelsen. Representanter for UH-institusjonene har med andre ord både snakket om de samme avtalene som kommunale representanter, men også om samarbeidet med kommuner generelt og ikke utelukkende om samarbeidet med de utvalgte casekommunene.

## **2.7 Leseveiledning**

Videre består rapporten av følgende kapitler:

- Kapittel **3** presenterer funn som omhandler samarbeidsavtalene mellom kommuner og UH-sektoren, samt samarbeidsarenaer
- Kapittel **4** presenterer hovedfunn knyttet til innholdet i og resultatet av samarbeidet
- I kapittel **5** omhandler praksisstudier
- Kapittel **6** ser vi på drivkrefter og barrierer for samarbeidet
- I kapittel **7** oppsummerer vi hoved- og underproblemstillinger og vurderinger tilknyttet disse, samt presenterer våre anbefalinger



### 3. SAMARBEIDSAVTALER OG SAMARBEIDSARENAER

I dette kapitlet vil vi se på samarbeidsavtalene mellom kommuner og UH-sektoren, herunder omfanget av og innholdet i avtalene. Spesifikt samarbeid om praksis vil primært behandles i kapittel 5 ettersom dette er en forholdsvis stor og vesentlig del av prosjektet.

Videre vil kapitlet gi en beskrivelse av noen av de formaliserte samarbeidsarenaene som finnes mellom kommuner og UH-institusjoner og som informantene har trukket frem.

Datagrunnlaget for dette kapitlet baserer seg på KS` arbeidsgivermonitor, registerdata fra SSB og gjennomgang av casekommunenes samarbeidsavtaler og informasjon fra caseintervjuene.

Hovedfunnene i dette kapitlet er:

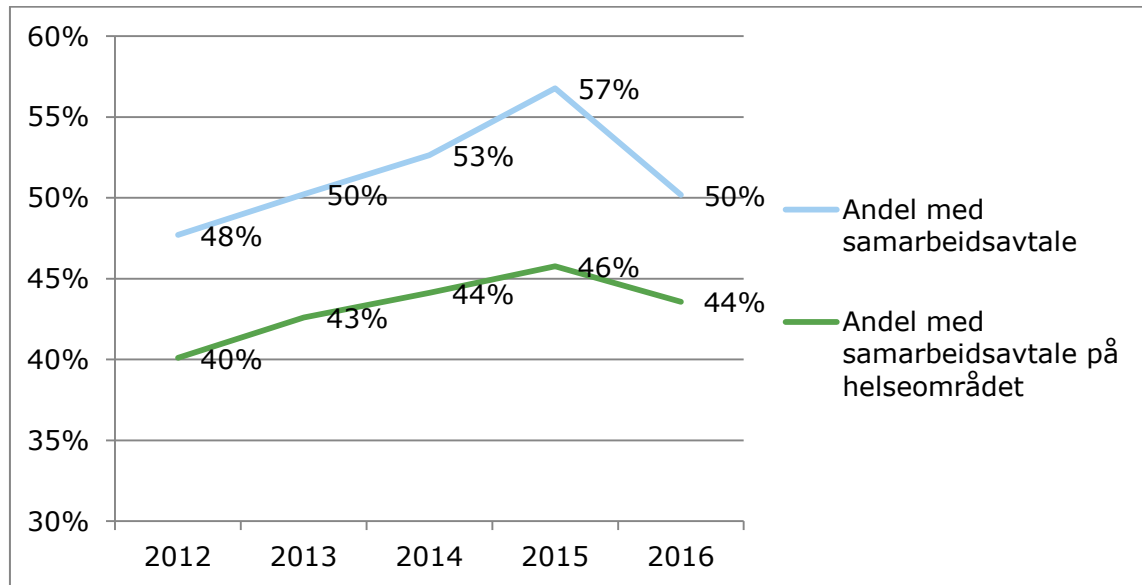
#### Tekstboks 3-1: Hovedfunn

- Store og sentrale kommuner har i større grad samarbeidsavtaler med UH-sektoren enn mindre distriktskommuner
- Avstand til UH-institusjon har stor betydning for om det er etablert et formelt samarbeid
- Formaliserte samarbeidsavtaler og formaliserte samarbeidsarenaer oppgis å være avgjørende for at partene skal prioritere samarbeidet
- Samtlige samarbeidsavtaler inneholder temaet praksis. Forskning og utvikling har fått økt oppmerksomhet de senere årene
- Det er store variasjoner når det gjelder formalisering av møtestruktur
- Samarbeidsavtalene bidrar til positiv utvikling på en rekke områder i kommunen
- Interkommunale samarbeidsarenaer gir mindre kommuner mulighet for å bli sett og hørt

#### 3.1 Omfang av samarbeidsavtaler

Tall fra KS` arbeidsgivermonitor viser at omkring halvparten av kommunene har samarbeidsavtale med universitets- og høyskolesektoren. Disse tallene inkluderer imidlertid samarbeid innen alle sektorer, herunder oppvekst og utdanning, teknisk og helse. Dersom en utelukkende ser på helseområdet, har i overkant av 40 prosent en samarbeidsavtale, jf. figur 3-1.

**Figur 3-1: Andel kommuner med samarbeidsavtale**

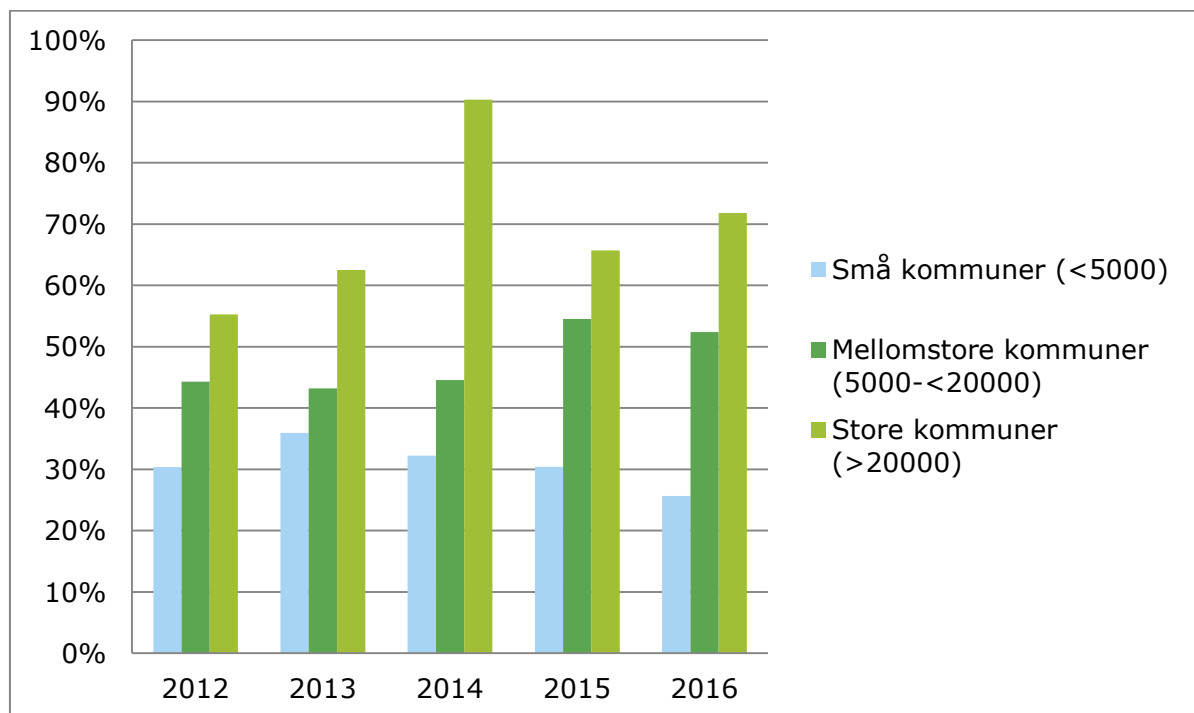


### 3.1.1 Flest store kommuner med samarbeidsavtaler på helseområdet

Vi har koblet tallene fra KS' arbeidsgivermonitor med kommunenes sentralitet og størrelse. Analysene viser at antall kommuner med samarbeidsavtale med universitet- og høyskolesektoren øker både med sentralitet og kommunestørrelse.

Figur 3-2 viser tydelig at det særlig er de store kommunene som har samarbeidsavtaler med universitet eller høyskole på helseområdet. Regresjonsanalyser viser at de store kommunene har 25 prosent større sannsynlighet for å ha en samarbeidsavtale. Dette er signifikant på alle signifikansnivåer.

**Figur 3-2: Samarbeidsavtale på helseområdet, etter kommunestørrelse**

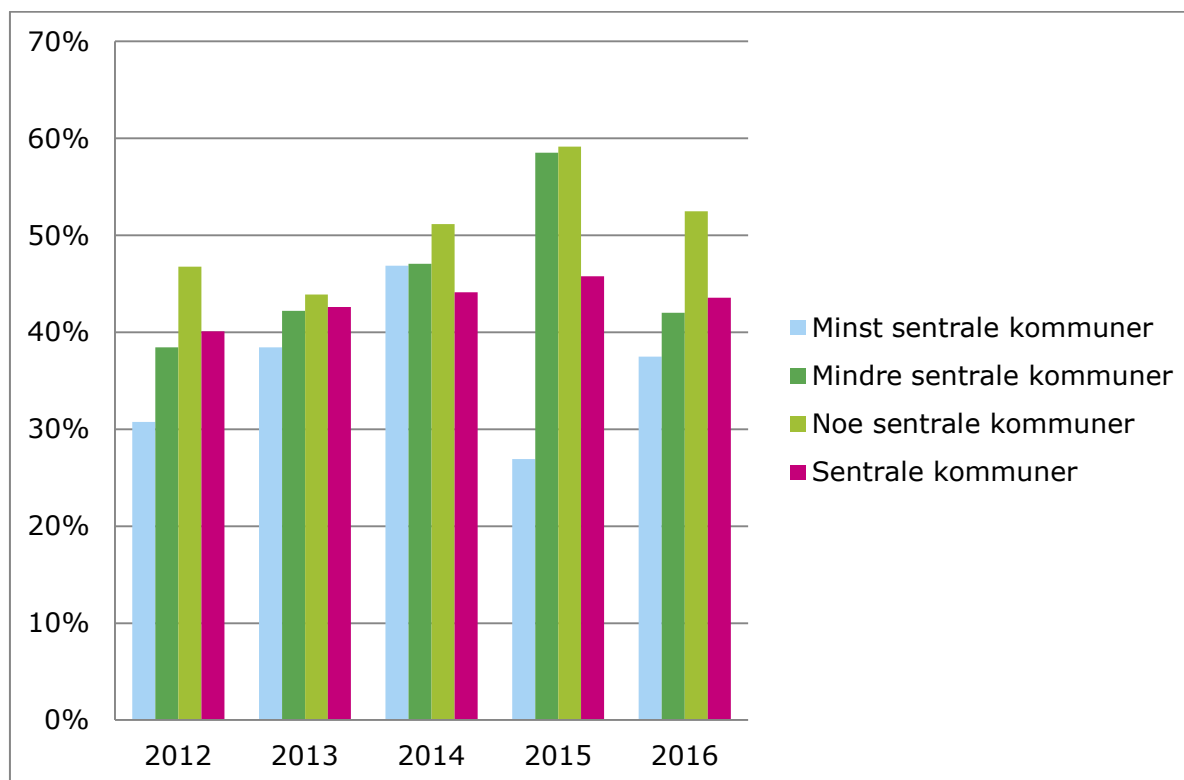


Figur 3-3 viser kommuner som har samarbeidsavtaler på helseområdet etter sentralitet.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> <http://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/128>

Tallene viser at andelen som har samarbeidsavtale varierer mye fra år til år, men at de minst sentrale kommunene har minst samarbeid.

Figur 3-3: Samarbeidsavtale på helseområdet, etter sentralitet



### 3.1.2 Avstand til nærmeste UH-institusjon spiller en viktig rolle

Ved hjelp av registerdata fra AG-monitoren har vi analysert om avstanden fra kommunesentrum til nærmeste UH-institusjon har betydning for hvorvidt kommunen har en samarbeidsavtale eller ikke. For å fange opp de utdanningene som er relevant for prosjektet har vi kun inkludert universitet og høyskoler som tilbyr medisiner-, sykepleier- eller sosionomutdanning.

Analysene viser at 36 kommuner har universitet eller høyskole i kommunen. Av disse har 28 kommuner, eller i underkant av 80 prosent, samarbeidsavtale på helseområdet. Andelen kommuner med samarbeidsavtale dersom det er 1-10 mil eller mer enn 10 mil til nærmeste UH-institusjon er henholdsvis 40 og 30 prosent. Regresjonsanalyser viser at sannsynligheten for samarbeidsavtale på helseområdet øker jo kortere avstanden til nærmeste UH-institusjon er.

### 3.2 Nærmere om samarbeidsavtalene i casekommunene

Funn fra dette prosjektet viser at fire av fem casekommuner har samarbeidsavtaler med universitet og/ eller høyskole. Formålet med avtalene er å tilrettelegge for godt samarbeid innenfor utdanning, forskning og formidling, legge til rette for gode praksisarenaer, samt konkretisere og formalisere samarbeid og tydeliggjøre roller og ansvarsområder partene imellom. Alle avtalene inneholder beskrivelser av samarbeid om praksis. De fleste omhandler også forskning og/ eller fagutvikling. Alle avtaler har i tillegg beskrevet en form for samarbeidsorgan, som har til hensikt å følge opp punktene i avtalen.

Casekommunene varierer i størrelse og dette vil ha innvirkning på innholdet i og utformingen av samarbeidsavtalene. Når kommunene og UH-institusjonene avtalene gjelder for er store og komplekse ser det ut til at det oftere foreligger flere avtaler på ulike nivåer enn om organisasjonene er mindre. Dette bidrar også til at det ikke fullt ut gir mening å sammenligne alle avtalene.

I Eid kommune foreligger det, i følge de informantene vi har snakket med, ikke en egen overordnet avtale mellom kommune og utdanningsinstitusjon. Funn fra intervjuene tyder imidlertid på at det lages avtaler direkte mellom tjenestestedene i kommunen og det enkelte institutt/ fakultet om praksisplasser for studenter.

### 3.2.1 Temaer i samarbeidsavtalene

Flertallet av de overordnede samarbeidsavtalene inneholder temaene praksisveiledning, forskning og utvikling. I tillegg inneholder noen av avtalene områder som knytter seg til kompetanseutvikling, kompetanseheving og samhandlingsreformen.

To av avtalene inneholder imidlertid kun temaet praksis, ofte referert til som praksisavtale. En av kommunene som oppgir at de kun har praksisavtale med høgskolen forteller at de arbeider med å videreutvikle avtalen til også å omfatte forskning og utvikling. Kommunen sier de opplever stadig mer samarbeid med høgskolen om forskning og utvikling, men at dette er vanskeligere å gjennomføre når det ikke er formalisert i en samarbeidsavtale.

Tabell 3-1 gir en oppsummering av de temaene som inngår i samarbeidsavtalene mellom casekommunene og tilhørende universiteter og høgskoler.

**Tabell 3-1: Temaer i overordnet samarbeidsavtale på helseområdet**

Kommune	Tema i overordnet samarbeidsavtale på helseområde
<b>Bergen</b>	<b>Universitetet i Bergen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskning</li> <li>• Kompetanseutvikling og kompetanseheving</li> <li>• Samhandlingsreformen</li> </ul> <b>Høgskolen i Bergen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praksis</li> </ul>
<b>Orkdal</b>	<b>NTNU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Praksisstudier</li> </ul>
<b>Alta</b>	<b>Universitet i Tromsø</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utdanning/praksis</li> <li>• Forskning og utvikling</li> <li>• Formidling</li> <li>• Samarbeidsorgan</li> </ul>
<b>Tromsø</b>	<b>Universitet i Tromsø</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utdanning/praksis</li> <li>• Forskning og utvikling</li> <li>• Formidling</li> <li>• Samarbeidsorgan</li> </ul>

### 3.2.2 Ulik detaljering og beskrivelse av partenes roller og ansvar

Gjennomgang av samarbeidsavtalene viser at innholdet i de overordnede avtalene varierer mellom de fire kommunene som har slike avtaler. Avtalene varierer fra å ha en overordnet og generell form til å være mer spesifikke og avgrensede. Det er til dels store variasjoner når det gjelder detaljeringsnivå. Dette gjelder både i beskrivelsen av ansvarsoppgaver og møtepunkter mellom partene.

Alle avtalene skisserer at det skal arrangeres møter mellom kommune og UH-institusjon. Det er imidlertid store variasjoner når det gjelder hvor detaljert denne informasjonen er. De fleste avtalene beskriver hvor mange ganger per år partene skal møtes.

En av kommunene har en avtale som gir en svært detaljert beskrivelse av hvilke møtepunkter som skal finne sted hvert år. Se tekstboks 3-2 under for en nærmere beskrivelse av dette.

### Tekstboks 3-2: Eksempel på møtepunkter spesifisert i samarbeidsavtale

I en av avtalene er det utarbeidet rutiner for kommunikasjon mellom partene, med tidsangivelser og definert ansvarlig part:

- I mai: Helsefakultetet oversender samlet oversikt til kommunen over behov for praksisplasser.
- Åtte uker før praksis: Kommunen sender oversikt over fordeling av plasser tilbake til kommunen, sammen med en oversikt over kontaktpersoner.
- Fire uker før praksis: Kontaktperson ved hvert studieprogram oversender navnelister over studenter som skal i praksis, direkte til kontaktperson ved praksissted. Annen relevant informasjon oversendes også (evalueringsrutiner, skikkethetsvurdering o.l.).
- To uker før praksis: Kontaktperson på praksissted sender beskjed om oppmøtetid og sted til kontaktperson ved fakultetet.
- Ved oppmøte på avdeling: Kontaktperson opplyser om praksisveiledere/ kontaktsykepleiere.

Avtalene har også ulik beskrivelse av rollefordeling og hvilket ansvar kommunen og UH-institusjonen har, se tekstboks 3-3 under.

### Tekstboks 3-3: Eksempel på roller og ansvarsområder spesifisert i samarbeidsavtale

I en av avtalene er det skissert tydelige roller og ansvarsområder, for både lærested, praksisplass og studenter.

Høgskolen har følgende ansvar:

- Forberede og motivere studenter i forkant av praksis
- Arrangere praksisveiledersamlinger
- Bidra med kontaktlærere som sørger for oppfølging av studenter og samarbeid med praksisveiledere
- Sende ut praksislistene og annen informasjon i god tid før oppstart av praksis
- Tilby veilederutdanning/ opplæring regelmessig
- Sørge for at studenter som skal ha praksis med barn eller utviklingshemmede får informasjon om politiattest. Informasjon til praksissted om at dette må foreligge.
- Gjøre studenter og praksisfelt kjent med «Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning»

Kommunen på sin side, skal:

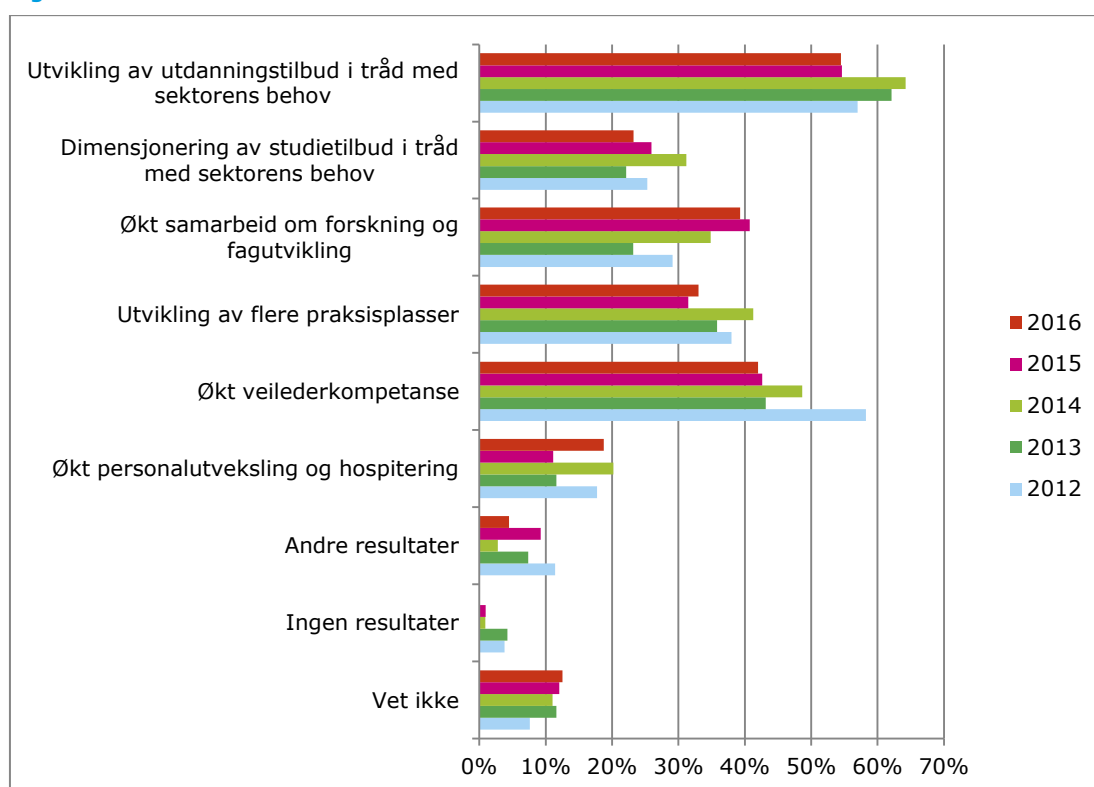
- Sørge for kvalifiserte veiledere
- Bidra til at veiledere drar på veiledersamlinger i regi av høyskolen
- Oppgi navn på praksisveileder ved henvendelse fra høyskolen
- Legge til rette for hospitering
- Legge til rette for kommunikasjon via internett mellom student og høyskole
- Sørge for kontaktperson i kommune/interkommunalt samarbeid
- Følge opp prosedyrer for skikkethetsvurdering
- Juni studieåret før: Helsefakultetet sender ut informasjon om praksisveiledersamling/opplæring

Som vi har sett i de foregående avsnittene, er det forholdsvis stor forskjell på avtalene, herunder om avtalen er av mer overordnet karakter eller mer spesifikt omhandler for eksempel praksis. I neste kapittel skal vi se nærmere på opplevde resultater av avtalene.

### 3.3 Resultater av samarbeidsavtalene

Både KS' arbeidsgivermonitor og funn fra kvalitative intervjuer viser at samarbeidsavtalene oppleves å gi konkrete resultater for kommunene. Besvarelsene fra arbeidsgivermonitoren viser at kommunene opplever at samarbeidsavtalene bidrar til utvikling innen en rekke områder. Figur 3-4 under viser resultater av samarbeidsavtalene, basert på analyser av KS' arbeidsgivermonitor.

Figur 3-4: Resultater av samarbeidsavtalen



Som figur 3-4 viser, har samarbeidsavtalene særlig medført at utdanningstilbudet er utviklet i tråd med sektorens behov. Videre har avtalene medført økt veilederkompetanse. I 2012 var dette tallet på 51 prosent. Også utvikling av flere praksisplasser er et viktig resultat av avtalene, men her varierer tallene noe fra år til år. Økt samarbeid om forskning og fagutvikling har i større grad blitt et resultat de siste par årene. Dette er i tråd med informasjon fra intervjuene om at forskning og fagutvikling er inkludert i avtalene i senere år. I neste avsnitt vil vi se nærmere på formelle samarbeidsarenaer der særlig forskning og utvikling er sentrale temaer.

Funn fra casestudiene understøtter besvarelsene fra KS' arbeidsgivermonitor. De kvalitative intervjuene viser at kommunene opplever at samarbeidet mellom kommune og UH-sektoren blir bedre dersom det foreligger en god samarbeidsavtale. Avtalene bidrar til forpliktelse fra begge parter.

**Samarbeidsavtaler er utrolig viktig, jeg tror det er helt avgjørende. Du kan ikke gjøre det ad hoc, det er ikke noe som bare skjer. Det må være strukturert, skriftlig. Må være på papir.**

**Ansatt i kommunen**

Flere fremhever at det er nødvendig at avtalen skisserer alle de områder man ønsker å samarbeide om og at dette er et suksesskriterium for at ulike temaer blir tatt inn i samarbeidet. Dette oppgis blant annet å være en av årsakene til at flere samarbeidsavtaler enn tidligere nå inneholder temaet forskning og utvikling.

Funnene viser at det er behov for mer kunnskap om de ulike avtalenivåene og hvordan nivåene partene gjør avtaler på påvirker det faktiske samarbeidet.

### **3.4 Formaliserte samarbeidsarenaer mellom kommunene og UH-institusjonene**

Dette prosjektet viser at flere kommuner har formaliserte samarbeidsarenaer med universiteter og høyskoler der blant annet utdanning, forskning og utvikling er sentrale temaer. Disse arenaene kommer som et tillegg til samarbeidsavtalene.

Ved Universitetet i Tromsø sørger de for å ha dialogmøter med kommunene, se tekstboks 3-4 under.

#### **Tekstboks 3-4: Universitetet i Tromsø**

Helsefakultetet ved Universitetet i Tromsø har årlige dialogmøter med de kommunene de har innledet samarbeid med. Dialogmøtene er lederforankret, med deltagelse fra fakultetsledelse, rådmann, helse- og sosialsjef og etatsledere. I dialogmøtene diskuterer man hvordan det konkrete samarbeidet fungerer. Man tar opp spørsmål vedrørende kompetansebehov og rekruttering, samt FoU- arbeid, muligheter for forskningssamarbeid og faglig utviklingsarbeid.

Erfaringer fra dialogmøtene viser at det er en økende interesse for samarbeid om forskning og utvikling blant kommunene- særlig i kommuner der ledelsen er engasjert i disse problemstillingene.

Grad av samarbeid og omfang av samarbeidsarenaer varierer imidlertid forholdsvis mye mellom casekommunene. Mens Orkdal kommune kun har samarbeid i form av én dag praksisveilederkurs, har Bergen kommune en lang rekke samarbeidsarenaer. Gjennom utvikling av kunnskapskommunen (se tekstboksen under), har kommunen blant annet utarbeidet en større utdanningskonferanse. Konferansen ble arrangert for første gang i 2016 og skal være en felles møteplass for kommunens ansatte, forskningsmiljøene og kommunene rundt Bergen. Samarbeidet om kunnskapskommunen er videre organisert i en styringsgruppe og en prosjektgruppe. Disse gruppene består av representanter for både kommuner og UH-sektor.

For en nærmere beskrivelse av kunnskapskommunen<sup>27</sup>, se tekstboks 3-5 under.

<sup>27</sup> <https://www.bergen.kommune.no/aktuelt/kunnskapskommunen/10451>

### Tekstboks 3-5: Kunnskapskommunen

#### **Kunnskapskommunen**

Kunnskapskommunen er et formalisert samarbeid mellom Bergen kommune, Universitetet i Bergen (UiB), Høgskolen i Bergen (HiB), Uni Research Helse, Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Folkehelseinstituttet. Samarbeidet omhandler forskning, utdanning og innovasjon i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Fra 2017 er også omegnskommunene invitert inn i samarbeidet. Målet med samarbeidet er å styrke den kunnskapsbaserte utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, for med dette å sikre bedre kvalitet i tjenestene til byens innbyggere.

Som del av samarbeidet, arrangeres det årlig en større utdanningskonferanse, med mål om å synliggjøre ulike sider ved samarbeidet og presentere resultater for partene.

Bergen kommune har i tillegg to offentlige PhD-kandidater og inviterer alle som forsker på kommunen til en egen samling for at kandidatene skal bli kjent med hverandre og med kommunen. En slik samling ble arrangert første gang i 2017 og det legges opp til årlige samlinger dersom det viser seg å være interesse for dette.<sup>28</sup>

For en beskrivelse av Bergen kommunes offentlige PhD-kandidater, se tekstboks 3-6 under.

### Tekstboks 3-6: Offentlige PhD-kandidater

#### **Offentlige PhD-kandidater**

Offentlige PhD-kandidater skal drive forskning som er relevant for tjenesten. Arbeidet finansieres 50/50 av kommunen selv og Forskningsrådet.

I 2016 fikk Bergen kommunene sine to første offentlige PhD-kandidater. En kandidats arbeid omhandler tilrettelagt kroppøving og syn på egen kropp, mens den andre er del av et større forskningsarbeid om effekten av lys på søvn og mental helse hos personer med demens i sykehjem.

Bergen kommune har flere formaliserte samarbeidsarenaer, slik som Helsecampus Årstadvollen<sup>29</sup> og TVEPS- Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring. For en beskrivelse av disse, se tekstboks 3-7 under.

<sup>28</sup> <https://www.bergen.kommune.no/aktuelt/kunnskapskommunen/11086>

<sup>29</sup> <http://www.uib.no/strategi/helseklynge>



### Tekstboks 3-7: Andre formaliserte samarbeidsarenaer i Bergen

#### **Helsecampus Årstadvollen**

Helsecampus Årstadvollen er et fremtidsrettet prosjekt initiert av Universitetet i Bergen. Ved hjelp av fremragende forskning og utdanning, fullverdige praksisarenaer og tverrfaglig samhandling, er målet å skape innovative helse- og omsorgsløsninger i primærhelsetjenesten.

#### **TVEPS – Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring**

TVEPS er et samarbeid mellom Universitetet i Bergen, Høgskolen i Bergen, Fjell kommune og Bergen kommune. TVEPS trener profesjonsstudenter i tverrfaglig samarbeid med pasienten i sentrum, og har siden 2012 tilbudt helseprofesjonsstudenter i Bergen tverrfaglig trening på arenaer i primærhelsetjenesten, primært på sykehjem og i hjemmesykepleie.

I Tromsø planlegger man bygging av et helsehus som blant annet vil være viktig for samhandling, praksis og tverrprofesjonell samarbeidslæring, se tekstboks 3-8 under.

### Tekstboks 3-8: Helsehuset i Tromsø

Som svar på utfordringer i kjølvannet av Samhandlingsreformen, er Tromsø kommune i ferd med å bygge opp et helsehus som skal stå ferdig i september 2017. Helsehuset ligger i nærheten av Universitetssykehuset i Nord-Norge I Breivika og skal huse kommunens akutt plasser, korttids plasser for utskrivningsklare pasienter, senger for lindrende behandling, rehabiliterings plasser og ettervern for psykiatri og rus. Helsehuset vil være øverste tjeneste i den kommunale omsorgstrappen.

Helsehuset skal bidra til å utvikle arenaer for samhandling internt, mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og interkommunalt. Helsehuset vil videre være en viktig læringsarena for studenter, både med tanke på ordinær praksis og tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS).

## 4. INNHOLD I OG RESULTATER AV SAMARBEIDET

Et av hovedformålene med dette prosjektet har vært å undersøke hvordan kommunesektoren gjennom samarbeid med universiteter og høyskoler kan styrke relevans og kvalitet i helse- og velferdsutdanningene, som på sikt skal bidra til bedre kvalitet i kommunale helse- og velferdstjenester. Vi vil i dette kapittelet se nærmere på innholdet i og resultater av samarbeidet mellom kommunene og UH-institusjonene. I dette ligger også partenes vurderinger av resultatene av samarbeidet. Samarbeid om praksisstudier og veiledet praksis omtales særskilt i kapittel 5.

Som beskrevet innledningsvis, anbefalte blant annet Praksisrapporten<sup>30</sup> et tettere samarbeid om læringsutbyttebeskrivelser, forskning og fagutvikling og mer bruk av personalutveksling og hospitering. Dette blir sentrale temaer i kapittelet.

Kapittelet er i hovedsak basert på funn fra intervjuer i casekommunene.

Avslutningsvis i kapittelet vil vi se på hva universiteter og høyskoler gjør for å sikre kommuneperspektivet i utdanningene. Her har vi brukt data fra både arbeidsgivermonitoren og caseintervjuene.

Hovedfunnene i dette kapittelet er at:

### Tekstboks 4-1: Hovedfunn

- UH-institusjonene oppleves å være lydhøre for kommunens behov og ønsker
- Kommunene er i liten grad involvert i utvikling av læringsutbyttebeskrivelser, men ønsker mer samarbeid om disse
- Forskning og fagutvikling skjer i stor grad på UH-institusjonenes premisser
- Kommunen har ingen kultur for å drive/ prioritere forskning og utvikling
- Personalutveksling, hospitering og delte stillinger anses som en god måte å ivareta kommuneperspektivet i utdanningene
- Det er økt fokus på samarbeid og samarbeidet bidrar til å sikre kommuneperspektivet i utdanningene

### 4.1 Samarbeid om læringsutbyttebeskrivelser

Gode læringsutbyttebeskrivelser er viktige for at forelesere, studenter og arbeidsgivere skal vite hva studentene skal kunne etter endt utdanning. Mens studieprogram beskriver kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse, skal læringsutbyttebeskrivelser gi retning til alle deler av utdanning, eksempelvis både emnebeskrivelser og praksisperioder.<sup>31</sup>

Under den første foreslåtte kvalitetsindikatoren i praksisprosjektet, «Systematisk kunnskapsutvikling og – utveksling, omtales samarbeid om læringsutbyttebeskrivelser.

<sup>30</sup> Universitets- og høyskolerådet (2016) *Kvalitet i praksisstudiene i helse og sosialfaglig høyere utdanning-Praksisprosjektet*.

<sup>31</sup> Meld. St. 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning

«Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene utarbeides, implementeres, videreutvikles og evalueres i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet».<sup>32</sup>

Funn fra intervjuene viser at samtlige kommunale informanter ikke kjenner til at kommunen er med i arbeidet med å utarbeide læringsutbyttebeskrivelser. Dette gjelder både læringsutbyttebeskrivelser for de ulike fagene og for praksisstudiene. Det er imidlertid, i alle kommunene, enighet om at kommunene bør være med i utviklingen av læringsutbyttebeskrivelser for å sikre relevans i utdanningene.

Intervjuer i UH-sektoren viser imidlertid at det gjennomføres tiltak for å inkludere kommuneperspektivet i læringsutbyttebeskrivelsene. Ved flere UH-institusjoner oppgis det at representanter fra kommunen/ kommunehelsetjenesten er involvert i arbeidet med læringsutbyttebeskrivelser på ulike måter. Flere steder har kommunen representanter for praksisfeltet inne i ulike former for samarbeidsorganer, man har kommunene med ved endringer og bruker dem som høringsinstans. Kommunene sitter også i studienemder ved høgskolene. Noe av bakgrunnen for at kommunale informanter opplever dette annerledes enn UH-sektoren, kan skyldes at kommunehelsetjenesten representeres av et lite utvalg eller kun noen få representanter i denne formen for samarbeid. Følgelig er det få som har kjennskap til dette arbeidet. Som en informant i UH-sektoren uttrykker det:

**«Det er vanskelig å forholde seg til kommunen da de er 1) så mange og 2)forskjellig organisert. Mye enklere å ta kontakt med sykehuset da de er mer «strømlinjeformet».**

#### **Ansatt i UH-sektoren**

---

Videre påpekes det at et samarbeid med én kommune ikke betyr at man treffer det samlede kommunale behovet. Enkelte informanter fra UH-institusjonene oppgir at samarbeid med kommunene om læringsutbyttebeskrivelser er en utfordring fordi små og store kommuner kan ha svært ulike utfordringer og at representanter for kommunene derfor kan bringe inn svært ulike elementer i dette samarbeidet.

Samtidig som funn fra intervjuer i UH-sektoren viser at et samarbeid oppleves som krevende, viser funnene også at det er økt oppmerksomhet om kommunens betydning for læringsutbyttebeskrivelser. Blant annet er det tilfeller der man oppgir at kommunen ikke har noen innvirkning i dag, men at det burde bli sånn eller at man har begynt å fokusere mer på dette. Samtidig er det også enkelte informanter innen UH-sektoren som mener det er viktig å balansere praksisfeltets påvirkning på læringsutbyttebeskrivelsene, med UH-institusjonenes akademiske stemme. Enkelte informanter mener også at praksisfeltet har for liten kunnskap til å bidra på dette området.

Noen få informanter fra kommunene oppgir at enkelte fags læringsutbyttebeskrivelser ikke er tilpasset det ansvaret kommunen har i dag for å gi helse- og omsorgstjenester til befolkningen. En av informantene sier læringsutbyttebeskrivelsene ikke er oppdatert på mange år og dermed ikke har tatt opp i seg endringene i kommunens oppgaver. Andre sier at det er for lite fokus på kommunehelsetjenesten i læringsutbyttebeskrivelsene.

Dette støttes også av en av kommuneoverlegene som er intervjuet. Vedkommende mener læringsutbyttebeskrivelsene innen medisin i for liten grad ivaretar kommuneperspektivet og

---

<sup>32</sup> Universitets- og høgskolerådet (2016) *Kvalitet i praksisstudiene i helse og sosialfaglig høyere utdanning-Praksisprosjektet*.

oppgir at universitet bør jobbe mer for å innhente kommunenes ønsker, samtidig som kommunen selv må ta en mer aktiv rolle og henvende seg til universitetet.

En informant fra UH-sektoren er skeptisk til at kommunene kan bidra i arbeidet med læringsutbyttebeskrivelser innen medisin. I følge informanten har dette sammenheng med organiseringen av fastlegene og at kommunene ikke tar et overordnet ansvar for denne delen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. På denne måten har ledelsen i kommunen ingen samlet oversikt over fastlegenes behov. Vedkommende sier det på følgende måte:

***Vi er kritisk til kommunen og hvordan kommunene forholder seg til legetjenestene. Man lar det ansvaret slippe unna. Så da vet de ikke hva legene driver med. De har ikke relevant kompetanse.***

---

***Ansatt fra medisinutdanning***

Flere informanter fra universitetene, inkludert informanten som er sitert over, oppgir imidlertid at de ønsker **mer** samarbeid med kommunene om fastlegene spesielt.

***Vi mangler overordnet perspektiv fra kommunen når det gjelder fastleger. Vi bør ha mer samarbeid.***

---

***Ansatt fra medisinutdanning***

#### **4.2 Samarbeid om forskning og fagutvikling**

I Norge har det tradisjonelt vært tre forskningsutførende sektorer: UH-sektoren, instituttsektoren og næringslivet, der førstnevnte står for om lag en fjerdedel av den samlede virksomheten innen forskning og utvikling. Det er universitetene som særlig har ansvaret for langsiktig, grunnleggende forskning, mens høyskolenes oppgave i all hovedsak er undervisning. Videre er det de regionale helseforetakene som, i tillegg til oppgaver innen behandling, også har oppgaver knyttet til forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Kommunehelsetjenesten har ikke tilsvarende oppgaver innen forskning.<sup>33</sup>

Funn fra dette prosjektet viser at det er svært ulik grad av samarbeid mellom kommuner og UH-institusjoner når det gjelder forskning og fagutvikling. Som vist i kapittel 3.2.1, er det ikke alle casekommunene som har avtaler som inkluderer samarbeid om forskning og fagutvikling. Dette området er det imidlertid blitt gradvis større oppmerksomhet om. Funn fra prosjektet viser videre at kommunene primært forskes *på* og ikke *med*. Det er UH-sektoren som driver forskning, mens kommunen brukes som forskningsobjekt, eventuelt er kommunen behjelpelig med datainnsamling, for eksempel ved å fremskaffe informanter.

Alta kommune har inngått en samarbeidsavtale med Senter for omsorgsforskning nord, som viser hvordan dette kan foregå, se tekstboks 4-2.

**Tekstboks 4-2: Alta som omsorgsforskningskommune**

---

<sup>33</sup> HelseOmsorg21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg Rapport 2014

Alta kommune er en av ni kommuner som inngår i regionale omsorgsforskningkommuner som er tilknyttet Senter for omsorgsforskning, nord. Dette partnerskapet innebærer at kommunen forplikter seg til å sette senteret i kontakt med informanter, å gi senteret informasjon om kommunens helse- og omsorgstjenester, eventuelt assistere i forbindelse med datainnsamling. Dette siste kan kommunen velge å si ja eller nei til og arbeidet vil godtgjøres økonomisk.

#### 4.2.1 Kommunen vil påvirke hva det forskes på, ikke drive forskning

Mens spesialisthelsetjenesten har forskning som en lovpålagt oppgave, skal kommunen *medvirke til* forskning. Funn fra prosjektet viser at forskning og fagutvikling er et ukjent område for mange kommuner. Flere steder har man ikke kompetanse til å drive og/ eller delta i forskningsarbeid. Det er heller ikke rom for forskning og fagutvikling i kommunale budsjetter.

Ledelsen i en av kommunene som inngår i prosjektet er opptatt av at lite av helseforskningen handler om kommunale temaer og at kun en liten del av forskningsmidlene går til kommunene.

***Det er en asymmetri mellom sykehus og kommunene. Kommunen påvirker i liten grad forskningstemaene. Bare 10 prosent av helseforskning går til kommunale tema. Og bare veldig liten prosent av forskningsmidlene går til kommunene. Vi får enormt press på økonomien, som gjør at vi må prioritere mye tøffere.***

#### ***Leder i kommune***

En av de kommunale lederne er tydelig på at de ikke skal bidra til forskning som ikke er relevant for kommunen. De har erfart at deltagelse i forskning kan kreve mye ressurser fra kommunen uten at kommunen får noe igjen for ressursene de setter av til forskningen.

Funn fra intervjuene viser at man andre steder har lyktes godt med å gjøre forskningen tjenestenær og sørget for å bringe kunnskapen tilbake til kommunen på en måte som synliggjør gevinsten av deltakelse ytterligere. Ved UiT Norges Arktiske universitet har man, gjennom etablering av Universitets-NAV, fått tettere samarbeid blant annet om forskning. Gjennom tett dialog og samarbeid med NAV, har universitetet blant annet utviklet en rekke forskningstemaer som omhandler flyktningeproblematikk. Problemstillingene er utledet via universitetets kompetanse og forskningsinteresse og dagligdagse problemstillinger de ansatte møter gjennom sitt arbeid i NAV. Informanter fra universitetet gir uttrykk for at samarbeidet virker lovende, blant annet fordi man lykkes med å gjøre forskningen relevant for tjenestene. Det er imidlertid en arbeidsform og kultur som gradvis må få vokse frem ettersom dette er en ny måte å jobbe på.

### **4.3 Personalutveksling og hospitering som samarbeidsform**

Funn fra intervjuene viser at det er forholdsvis lite personalutveksling og hospitering i kommunene vi har besøkt. I de tilfellene der dette forekommer, er det i form av enkelte delte stillinger, der kommunalt ansatte<sup>34</sup> har noen gjesteforelesninger ved universitet/ høyskole eller ved at ansatte i UH-sektoren har en liten del av stillingen sin i kommunen, for eksempel 20 prosent i forbindelse med et prosjekt. Selv om det forekommer lite personalutveksling, er de aller fleste positive til denne formen for samarbeid og utveksling av erfaringer. Intervjuer med både UH-sektor og studenter viser at dette er av spesielt stor betydning for studentene, som opplever gjesteforelesninger fra kommunen som spesielt givende og læringsrikt. Gjesteforelesninger er

<sup>34</sup> I dette prosjektet er det primært kommunalt ansatte fastleger, samt ansatte i sosialtjenesten i kommunen som nevnes spesifikt.

også av stor betydning for å dempe «praksissjokket», som er vel dokumentert spesielt i forbindelse med nyutdannede læreres overgang til arbeidslivet.

I de neste avsnittene skal vi se nærmere på hva som kan være resultater av samarbeidsavtalene mellom partene.

#### **4.4 Hvordan bidrar samarbeidet til å sikre kommuneperspektiv i utdanningene?**

Som vist i kapittel 3 har fire av de fem casekommunene overordnede samarbeidsavtaler mellom kommune og UH-institusjon(er). Disse avtalene danner ett av flere utgangspunkt for samarbeid mellom partene og gir blant annet kommunene anledning til å påvirke innhold i og relevansen av utdanningene. Videre viser dette prosjektet at partene har formelle møter der også kommunen er representert, for eksempel samarbeidsutvalg, studieprogram o.l., samt kontakt av mer uformell karakter.

I følge informanter i UH-sektoren forsøker man å ivareta kommuneperspektivet både gjennom innhold i rammeplaner og ved at man er oppmerksom på betydningen av å ha praksis i kommunehelsetjenesten. Dette kommer både som et resultat av samhandlingsreformen og et økende fokus på pasientforløp, men også som en følge av et fremtidig behov for arbeidskraft- spesielt når det gjelder sykepleiere, men også for leger, og særlig i Nord-Norge. Flere steder satses det i tillegg på lengre praksisperioder i kommunehelsetjenesten.

Samtidig påpeker enkelte andre at universiteter og høyskoler er svært bundet av ramme- og læreplaner og at utdanningene henger etter samfunnsutviklingen. Enkelte påpeker at samhandlingsreformen krever mer generalistkompetanse og at læreplanene derfor må moderniseres.

Det er økende oppmerksomhet på betydningen av å ha praksis i kommunehelsetjenesten og enkelte steder satses man på lengre praksisperioder i denne sektoren. På tross av dette oppleves det fortsatt mange steder å være et stort fokus på praksis i spesialisthelsetjenesten.

Funn fra dette prosjektet tyder på at samarbeidet mellom partene er *i ferd med å* sikre kommuneperspektivet i utdanningene. Det varierer hvor langt man har kommet og det varierer hvor stor grad av bevissthet det er omkring dette temaet. Flere kommunale informanter oppgir at det er en viss form for bevegelse. UH-institusjonene oppleves som lydhøre for kommunens behov og kommunene inviteres i større grad inn til samarbeid og får være med å uttale seg om hva slags utdanning det er behov for- nå og i fremtiden.

Intervjuer med representanter for UH-sektoren viser noen gode eksempler på tett samarbeid for å sikre kommuneperspektivet i utdanningene. Ved høgskolen på Vestlandet har man gjort følgende, se tekstboks 4-3.

#### **Tekstboks 4-3: Høgskolen på Vestlandet**

Ved Høgskolen på Vestlandet gjør de flere ting for å sikre kommuneperspektivet i utdanningene:

Blant annet diskuterer de ofte behovet for å ha oppmerksomhet på både kommune- og spesialisthelsetjenesten. De kartlegger kommunens behov og forsøker å tilrettelegge videreutdanninger i tråd med kommunens uttrykte behov. Deltakere fra kommunene er med i «studienemder» der de planlegger veien og utarbeide studieplaner.

For å møte samhandlingsreformens kompetansebehov, er det også etablert en master i samhandling i helse og sosialtjenestene.

Også Norges Arktiske universitet jobber aktivt for å sikre kommuneperspektivet i utdanningene. Se tekstboks 4-4 under for en beskrivelse av hvordan de jobber her.

#### Tekstboks 4-4: Norges Arktiske universitet

Ved Norges Arktiske universitet har de rettet stor oppmerksomhet mot samarbeid med kommunene og jobber med å sikre kommuneperspektivet i utdanningene på flere måter:

For det første jobbes det aktivt med å sikre praksisplasser i kommunen ettersom mange av studentene skal ha kommunen som fremtidig arbeidsplass. Ved universitetet er de opptatt av at mange i tillegg skal jobbe i små kommuner og at universitetet derfor må tilrettelegge for at studentene blir allsidige. Ved universitetet er de opptatt av tverrfaglig samarbeid, og studentene blir introdusert for en tverrfaglig gruppe i kommunen.

I tillegg inviteres aktuelle kandidater fra kommunen inn til universitetet for å presentere seg og sin tjeneste.

Det pågår også forskning som omhandler småkommune-problematikk, med fokus på interkommunalt samarbeid, som er viktig i regionene.

Universitetet prøver også å samordne praksis, slik at sosionomstudentene er i praksis der helsefakultetet har studenter i praksis. På denne måten tilrettelegges det for at studentene får jobbet tverrfaglig (TPS-tverrprofesjonelt samarbeid).

I tillegg har de ved dette instituttet en person i en bistilling i kommunen. Og motsatt en fra kommunen som er inne i 15 prosent stilling og underviser.



## 5. SAMARBEID OM PRAKSISSTUDIER

Eksterne praksisstudier er en viktig del av både medisiner-, sykepleier- og sosionomutdanningene og gir studentene unike muligheter til læring i autentiske situasjoner, med pasienter og med samarbeid med annet helsepersonell. Funn fra blant annet praksisprosjektet<sup>35</sup>, viser at det er utfordringer knyttet til praksisstudienes kvalitet og relevans og til kvalifisert veiledning. Dette prosjektet har hatt et særskilt fokus på praksisstudier og veiledet praksis i kommunene. I dette kapitlet vil vi se nærmere på praksisavtaler, samarbeid om praksis, kostnader og gevinster ved praksis, samt veiledning og veilederkompetanse. Veiledning av medisinstudenter vil omhandles spesifikt ettersom dette har vært et eget fokusområde for prosjektet. Innholdet i kapitlet baserer seg primært på funn fra caseintervjuene.

Hovedfunnene fra dette kapitlet er at:

### Tekstboks 5-1: Hovedfunn

- Alle kommunene som inngår i prosjektet har studenter i praksis, men kun 4 av 5 kommuner har overordnede avtaler om praksis med UH-institusjon
- Koordinering av praksis krever mye ressurser fra både kommunen og UH-institusjonen
- Mye av samarbeidet går utenom kommunen og avtales direkte mellom UH-institusjon og hvert enkelt praksissted
- Det er særlig ressurskrevende å koordinere praksisutplassering hos fastleger ettersom kommunen ikke tar et overordnet ansvar for dette
- Avtaler om praksis for medisinstudenter i allmennlegetjenesten gjøres direkte med hvert enkelt fastlegekontor
- Informanter i både kommuner og UH-institusjoner er kritiske til at det er ulik finansieringsordning for praksis i kommune- og spesialisthelsetjeneste
- Kommunens kostnader knyttet til praksis er først og fremst knyttet til medgått tid hos veileder
- Praksis anses som en viktig rekrutteringskanal for kommunen
- Praksis bidrar til fagutvikling i tjenestene
- For fastleger medfører praksisveiledning et betydelig økonomisk tap
- Formell veilederkompetanse anses som positivt, men det er vanskelig for kommunene og fastlegene å prioritere dette
- Fagveiledning fra UH-institusjon er ressurskrevende, men viktig
- Enkelte steder har man oppfølging via video når praksisstedet er langt fra UH-institusjon

### 5.1 Praksisavtaler er vanlig, men formen varierer

Samtlige kommuner som inngår i casestudiene har utarbeidet samarbeidsavtaler med universitet/ høyskole. Grad av detaljeringsnivå i avtalene avhenger av om det er en overordnet samarbeidsavtale mellom kommunen og universitetet/ høyskolen eller om det er en avtale mellom kommunen og det aktuelle fakultet/ institutt. I tillegg er det variasjoner mellom

<sup>35</sup> Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Universitets- og høyskolerådet, 2016.

avtaledokumentene også der det er gjort avtaler mellom kommune og fakultet/ institutt. Avtalene på fakultets-/ instituttnivå inneholder konkrete punkter vedrørende praksis, men ordlyden er ulik og gir dermed varierende grad av forpliktelser overfor partene. Mens det enkelte steder oppfordres til og «ønskes» samarbeid, har andre avtaler et større innslag av «skal-formuleringer», slik som «partene skal samarbeide om praksisstudiene».

## 5.2 Samarbeid om praksis

Samarbeid om praksis kan foregå på flere måter. Som tidligere beskrevet, tar utdanningsinstitusjonen, representert ved det enkelte fakultet/ institutt, i flere tilfeller direkte kontakt med kommuner om praksisplasser for «sine» studenter. Andre steder har man forsøkt å systematisere og koordinere dette arbeidet ettersom det enkelte steder er svært mange studenter som skal i praksis samtidig.

En av kommunene har nylig fått midler til å ansette en praksiskoordinator som skal ivareta koordineringen av praksis og sørge for bedre innfasing og spredning av studenter gjennom året. På denne måten ser kommunen for seg at de kan øke kapasiteten og dermed bidra med flere praksisplasser enn de gjør i dag.

I Alta kommune har de satt i gang et samarbeidsprosjekt om regionalisering av medisinstudenter, jf. tekstboks 5-2.

### Tekstboks 5-2: Regionalisering av medisinstudenter

#### ***Regionalisering av medisinstudenter***

Samarbeidet er en avtale mellom UiT Norges Arktiske universitet, det helsevitenskapelige fakultet og Alta kommune. Målet med avtalen er blant annet å motivere medisinstudenter til å velge Finnmark som fremtidig arbeidssted.

I 2017/2018 gjennomføres en pilot der fire studenter skal gjennomføre 6. studieårs praksis i Finnmark.

Fra 2018/2019 skal prosjektet være i ordinær drift med inntil 12 studenter.

Studentene vil ha Hammerfest som hovedbase, men vil alternere mellom lærestedene Alta, Hammerfest og Karasjok, med 3-4 ukers praksisperioder hvert sted.

Prosjektet finansieres av begge parter: UiT lønner koordinator i Alta i 20 prosent stilling. Kommunen finansierer 40 prosent undervisningsressurs innenfor allmenntidmedisin. Kommunen finansierer i tillegg tilrettelegging av legekontor og stiller forøvrig med undervisningslokaler.

Helsefakultetet har ansvar for bolig og det overordnede ansvaret for undervisningen.

## 5.3 Kostnader knyttet til praksis

Dette prosjektet viser at informanter både i kommunene og UH-sektoren er kritiske til at finansieringsordningen er ulik for praksis i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Både informanter i UH-sektoren og i kommunene oppgir at dagens finansieringsordning ikke er i tråd med forventningene til kommunal helsetjeneste. Blant annet trekkes det frem at oppgaveoverføring fra spesialist- til kommunehelsetjenesten i forbindelse med samhandlingsreformen medfører at det stilles stadig større krav til kompetanse og kvalitet i kommunehelsetjenesten.

Videre viser funnene at det er mange kostnader knyttet til planlegging og gjennomføring av praksis. Disse kostnadene berører ulike områder og nivåer og dekkes av ulike aktører, herunder kommune, UH-institusjon og studentene selv. Dette prosjektet har ikke til hensikt å gi et fullstendig estimat av disse kostnadene, men vil heller forsøke å si noe om hvilke kostnadselementer som knytter seg til gjennomføring av praksis, direkte og indirekte. Beskrivelser av kostnader tar utgangspunkt i informasjon fra intervjuene og er ikke nødvendigvis representative. Andre kommuner kan ha andre og større kostnader enn det som er tilfelle for kommunene som inngår i dette prosjektet.<sup>36</sup>

#### 5.3.1 Kostnader for kommune/praksissted

Kostnader knyttet til å ha studenter i praksis handler primært om tiden veileder må avsette til studentveiledning. Utgifter til veiledning er derfor av mer indirekte art, i form av den arbeidstiden som veilederne bruker både i forkant av praksis og sammen med studentene under praksisperioden. Prosjektet viser at det er ulikt syn på hvor «belastende» og tidkrevende dette arbeidet oppfattes. Enkelte informanter oppgir at studentene bare skal følge de ansatte som uansett er på jobb og at merarbeidet derfor er minimalt. Det påpekes også at arbeid med og oppfølging av studenter er mer krevende i starten av studieløpet, mindre etter hvert som studentene kan gjøre mer arbeid selv. Andre har imidlertid påpekt at selvgående studenter som tar egne pasienter, også oppleves å trenge mer veiledning. Dette bildet er med andre ikke entydig.

I tillegg til arbeidstiden som går med til veiledning, vil utdanning av veiledere også medføre utgifter for kommunen. Funn fra prosjektet tyder på at enkelte UH-institusjoner tilbyr gratis veilederutdanning for kommunens praksisveiledere. Imidlertid vil gjennomføring av veilederutdanning koste noe i form av medgått tid og ressurser for den enkelte veileder, og for den enkeltes arbeidssted i form av lønnsmidler til vikarer.

Videre krever utplassering av studenter i praksis administrative ressurser, både for kommunen som helhet og for det enkelte tjenestestedet som tar i mot praksisstudenter. Funn fra intervjuene viser at det varierer hvorvidt kommuneadministrasjonen bruker ressurser på dette eller om administreringen av praksisstudenter delegeres helt og fullt til hvert enkelt praksissted. Dette kan både variere mellom ulike utdanninger og kommuner av ulik størrelse. Store kommuner som har flere hundre studenter i praksis hvert år, legger ned betydelig med tid og ressurser i planlegging, gjennomføring og oppfølging av praksis. I flere store kommuner har en valgt å ha egen/ egne ansatte som sørger for å koordinere dette arbeidet.

Videre kan studentene også ha behov for eget lokale/kontor og utstyr, det være seg lokaler til veiledning, undervisning og egen pasientbehandling. Utgifter til lokaler vil sannsynligvis variere med type utdanning, praksissted og hvor langt studentene har kommet i sitt studieløp.

#### 5.3.2 Kostnader for UH-sektoren

Også informanter fra UH-institusjonene oppgir at det brukes mye ressurser på å administrere veiledet praksis. I tillegg til at universiteter og høyskoler forholder seg til de enkelte kommunene, opprettes det også egne avtaler med hvert enkelt praksissted.

Informanter i UH-sektoren opplever det som særlig ressurskrevende å administrere praksisutplassering av medisinstudenter ettersom universitetene må forholde seg til hvert enkelt fastlegekontor. For å lette den administrative byrden omkring utplassering av medisinstudenter i praksis ved fastlegekontor, har flere av informantene fra universitetene forsøkt å etablere et samarbeid direkte med kommunene. Dette har imidlertid ikke ført til endringer.

---

<sup>36</sup> Vi er blitt gjort oppmerksomme på at noen kommuner har store utgifter til studentboliger i forbindelse med praksis. Det er imidlertid ingen av informantene i dette prosjektet som nevner denne kostnaden spesifikt.

I følge en rapport fra UHR<sup>37</sup>, medfører føringer fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet at alle som berøres av spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er pålagt å «*ta i mot og veilede studenter i praksis uten vederlag, som del av sitt samfunnsmandat.*»<sup>38</sup> I UHRs kartleggingsundersøkelse fra 2010<sup>39</sup> står det at kommunehelsetjenesteloven er like juridisk forpliktende som eksempelvis spesialisthelsetjenesteloven, når det gjelder å ta i mot og veilede studenter. Ettersom lovteksten i kommunehelsetjenesteloven ikke er formulert på samme måte på dette punktet, kan den imidlertid være gjenstand for ulik tolkning av praksisstedene. UHRs undersøkelse viser at det er forholdsvis vanlig å betale for veiledning. I dette prosjektet finner vi at det gjelder spesielt fastlegene. I tillegg oppgir informanter ved enkelte UH-institusjoner at det er avsatt samarbeidsmidler<sup>40</sup> som brukes til honorering av veiledere.

Funn fra dette prosjektet viser at det tydeligste eksemplet på direkte honorering for veiledning er blant fastlegene, som ofte får en konkret sum per student de mottar i praksis. I en av casekommunene gjøres dette på følgende måte, jf. tekstboks 5-3.

#### **Tekstboks 5-3: Eksempel på honorering for veiledning**

Universitetet betaler fastlegene for praksis, 1-2 dager tidlig i studiet. Denne summen antas å ligge på 1000-1500 kr pr dag. Denne summen øker fort til 2000 kroner når studentene skal gjøre mer selv og trenger mer veiledning/hjelp.

I tillegg til dette har UH-institusjonene også utgifter til transport og bolig for studenter som skal i praksis som innebærer reise og/ eller midlertidig flytting. Ser man på reglementet for de enkelte UH-institusjonene som inngår i dette prosjektet, finner man noen forskjeller. Mens det helsefaglige fakultetet ved UiT yter refusjon til merutgifter til bolig på praksisstedet med inntil 4000,- per måned, dekker Høgskolen på Vestlandet utgifter til «nødvendig leie av hybel nummer 2 ved praksisstedet»<sup>41</sup>. Begge steder ytes refusjon til reiseutgifter.

Ved store reiseavstander mellom UH-institusjonen og praksissted, vil det også kunne være reisekostnader for veileder/ faglærer. På steder med store reiseavstander, diskuteres det om man primært skal ha praksis i nærhet til studiestedet for å holde kostnadene nede. En del distriktskommuner har imidlertid et stort ønske om å motta studenter da dette er viktig for fremtidig rekruttering til de aktuelle yrkene. En måte å imøtekomme studentene på og samtidig holde kostnadene nede, er å ta i bruk videomøter o.l. i større grad. Høgskolen på Vestlandet er et eksempel på at dette benyttes i stor utstrekning.

#### **5.3.3 Kostnader for studenter**

For studentene vil kostnader knyttet til praksis kunne dreie seg om bo- og reisekostnader. En undersøkelse<sup>42</sup> gjennomført av Studentenes landsforbund viser at det er svært ulik praksis hva gjelder refusjon av merutgifter for studenter som må i praksis langt fra hjemkommunen/

<sup>37</sup> Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. 2010. Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av ekstern veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger

<sup>38</sup> Ibid, s. 17.

<sup>39</sup> Ibid.

<sup>40</sup> Fra 2006 ble bruken av praksisveiledningsmidler endret. Midlene skal gå til prosjekter som har til hensikt å styrke samarbeidet mellom UH-institusjoner og praksissteder, både i spesialisthelse- og primærhelsetjenesten. Hentet fra: <http://www.uhr.no/documents/HOD150906.pdf>

<sup>41</sup> <http://www.hib.no/om-hogskolen/sentrale-dokument/lover-forskrifter-reglar-og-retningslinjer/reiseutgifter/>  
<sup>42</sup> V11: Resolusjon fra Studentenes Landsforbund om økonomiske merutgifter i pålagt fjernpraksis i: [http://www.uhr.no/documents/290410\\_hele\\_rapporten\\_samlet.pdf](http://www.uhr.no/documents/290410_hele_rapporten_samlet.pdf)

studiestedet. Undersøkelsen viser at studentene gjennomgående får etterbetalt sine utgifter, hvilket medfører at de for eksempel må betale to husleier samtidig. Som nevnt i avsnittet over, er det ulik praksis mellom UH-institusjonene når det gjelder refusjon av merutgifter. På bakgrunn av dette vil kostnadene for studentene også variere. Studentene som er intervjuet i dette prosjektet oppgir ikke at de har erfaring med slike bo- og reisekostnader.

#### **5.4 Hva er de viktigste gevinstene ved å ha studenter i praksis?**

Selv om det kan være ressurskrevende å motta studenter i praksis, skal dette arbeidet imidlertid også medføre noen gevinster, i form av fersk teoretisk kunnskap, ny kompetanse og en faglig nysgjerrighet, som igjen bidrar til å styrke fagutviklingen ved arbeidsplassen. Noen av informantene nevner da også dette og sier at det å ta i mot studenter i tjenestene bidrar til å løfte kunnskapsnivået og skjerpe den og de som skal ta studentene i mot. Som tidligere nevnt, kan det være en tosidighet i hvorvidt studentene oppleves som en ressurs. En av informantene sier det på følgende måte:

*Ressursmessige gevinster? Det er en tosidighet i det. Kommer litt an på hvor langt de har kommet i studiene. Hvordan man klarer å tenke rundt den ressursen, og det at de bringer inn kunnskap.*

*Ansatt kommune*

---

Som sitatet viser, handler gevinsten ved å ta i mot studenter i praksis, kanskje aller mest om kultur og hvorvidt man lykkes med å tenke rundt studenter og ta i bruk deres kunnskap og faglige nysgjerrighet. Det er rimelig å anta at dette også henger sammen med planlegging og forberedelser til praksis, jf. punkt 7.1 om strukturelle drivere og barrierer.

I tillegg til disse gevinstene, påpeker flere av informantene at studentene er viktig for fremtidig rekruttering til tjenestene. Dette kommer vi tilbake til.

#### **5.5 Hva kjennetegner god praksis?**

Studentene som er intervjuet i prosjektet, tilhører medisiner-, sykepleier- og sosionomutdanninger ved et lite utvalg læresteder. Studentene er på ulike steder i sitt studieløp: mens noen er ferdig med ett år studier, er andre snart ferdig med hele utdanningen sin. De tre utdanningene har i seg selv ulikt innhold og omfang av praksis. Mens sosionomstudentene vi har intervjuet har én praksisperiode over fire måneder i løpet av hele studieløpet, har sykepleier- og medisinstudentene flere praksisperioder. Omfang og fordeling av praksis er beskrevet innledningsvis i rapporten.

Sosionomstudentene oppgir at de kun har erfaring med kommunehelsetjenesten, mens flere av de andre studentene har erfaring med både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er med andre ord lite grunnlag for å gjøre sammenligninger mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten hva gjelder kvalitet i praksis. Studenter som har vært begge steder, opplever at den primære forskjellen mellom de to nivåene handler om at spesialisthelsetjenesten er mer spesialisert. Sykepleierstudentene opplever at de i større grad får en-til-en-veiledning av en annen sykepleier i spesialisthelsetjenesten, mens de som har vært i kommunehelsetjenesten også har opplevd å få veiledning i gruppe eller for eksempel av en vernepleier. Medisinstudentene på sin side opplever at praksis i spesialisthelsetjenesten medfører at de følger en rekke ulike leger, mens de i kommunehelsetjenesten har forholdt seg til det samme praksisstedet og den samme legen over en lengre periode og dermed har rukket å bli bedre kjent. Det siste har i følge studentene vært å foretrekke.

Når vi spør studentene om hva som kjennetegner god praksis, trekker de frem følgende to faktorer: egen veileder og det å bli sett og fulgt opp på praksisstedet.

Sosionomstudentene har vært svært fornøyd med sin praksis. De opplevde å bli godt ivaretatt på sitt praksissted- ikke bare av veileder, men også av resten av personalet. Medisinstudentene har litt andre erfaringer og forteller om praksisperioder hvor de i stor grad har vært overlatt til seg selv og hvor læringsutbyttet i stor grad avhenger av om de møter noen som tar seg av dem og dermed sørger for at de får et innhold i praksisperioden sin. Som to av studentene selv sier det:

***Noen leger eller sykepleiere tar seg litt av oss og sørger for utfordringer og noe vi får gjøre. Men vi blir overlatt til oss selv. Viktig å møte noen som vil lære vekk og at vi møter noen som er interessert i å lære oss.***

#### **Medisinstudent**

---

***Det jeg var minst fornøyd med er når du ikke føler deg velkommen. Du er ikke ventet, uinteressert personalgruppe, ingen plan... og jeg var alene i praksis, det var ikke bra.***

#### **Sykepleierstudent**

---

I tillegg til egen veileder og det å bli sett og fulgt opp, er det også forhold av mer strukturell art som er av betydning for hvordan studentene opplever praksis. En del av disse tankene deler studentene med andre informanter i prosjektet.

Både studenter og andre informanter påpeker at det bør være større grad av forventningsavklaring i forkant av praksis. Noen av studentene opplever at veileder og praksissted har lite kjennskap til hvor langt studentene har kommet i studiet- og følgelig hva de kan og ikke kan. Dette kan medføre at studentene ikke får tilstrekkelig med utfordringer, eller at de kastes ut i situasjoner de ikke er forberedt på og/ eller ikke mestrer. Studentene etterlyser større grad av forberedelse og planlegging, slik at praksis i større grad fylles med lærerikt innhold og slik at man kommer godt i gang fra dag 1. Samtidig har de forståelse for at praksisstedet må ta hensyn til for eksempel sårbare pasienter. Som en student sier det:

***Vi kunne kommet i gang litt kjappere. Vi kokte mye kaffe i starten. Det er ikke alt man kan være med på her... det skjønner jeg. Det er en spesiell pasientgruppe og noen av pasientene har de ansatte kanskje brukt et halvt år på å komme innpå[...] Jeg tror allikevel det kunne vært mer i starten her. Vi kunne hoppet mer i det fra dag 1[...] Det kunne vært tilrettelagt for at leder og veileder hadde møttes og lagt en plan for hva vi skulle vært gjennom.***

#### **Sosionomstudent**

---

Det påpekes også at avtaler og større grad av koordinering av praksis, er en forutsetning for å sikre gode forberedelser. Dersom man, en viss tid i forveien, vet hvor mange studenter som skal i praksis og når, kan man i større grad forberede både student og praksissted. På denne måten kan man sørge for at studentene får mer innhold i og større utbytte av eksternt veiledet praksis.

## 5.6 Praksis som rekrutteringskanal

I tillegg til at god praksis gir verdi i seg selv- for den enkelte student, pasienter og fremtidige arbeidsgivere, vil det å ha studenter i praksis være viktig for rekruttering til kommunehelsetjenesten. Per i dag er det imidlertid langt mer attraktivt for nyutdannede å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Avgangsundersøkelsen til sykepleierstudentene viser at kun 15 prosent har jobb i kommunehelsetjenesten som sitt førstevalg etter endt utdanning. Tallet har vært stabilt over flere år og var rekordlavt i 2016<sup>43</sup>. Flertallet av studentene i undersøkelsen oppgir at praksisopplevelser under studiet har betydning for hvor de ønsker å jobbe når de er ferdig utdannet. Funn fra dette prosjektet bidrar til å støtte opp om dette- kanskje spesielt for sykepleierstudenter. En av studentene sier følgende om det å jobbe på sykehjem:

*Det å jobbe på institusjon blir sett ned på. Det er fordi det er eldre folk, det er lav dekning av ansatte, få å diskutere med. Det faller veldig mye på den enkelte. Du har kanskje ansvar for 70 stykker uten lege til stede og folk blir bare sykere og sykere. Det er lite attraktivt.*

### Sykepleierstudent

---

Å jobbe som sykepleier i kommunehelsetjenesten oppleves med andre ord som både krevende, lite attraktivt og det er uklart om utdanningene lykkes i arbeidet med å forberede studentene på den arbeidshverdagen som møter dem.

## 5.7 Veilederkompetanse er viktig

Flere informanter, både i kommune og UH-sektoren, mener det er viktig å styrke den formelle veilederkompetansen blant eksterne praksisveiledere. Ved en av høyskolene opplever de stor forskjell i kompetanse etter hvert som flere tar veilederutdanning. En av informantene ved høyskolen sier følgende:

*Har utdanning på det her på skolen. Stadig flere som tar denne. Det merkes godt. Merker om de har kompetanse. Er nok både måten de formidler og stiller spørsmål og hvordan de klarer å lese dokumentene våre. Vi vurderer studentene tydelig på læringsutbytte. Merker at de som har kompetansen går inn i problematikken på en annen måte, ser muligheter, klarer å beskrive og forklare for studenten og for oss.*

### Ansatt ved høgskole

---

Informantene i kommunene oppgir at det varierer hvorvidt de eksterne praksisveilederne i kommunene har formell veilederkompetanse. Det oppgis også å være variasjoner mellom faggrupper innad i en kommune. Informanter i kommunene oppgir at å styrke den formelle veilederkompetansen er kostbart og må gå over kommunens driftsbudsjett. Flere kommuner oppgir at det ikke er midler til dette.

Trange, kommunale budsjetter fungerer imidlertid ikke som den eneste forklaringen på hvorfor formalkompetansen flere steder er for lav. Flere studiesteder tilbyr veilederutdanning eller kurs.

---

<sup>43</sup> <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3264501/17036/Rekruttering-til-kommunene>

Ved en av høyskolene tilbyr man kommunene gratis veilederutdanning på 15 studiepoeng, samtidig som man tilbyr kommunene å dekke vikarutgifter for de som deltar. Funn fra intervjuet viser at de ved denne høyskolen opplever at det allikevel ikke kommer studenter. De vet ikke hvorfor det er slik.

Ved UiT Norges Arktiske universitet har senter for helsefaglig pedagogisk utvikling (HelPed) utarbeidet egne kurs som tas godt i mot. Se tekstboks 5-4 under.

#### **Tekstboks 5-4: Eksempel på desentralisert veilederutdanning**

Ved UiT Norges Arktiske universitet tar de opp 75 studenter til desentraliserte utdanninger annethvert år. Studiet har egne, lokale lærere som jobber på desentralisert utdanning, og som forestår opplæringa. De er ansatt ved universitetet, men utøver jobben ute. Ved universitetet opplever man at denne modellen styrker samarbeidet med kommunen. De får også tettere kontakt med studenten. Samtidig er det krevende for universitetet og koster mer.

Modellen bidrar imidlertid til at det er enklere å rekruttere veilederstudenter der ute. 80 prosent av veilederstudentene blir boende i «sin» kommune. Universitetet samarbeider med dem med tanke på veiledning av «ordinære» studenter som skal ut i praksis i distriktskommuner.

Parallelt som informantene etterlyser høyere formell veilederkompetanse, understreker enkelte at god veiledning ikke bare handler om formell kompetanse, men også om en interesse for veiledning og for studenter. Dette støttes også av studentene selv. I tillegg til praksisveileder, er også fagveileder av betydning for gjennomføringen av praksisperioden.

### **5.8 Fagveileder ved studiestedet**

Det varierer om og i hvilken grad studentene har hatt oppfølging av lærer eller fagveileder fra studiestedet sitt ute i praksis. To av studentene har hatt en fast fagveileder på utdanningsstedet, som de sendte arbeidskrav til og som var tilgjengelig for både student og praksissted på telefon og epost gjennom hele praksisperioden. Fagveileder var i tillegg ute på praksisstedet og besøkte studentene, med og uten ekstern veileder. Denne tette oppfølgingen oppleves viktig for både studenter, utdanningssted og praksissted.

Noen steder har fagveileder eller lærer kontakt med studentene på video. Dette gjøres primært for å holde reisekostnadene på et minimum.

### **5.9 Veiledning av medisinstudenter**

Praksisutplassering av medisinstudenter i kommunehelsetjenesten skiller seg fra praksisutplassering av de andre helsefagutdanningene. Dette handler primært om organisering av fastlegjetjenesten og manglet overordnet koordinering av praksis i kommunene. Veiledning av denne studentgruppen er derfor viet et eget delkapittel.

- 5.9.1 Fastleger som veileder medisinstudenter taper økonomisk  
Fastleger som tar i mot medisinstudenter i praksis, får noe kompensasjon fra utdanningsinstitusjonen. Kompensasjonen oppgis imidlertid å være langt lavere enn inntekten



fastlegen har for gjennomføring av pasientkonsultasjoner. I følge informantene handler motivasjonen for å ta imot studenter om at leger ser på studentveiledning som en viktig samfunnsoppgave, at de får faglig påfyll og at de synes det er hyggelig.

Fastleger som ønsker å bruke tid til på å følge opp og veilede studenten, har gjerne færre pasienter. Ettersom studentveiledning gir lavere kompensasjon enn pasientkonsultasjoner, medfører dette at fastlegen går i minus de dagene studenten er til stede. En av legene vi har intervjuet forteller at leger som lar studentene ha egne pasienter og selv jobber parallelt, kan tjene litt på dette fordi de dermed øker kapasiteten og får unna flere pasienter. På denne måten inngår studenten i arbeidsstokken og får ikke nødvendigvis tilstrekkelig veiledning.

En av fastlegene sier det på denne måten:

***Økonomisk er det gunstig å gi dårlig veiledning***

### **Fastlege med student i praksis**

---

Prosjektet kan imidlertid ikke si noe om hvor utbredt denne praksisen er.

Studentene har anledning til å gi tilbakemelding på praksisstedet og evaluerer veileder. En av fastlegene sier hun kjenner til flere fastleger som har fått dårlige evalueringer av studentene, men som fortsetter å få studenter fordi universitet har problemer med å finne nye praksissteder.

I følge flere informanter i UH-sektoren, vil et fåtall fastleger ta i mot studenter hvert år på grunn av den lave økonomiske kompensasjonen. Mange av de som tar i mot studenter ser ut til å gjøre dette sjeldnere. Det ser imidlertid ut til at det er de samme fastlegene som tar imot studenter, men at de gjør dette med noen års mellomrom.

#### 5.9.2 Ressurskrevende administrasjon av allmennpraksisplasser

Ansatte ved medisinsk faglig fakultet opplever at det er svært ressurskrevende å administrere praksisutplasseringen av medisinstudenter i allmennlegepraksis. Universitetene opplyser om at de tar kontakt med de enkelte fastlegekontorene i sine kommuner. Som nevnt over er det kun et fåtall fastleger som tar i mot studenter. Dette fører til at universitetet må ta kontakt med et stort antall fastlegekontorer. Prosjektet viser at noen universiteter bygger seg opp en base med fastleger som de vet de kan kontakte.

#### 5.9.3 Organiseringen av fastlegeordningen et hinder for kommunal styring

Prosjektet viser videre at kommunen i liten eller ingen grad er involvert i arbeidet med å tilrettelegge for veiledet praksis innen allmennmedisin i kommunene.

Ledelse av legetjenesten prioriteres ikke på samme måte som ledelse av andre kommunale helse- og omsorgstjenester, i følge informantene. Dette funnet er i tråd med funn fra tidligere prosjekter, blant annet Agenda Kaupangs prosjekt fra 2016.<sup>44</sup>

I følge flere informanter bidrar organiseringen av fastlegene til at kommunene opplever liten grad av styringsmulighet. Dette hindrer blant annet samarbeid om veiledning av medisinstudenter.

***Når fastlegene velger å være selvstendige så er ikke kommunene arbeidsgivere. Da er det vanskelig å pålegge noe ekstra. Om de hadde vært fast ansatt hadde det ikke vært et problem.***

---

<sup>44</sup> Agenda Kaupang (2016) *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?*

---

## Kommuneoverlege

---

Kommuneoverlegen er den aktøren i kommunen som oppgis å ha kjennskap til fastlegene, deres arbeid og fremtidig behov. Kommuneoverlegestillinger er imidlertid ofte små og enkelte mener dette hindrer deres evne til å påta seg oppgaven med å samarbeide med universitetet, da det er mange andre oppgaver som skal ivaretas.

Flere av informantene har kommet med forslag til løsninger for hvordan kommunen kan øke fastlegens motivasjon til å ha studenter i praksis. I intervjuene har følgende to forslag blitt trukket frem av en eller flere informanter.

- Legge inn praksis i avtalene mellom kommune og fastlege

I kontraktene mellom fastlegene og kommunene er det avsatt noe tid til kommunale oppgaver.

Fastlege i fulltidspraksis kan, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunen § 12, pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler.

Forskriftene sier videre at fastlegen og kommunen kan inngå avtale om andre oppgaver som skal inngå i de 7,5 timene, jf. første ledd.<sup>45</sup>

Et av forslagene som er kommet frem i arbeidet med prosjektet er at kommunene legger inn veiledning av medisinstudenter som en del av andre allmennlegeoppgaver i kommunen.

***Kommunen må se på utdanning av leger som like relevant som andre oppgaver, så det ikke blir en ekstraoppgave. Kan gjøre det i stedet for andre kommunale oppgaver. Er satt av et visst antall timer i kontrakten til kommunale oppgaver. Da kan de som ønsker det bruke det på studenter i stedet for helsestasjon for eksempel. Men det kreves at det kompenseres på samme måte økonomisk. Er mer inntektsgivende å ha helsestasjon enn å undervise per i dag.***

---

## Fastlege

---

Flere ser potensialet for bedre utnyttelse av avtalene mellom kommunen og fastlegene for å ivareta behovet for praksisveiledning av medisinstudenter. Forslaget kommer både fra informanter i kommunen og fra fastleger.

***Kommunen har ikke arbeidsgiverstyringsretten som man har overfor andre ansatte. Men de [fastlegene] er tilknyttet kommunen gjennom avtaler. Avtalene er et uutnyttet potensial som virkemiddel. Er fullt mulig å legge inn noe om forventninger om praksisundervisning i nye avtaler.***

---

## Medisinskfaglig ansatt i kommune

---

- Legge ansvaret for veiledning av medisinstudenter til kommunalt ansatte fastleger

Et annet forslag som er kommet frem er at kommunen kan legge ansvaret for å veilede medisinstudenter til de fastlegene som er kommunalt ansatt. Det er imidlertid stor variasjon

---

<sup>45</sup> Lovdata (ingen dato): Forskrift om fastlegeordning i kommunene

mellom kommuner når det gjelder hvor mange kommunalt ansatte fastleger man har og hvilke arbeidsoppgaver disse ivaretar.

## 6. DRIVKREFTER OG BARRIERER FOR SAMARBEIDET

Dette prosjektet viser at det er stor vilje og sterkt engasjement mange steder for å styrke samarbeid mellom kommuner og UH-institusjoner, spesielt når det gjelder praksis for studentene- men også på andre områder slik som læringsutbyttebeskrivelser, forskning og fagutvikling og hospitering. Til tross for dette oppgir flere informanter at det er krevende å få til et godt samarbeid. I dette kapitlet vil vi ta for oss tre hovedelementer som fremmer og hemmer samarbeid, herunder strukturelle, juridiske og økonomiske forhold. I tillegg vil vi se på betydningen av andre faktorer, slik som personlig engasjement og ledelse.

### 6.1 Strukturelle forhold

Dette prosjektet har lagt særlig vekt på ekstern veiledet praksis for studenter innen medisin, sykepleie- og sosionomstudiet. Funn fra prosjektet viser at det er viktig med gode, forpliktende systemer for praksis. Praksis bør for eksempel bestilles i god tid. Økt forutsigbarhet legger til rette for at både studiested, studenter og praksissted kan forberede seg på praksisperioden og med det få større utbytte av praksis. Det vil alle parter tjene på.

En av utfordringene for å få til et godt samarbeid om praksis handler blant annet om at det er et stort antall kommuner med ulike behov og utfordringer og at universiteter/ høyskoler består av en rekke fakulteter/ institutter med en lang rekke ulike studentgrupper. Det store antallet studenter som skal ut i praksis er i seg selv en utfordring og flere studentgrupper skal utplasseres i de samme tjenestene. Mangel på praksisplasser har vært påpekt i andre rapporter, deriblant Praksisrapporten og påpekes av informanter i kommunen også i dette prosjektet.

Funn fra dette prosjektet viser at samarbeid om for eksempel praksisutplassering kan gå direkte mellom institutt/fakultet og praksissted, eller det kan være koordinert via koordinator i kommunen. For medisinstudenter går kontakten ofte direkte mellom fakultet og den enkelte fastlege/ kommuneoverlege. For å tilrettelegge for tverrprofesjonell læring (TPS), er det ønskelig at studentgruppenes praksis til en viss grad overlapper. Samtidig må praksis koordineres slik at praksisstedet ikke overbelastes med studenter, men får en god spredning gjennom året og dermed lykkes med å gi studentene den oppfølgingen de har krav på og behov for. Det er med andre ord mange hensyn å ta i dette samarbeidet.

Videre viser funn fra prosjektet at det bør foreligge faste overordnede avtaler mellom partene, med konkrete underpunkter. Samarbeidet må være forankret hos ledelsen, det må være regelmessige møteplasser og et samarbeidsforum som har anledning til å ta beslutninger. Avtalen kan i seg selv gi resultater, men også prosessen som følger av det å ha en avtale, anses som verdifull. Det påpekes at dialogen mellom partene må bære preg av respekt og likeverd. Ved et av universitetene har de gjort det på denne måten, se tekstboks 6-1.

## Tekstboks 6-1: Eksempel på samarbeid

I sitt samarbeid konsentrerer universitetet seg om vertskommunen. De har hatt mange diskusjoner om hvordan de skal strukturere avtaleverket. For eksempel har de en avtale med en liten kommune, der et av målene er at alle kommunene i regionen skal være med. Universitetet prøvde med regioner, men det gikk ikke ettersom regioner ikke er en juridisk enhet. Av praktiske hensyn, møter universitetet kommunene gruppevis ved at de én gang i året har dialogmøte med kommuner i en enkelt region.

En annen utfordring er at helsefakultetet har kommet lengre i sitt samarbeid enn hva sosialfag har. For kommunene er ikke universitetets organisering av betydning og kommunene vil gjerne møte sosialfag sammen med helsefakultetet. Dette har universitetet løst ved å innlede kontakt med sosialfagene slik at de tegner tilsvarende avtaler og at helsefakultetet og sosialfag møter kommunene sammen på dialogmøtene.

Videre er det viktig at det foreligger strukturer og rutiner for å kommunisere formålet og innholdet i avtalene ut til alle relevante parter. Selv om det foreligger konkrete, overordnede avtaler, viser funn fra prosjektet at innholdet i samarbeidsavtalene ikke er godt nok forankret og kjent nedover i systemet. Typisk vil avtaler og samarbeid være godt kjent blant ledelsen i kommunen og ved UH-institusjonene, mens det er mer uklart om informasjonen når ut til øvrige ansatte, praksisveilederne og studentene.

Det påpekes også at det bør komme føringer sentralt fra ettersom en del av utfordringene på området ikke kan løses lokalt, i hver kommune.

### 6.2 Juridiske forhold

Kommunehelsetjenesteloven § 8-1<sup>46</sup> sier følgende om Undervisning og praktisk opplæring: *“Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.»* Kommunene har med andre ord ikke et sørge-for-ansvar for å drive utdanning, slik det er i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at kommunene kan velge å si nei til å ta imot studenter i praksis.

Flere informanter, både i kommuner og UH-sektoren, er tydelige på at de juridiske kravene til kommune- og spesialisthelsetjeneste burde bli likere. Et gjentagende argument er at samhandlingsreformen har medført stor oppgaveoverføring til kommunene og at det stilles større krav til den kommunale helse- og omsorgstjenesten i dag.

Det manglende kravet til kommunene om å ta imot praksisstudenter medfører at UH-institusjonene bruker mye ressurser på å følge opp den enkelte kommune og det enkelte kommunale praksissted. UH-institusjonene opplever at det er særlig ressurskrevende å oppsøke og følge opp fastlegekontorer, ettersom kommunene ikke tar et overordnet ansvar for koordineringen av praksis av medisinstudenter til fastlegekontorene.

<sup>46</sup> Kommunehelsetjenesteloven: [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

Selv om loven ikke er til noe hinder slik den er formulert, mener flere at lovfestet krav til praksis, vil følges av økonomiske midler som vil gi kommunene nødvendige ressurser til oppgaver som følger med det å ta i mot studenter i praksis, slik som kompetanseheving hos veiledere, planlegging/ administrasjon av praksisstudier og selve veiledningen, samt kontakt med UH-institusjonene. På denne måten vil ikke det å ta i mot studenter og veiledningen gå på bekostning av praksisstedets og veilederens øvrige oppgaver, hvilket vil bidra til å lette arbeidet for veileder og styrke kvaliteten på studentveiledningen.

### 6.3 Økonomiske forhold

Kommunale budsjetter skal ivareta en lang rekke viktige områder. Slik det fungerer i dag, er det ingen statlige overføringer i forbindelse med at studenter i helse- og sosialfag går ut i praksis i kommunehelsetjenesten. Veiledning av disse studentene foregår i mange tilfeller som et resultat av god vilje og som regel på toppen av annet arbeid. Det er et tydelig ønske blant informantene, både i kommuner og UH-sektor, om større grad av finansiering av og godtgjørelse for de oppgavene som berører praksis og veiledning av studenter på samme måte som det er blant annet i spesialisthelsetjenesten og for lærere/ barnehagelærere. For eksempel sier Opplæringslova: § 10-7. Praksisplassar i skolen følgende: *Departementet kan i det enkelte tilfellet eller i forskrifter gi pålegg om at kommunar eller fylkeskommunar skal gi studentar frå universitet og høgskolar praksisopplæring og rettleiing i skolen, og om val av den som skal stå for praksisopplæringa.*

Videre har lærerutdanningenes praksisopplæring støtte i en avtale om øvingslærere som spesifiserer krav, rettigheter og lønnsbetingelser for denne funksjonen. Det er også et betydelig økonomisk insitamant for skoler og barnehager som stiller som praksissted for lærerstudenter.<sup>47</sup>

Opplevelsen av de juridiske og økonomiske utfordringene kan oppsummeres gjennom dette sitatet:

*... noe det må gjøres noe med, det er at det ikke er lovpålagt at kommunen skal drive utdanning sånn som det er for spesialisthelsetjenesten. Og når det er lovpålagt, følger det ressurser med. Det er kjempeutfordrende at det ikke er slik for kommunen. Spesielt sett i lys av reformene den siste tid. I dag skjer jo veldig mye av aktiviteten i kommunene. Så det er et paradoks at det verken er lovpålagt eller følger med penger til det som skal skje i kommunen.*

#### Ansatt i kommune

Ettersom kommuneøkonomien oppleves som en viktig barriere for et godt samarbeid, oppgir også enkelte at midler fra Fylkesmannen står helt sentralt for at kommunen skal kunne drive forskning og utviklingsarbeid. I en av kommunene forteller ledelsen at mye av det som gjøres innen utviklingsarbeid ikke kunne vært gjort uten disse midlene.

Prosjektet viser at ulik finansieringsordning for utplassering av studenter i praksis i kommune- og spesialisthelsetjeneste kritiseres av informanter i både kommuner og UH-sektoren.

*Er en utfordring at det har en svak finansiering. Praksisundervisning i sykehus er statlig finansiert. De synes sikkert også at finansieringen burde vært bedre, men det som er av statlig finansiering av praksisundervisning i allmenmedisin er knapper og*

<sup>47</sup> [http://www.uhr.no/documents/290410\\_hele\\_rapporten\\_samlet.pdf](http://www.uhr.no/documents/290410_hele_rapporten_samlet.pdf)

***glansbilder i forhold. Gir et tydelig signal om at det er praksis på sykehus de anser det er mest nyttig å betale for.***

#### ***Ansatt i kommune***

---

I tillegg til de tre hovedfaktorene som allerede er nevnt, er det også andre elementer som oppgis å være hemmende eller fremmende for samarbeidet. Disse andre faktorene vil beskrives i avsnittene under.

#### **6.4 Kultur- og kompetanseforskjeller**

Funn fra prosjektet tyder på at kulturforskjeller er et hinder for å lykkes med å utvikle kommunen som læringsarena. Mens høgskoler og universiteter driver undervisning og forskning, er kommunene primært orientert mot drift av tjenestene. I mange tilfeller er det heller ingen kultur for eller kompetanse til å drive forskning i kommunene. Funn fra prosjektet viser at partene må foreta en grundig forventningsavklaring, samt sørge for at samarbeidet er gjensidig nyttig for begge parter. I forlengelse av dette er det flere som nevner at aktørene må se sitt samfunnsoppdrag i utvidet forstand og bevisstgjøres på at man er gjensidig avhengig av hverandre. Dette er kanskje særlig relevant i mindre miljøer der utveksling av studenter bidrar til rekruttering til tjenestene og til at man holder på kompetansen i kommunen.

En måte å nærme seg hverandre på, kan være en økt andel kombinerte stillinger, mer hospitering og mer kursing og undervisning begge veier- både for å gjøre utdanningene mer relevante og for å sørge for økt kompetanse i kommunen.

En annen måte kan være å øke kompetansen i kommunene, og det påpekes at det er behov for mastergradskompetanse i kommunene, og at dette behovet i større grad bør anerkjennes og legges til rette for. Dersom man tilrettelegger for at kommunalt ansatte kan ta en mastergrad, vil kommunen være bedre rustet i sine bestillinger til UH-sektoren og i større grad kunne delta i faglige og vitenskapelige diskusjoner med lærestedene. Gjennom å øke masterkompetansen i kommunen vil man også i større grad lykkes med å drive fagutvikling på arbeidsplassene. Dette antas å kunne virke positivt inn på kompetansen på arbeidststedet. En viktig bieffekt av dette vil kunne være at det virker positivt på rekruttering og evnen til å beholde og utvikle kommunens egne ansatte.

En av informantene sier følgende:

***Kompetanse er nøkkelen til å løse framtidens helseutfordringer. Dette er et todelt ansvar:1) Det er stadig mer krevende oppgaver og større ansvar i kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er avhengig av gode kommunale tjenester. Det er derfor nødvendig med drastiske grep. For eksempel må kommune- og spesialisthelsetjenesten og UH-sektoren i større grad likestilles og kulturen/tankesettet på hva kommunen er, må endres. 2) Kommunene må ta større ansvar for å selge seg inn, som attraktiv arbeidsgiver, men også som en lærerik og spennende arbeidsplass.***

#### ***Ansatt kommune***

---

##### **6.4.1 Gode samarbeid som et resultat av behov og engasjement**

Samtidig som prosjektet har vist at store kommuner i større grad har samarbeidsavtaler med universiteter og høyskoler, er det også funn som tyder på at godt samarbeid også kan komme som et resultat av kommunens behov for eksempel for arbeidskraft og/ eller av enkeltpersoners

sterke driv og engasjement. Enkelte oppgir at det er lett å forholde seg til store kommuner, slik som Tromsø som har vært vertskommune for universitetet over lengre tid og derfor har en forventning om at det vil komme en forespørsel om praksisplasser. I en slik kommune oppleves det derfor å være ryddige forhold rundt planlegging av og gjennomføring av praksis. I motsatt ende av skalaen finner man imidlertid små kommuner som har stort behov for arbeidskraft i fremtiden og som derfor er motiverte for studenter og innstilt på et tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Også i slike tilfeller kan man få gode samarbeid.

Andre informanter opplever at et godt samarbeid primært avhenger av ledelse og dedikerte personer. Det påpekes at samarbeidet mellom partene er avhengig av kommunal ledelse og deres vilje til å prioritere dette arbeidet.

En av informantene sier det på følgende måte:

***Hva som kjennetegner de mest engasjerte? Ikke ett svar på det. Men kanskje at det er en eller flere ildsjeler som vil noe, brenner for noe. Og så tror jeg også at det er en viss grad av overskuddskommuner. Det er ikke de som Fylkesmannen bekymrer seg for, for å si det sånn.***

***UH-ansatt***

---



## 7. OPPSUMMERING: VURDERINGER OG ANBEFALINGER

I dette kapittelet vil vi oppsummere funnene fra prosjektet og søke å besvare prosjektets underproblemstillinger.

### 7.1 Hva kjennetegner kommuner/virksomheter som gjennom samarbeid med UH-sektoren sikrer kvalitet og relevans i utdanningene?

Prosjektet har identifisert noen kjennetegn ved kommuner som har etablert gode samarbeid med UH-sektoren som igjen bidrar til økt kvalitet og relevans i utdanningene.

Kommunene som får til dette kjennetegnes av at de:

- **Formaliserer samarbeidet gjennom kontrakter og samarbeidsarenaer**
  - Kommunene er opptatt av å formalisere samarbeidet i avtaler/kontrakter. Samarbeidsavtalene må inneholde alle de temaene kommunen ønsker samarbeid med UH-institusjonen om. I tillegg tar kommunene aktive grep for å sikre formaliserte samarbeidsarenaer. Dette sikrer kommunen et forum der de blir hørt.
- **Er proaktive og ser forbi utfordringene**
  - Funn fra dette prosjektet viser at det fortsatt er en del utfordringer og barrierer for å lykkes med et godt samarbeid mellom partene. Kommuner som gjennom samarbeid med UH-sektoren sikrer kvalitet og relevans i utdanningene nøyer seg imidlertid ikke med å akseptere at dette er krevende. Funn fra prosjektet viser at ledelse og ansatte i disse kommunene jobber aktivt og proaktivt for å finne løsninger på disse utfordringene.
- **Er opptatt av å heve kompetansen i kommunen**
  - Prosjektet har vist at det er behov for å øke kompetansen i kommunen for med dette å sørge for at kommunene aktivt kan delta i forsknings- og utviklingsarbeid. Disse kommunene satser på økt kompetanse blant annet gjennom å satse på masterutdanning og doktorgradsstipendiater. De sørger også for å innhente eller bygge opp kompetanse på forskning og utvikling. Felles for disse kommunene er at kommunens ledelse er opptatt av at kommunen, i tillegg til å sørge for daglig drift av helse- og omsorgstjenester, bør delta i forskning og utviklingsarbeid mm.
- **Er opptatt av at kommunen er et spennende sted å være**
  - Videre anerkjennes kommunehelsetjenesten som en attraktiv arbeidsplass med både krevende og spennende oppgaver. Ledelsen er opptatt av at man må arbeide kunnskapsbasert for å ivareta alle nye oppgaver som er overført til kommunen og vet at dette krever samarbeid om forskning og utvikling. I tillegg er de opptatt av at kvaliteten på praksis skal være god, ettersom praksis er en viktig rekrutteringskanal.
- **Vil være mer enn et forskningsobjekt**
  - Kommunene er opptatt av å være en premissleverandør for helse- og omsorgsforskning. Kommunene ønsker at kunnskap fra forskningen de bidrar til skal være relevant for kommunen. Ledelsen i disse kommunene tar aktivt stilling til hvilken forskning kommunen skal bidra til for på denne måten å sikre at man bruker ressursene godt.
- **Toppporankret og kommunisert nedover**
  - Kommunens ledelse prioriterer samarbeid med UH-sektoren. Samarbeidet er forankret på toppnivå, men mye av det reelle samarbeidet skjer lenger ned i organisasjonen. Ledelsen er videre opptatt av at tjenestene skal ha kunnskap om hvilken verdi samarbeidet gir og hvordan samarbeidet vil gi bedre og mer effektive tjenester i fremtiden.
- **Kulturforståelse og -endring**
  - Kommunene er bevisst at det er store kulturforskjeller mellom kommunene og UH-institusjonene. Flere kommuner har ansatte i toppledelsen med erfaring også fra UH-sektoren. Kunnskap om begge sektorer gir et godt utgangspunkt for

kulturforståelse og samarbeid. Videre arbeides det aktivt med å endre kulturforskjeller og man er bevisst på at dette er et langsiktig arbeid.

Funn fra dette prosjektet viser at kommuner som opplever at de gjennom samarbeid med UH-sektoren sikrer kvalitet og relevans i utdanningene, har utarbeidet samarbeidsavtaler mellom partene. Funn fra arbeidsgivermonitoren viser at store kommuner i større grad har samarbeidsavtaler med UH-sektoren på helseområdet. Videre viser regresjonsanalyser at sjansen for å ha en slik avtale øker jo kortere avstand det er til en høyskole/ et universitet. Funn fra prosjektet viser videre at to av casekommunene har forankret samarbeidet på toppnivå hos begge samarbeidende parter, det vil si hos politisk og administrativ ledelse i kommunen og på rektornivå på universitet/ høyskole.

I tillegg til formaliserte avtaler, er det etablert ulike former for formaliserte samarbeidsarenaer. Disse kan være mellom en enkelt kommune og tilhørende UH-institusjon eller som et samarbeid mellom flere kommuner. Etersom kommunene er mange og UH-institusjonene ikke har kapasitet til å følge opp hver enkelt kommune, kan deltagelsen i interkommunale samarbeid gi en større andel kommuner et forum der de kan ytre ønsker og behov og der de kan bli hørt. Videre viser prosjektet at små kommuner kan være avhengig av formaliserte samarbeid som inkluderer flere kommuner eller et samarbeid med en større kommune for å oppnå et godt samarbeid med og lykkes med å ha en tydelig stemme overfor utdanningsinstitusjonene.

Kulturforskjellene mellom kommuner og UH-sektoren er stor. Prosjektet viser tydelig at kommunene er sterkt driftsorientert og at det i liten grad er kultur for å tenke på forskning og utvikling. Dermed er det også lite ressurser avsatt til å drive utstrakt samarbeid med UH-institusjonene, bidra inn i og delta i forskning. De mindre kommunene har i tillegg enda mindre mulighet enn de større, til å avsette ressurser til arbeid som skal bidra til styrke kvalitet og relevans i utdanningene. Samtidig viser prosjektet at et samarbeid mellom partene også kan springe ut av for eksempel behovet for fremtidig arbeidskraft. Funn fra prosjektet viser at mindre distriktkommuner kan ha godt samarbeid og tett dialog med UH-sektoren, nettopp fordi studentpraksis er viktig for fremtidig rekruttering til tjenestene.

Videre viser prosjektet at samarbeid kan hemmes av kultur- og kompetanseforskjeller. De som lykkes med samarbeid møtes på like premisser. I forlengelse av dette kan det sies at kommuner som lykkes med å sikre kvalitet og relevans i utdanningene har lykkes med å kommunisere sitt behov til UH-institusjonene. De formaliserte møtearenaene er viktige fora for å ta opp relevante temaer som berører partene. Noen steder har man lykkes med dette, andre steder ikke. Det finnes flere eksempler i datamaterialet på at UH-sektoren strekker ut en hånd til kommunen, men at kommunen ikke har kapasitet eller kompetanse til å delta i diskusjonene. Flere mener at dersom man hadde ansatt noen flere med mastergrad i kommunen, kunne man styrket kommunens «bestillerkompetanse» og sørget for at kommunen hadde kompetansen til å delta i og være med å forme det vitenskapelige arbeidet i større grad. Dette ville i seg selv ha bidratt til å styrke kvalitet og relevans i utdanningene, samt styrke tjenestene.

Kommuner som har ansatte i kommuneledelsen med erfaring fra UH-sektoren ser ut til å ha en fordel når det gjelder å utvikle kommunens samarbeid med UH-sektoren. Så lenge utdanning ikke er et lovfestet krav for kommunen, vil deltakelse i ulike former for samarbeid, kreve initiativ og vilje, og i all hovedsak basere seg på ledelse og enkeltpersoners engasjement. Slik sett vil både store kommuner som ligger i tilknytning til utdanningsinstitusjonene og mindre kommuner der dedikerte ansatte ser sitt samfunnsoppdrag i utvidet forstand, kunne lykkes med å sikre kvalitet og relevans i utdanningene.

## 7.2 Hva kjennetegner UH-institusjoner som aktivt bruker praksisfeltet ved utviklingen av grunn-, etter- og videreutdanninger samt forskning?

Prosjektet viser at UH-institusjonene har fått økende bevissthet rundt betydningen av å bruke kommunehelsetjenesten som praksisarena. Videre viser prosjektet at UH- sektoren oppleves som lydhøre for kommunenes innspill og er opptatt av å sikre kommuneperspektivet i utdanningene. Det er også økt bevissthet på forskning i kommunehelsetjenesten. Herunder at problemstillingene skal være relevant for kommunene og at kommunesektoren selv skal bidra for å ha eierskap til forskningen.

Prosjektet viser at UH-institusjoner som aktivt bruker praksisfeltet ved utviklingen av grunn-, etter- og videreutdanninger samt forskning, kjennetegnes ved følgende:

- **Legger til rette for delte stillinger**
  - Institusjonene prioriterer å ha delte stillinger. På denne måten får de ansatte direkte erfaring fra kommunehelsetjenesten som de kan ta med seg inn i arbeidet med utvikling av utdanningene ved institusjonen.
- **Søker aktivt etter forskningsprosjekter i kommunehelsetjenesten**
  - Jobber for å tilpasse prosjektene slik at de skal være relevante for kommunene. Dette gjøres gjennom dialog om temaer og utarbeidelse av problemstillinger. Samtidig sørges det for at resultater av forskningen presenteres for og gjøres tilgjengelig for ansatte i kommunen som har nytte av dette.
- **Opptatt av tverrfaglig samarbeid**
  - Ønsker at utdanningene skal tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid og inkluderer temaer som er relevante for både større og mindre kommuner, herunder småkommuneproblematikk.
- **Inkluderer forelesere fra kommunehelsetjenesten**
  - Flere UH-institusjoner er opptatt av at ansatte i kommunehelsetjenesten skal inkluderes og ha forelesninger for studentene. Det er etablert fast samarbeid med kommunene om dette.
- **Forankring på toppnivå og samarbeid på hensiktsmessig nivå**
  - Forankret på toppnivå gjennom overordnet samarbeidsavtale. Samarbeidet gis prioritet av toppledelsen. Mesteparten av samarbeidet skjer imidlertid lengre ned i organisasjonen, på det mest hensiktsmessige nivået og er gjerne formalisert gjennom underliggende avtaler.

Forskning og fagutvikling er oppgaver som tradisjonelt har ligget til universitetene. Undersøkelsen viser at det fortsatt er slik at kommunen brukes som forskningsobjekt, mens det er universiteter, eventuelt høyskolene, som initierer og gjennomfører forskningen.

Som tidligere nevnt er kommunene primært driftsorientert og oppleves i mange tilfeller verken å ha kompetanse eller kapasitet til å drive utvikling og forskning. UH-institusjoner som aktivt bruker praksisfeltet ved utviklingen av utdanninger, samt i forbindelse med forskning anerkjenner at partene er gjensidig avhengig av hverandre.

## 7.3 Kan kvalitetsindikatorerne foreslått i praksisprosjektet brukes til å beskrive ulike modeller for samarbeid, ansvars- og oppgavedeling?

Kvalitetsindikatorerne som er foreslått i praksisprosjektet beskriver mange av de samme suksesskriteriene for samarbeid (mellom kommune og UH-institusjon) som trekkes frem av informantene i dette prosjektet. Samtidig viser funnene at flere av indikatorerne er lettere å oppfylle for store og sentrale kommuner enn for mindre distriktskommuner. Det er heller ikke alle indikatorerne som skisseres i praksisprosjektet som er undersøkt i dette prosjektet.

Vi vurderer at kvalitetsindikatorerne stort sett er egnet for å beskrive ulike modeller for samarbeid, ansvars- og oppgavefordeling mellom UH-institusjonene og praksisstedet. Enkelte kvalitetsområder og indikatorer egner seg bedre for større kommuner, som kan antas å ha mer kompetanse og kapasitet til å jobbe på denne måten. Når det er sagt, viser prosjektet at også mindre kommuner kan ha gode samarbeid med UH-institusjoner, for eksempel i tilfeller der praksis er vesentlig for fremtidig rekruttering til kommunehelsetjenesten. Den enkelte kommune kan derfor selv også vurdere hvilke indikatorer det er mulig og realistisk å arbeide med og ivareta på egen hånd og hvilke indikatorer som best kan imøtekommes gjennom interkommunale samarbeid.

I drøftingen av kvalitetsindikatorerne har vi tatt utgangspunkt i de fem kvalitetsområdene og de indikatorerne som har vært spesifikt belyst i dette prosjektet, slik som:

- Læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene utarbeides, implementeres, videreutvikles og evalueres i samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfeltet.
- Samarbeidsavtaler regulerer ansvar, roller, kapasitet på praksisplasser, kompetanse og samarbeidsarenaer på alle relevante nivå, samt forsknings-, utviklings- og innovasjonsarbeid.
- Praksisstedet har den daglige veiledning og oppfølging av studenten.
- Kontaktlærer med ansvar for å følge opp studenter på praksisstedet, skal være oppdatert i praksisfeltets problemstillinger og skal bistå praksisveileder i pedagogiske spørsmål (planlegging av læringsaktiviteter, veiledningsmetodikk, vurdering av skikkethet og evaluering.)
- Praksisveileder skal ha formell veiledningskompetanse, definert med læringsutbytter, og tilsvare minimum 10 studiepoeng i omfang.
- Utdanningsinstitusjonen tilbyr utdanning i veiledning og kunnskapsbasert praksis tilpasset praksisstedet.
- Praksisveileder skal som hovedregel være av samme profesjon som den som blir veiledet.
- Studentene skal i løpet av praksisstudiene erfare tverrprofesjonelt samarbeid (TPS).
- Studentene skal møte kunnskapsbaserte tjenester på praksisstedet.
- Studentene skal involveres i FoU-arbeid i løpet av praksisstudiene.
- Praksisinstitusjonen og utdanningsinstitusjonen skal samarbeide om kunnskapsutveksling og – utvikling.

#### Kvalitetsområde 1 «Likeverdig og gjensidig forpliktende samarbeid»

Praksisprosjektet foreslår at «læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene utarbeides, implementeres, videreutvikles og evalueres i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet.» Våre funn viser at kommuneinformantene har lite kjennskap til om det forekommer direkte samarbeid om utvikling av læringsutbyttebeskrivelser. Informanter i UH-sektoren opplyser på sin side om at det gjøres flere ting for å inkludere kommuneperspektivet i læringsutbyttebeskrivelsene. Kommunale representanter deltar i ulike samarbeidsorganer, UH-institusjonen inviterer kommunene til dialog i forbindelse med endringer eller bruker kommunene som høringsinstans.

Informanter fra både utdanningsinstitusjoner og kommuner gir uttrykk for at de ønsker mer samarbeid om dette og anser det som et viktig tema for felles samarbeid. *Vi vurderer at det er viktig at partene legger til rette for samarbeid om å utvikle, implementere, videreutvikle og evaluere læringsutbyttebeskrivelser for praksisstudiene. Dette kan, som nevnt over, gjøres på ulike måter, enten i direkte dialog eller ved bruk av kommunale representanter for flere kommuner. Å inndra kommuneperspektivet i utdanningene vil kunne bidra til at studentene opplever en mer relevant og praksisnær utdanning som gjør dem godt rustet til en fremtidig jobb i kommunehelsetjenesten. Gjennom å styrke utdanningenes kvalitet og relevans, vil man på sikt sørge for god kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.*

Praksisprosjektet foreslår at «samarbeidsavtaler regulerer ansvar, roller, kapasitet på praksisplasser, kompetanse og samarbeidsarenaer på alle relevante nivå, samt forsknings-, utviklings- og innovasjonssamarbeid.» Et av hovedfunnene i dette prosjektet er at kommuner som får til gode samarbeid, har formaliserte avtaler og samarbeidsarenaer som forplikter partene til samarbeid, samt gjør kommunen til en likeverdig part i samarbeidet. *Vi vurderer at alle kommuner som har studenter i praksis bør ha en skriftlig samarbeidsavtale med universitets- og høgskolesektoren. Om ønskelig kan samarbeidet gjøres interkommunalt for å øke gjennomslagskraften. Avtaler må forankres i flere ledd og spesifisere hvilket nivå samarbeidet skal foregå på. Det er viktig at alle relevante parter gjøres kjent med avtalen og innholdet i denne. Med avtaler legges grunnlaget for et bedre system for samarbeid generelt, og bedre systemer for praksis mer spesifikt. Med bedre systemer for praksis, kan man sannsynligvis øke kapasiteten til å ta mot studenter ved det enkelte praksissted og i kommunen som helhet. Bedre systemer vil også gi større forutsigbarhet for både UH-institusjon, praksissted og den enkelte student. På denne måten kan partene forberede seg bedre på praksis, i større grad legge planer for perioder, og med dette sikre studentenes læringsutbytte på en bedre måte. Gode samarbeidsavtaler og forutsigbarhet i samarbeidet medfører sannsynligvis også at partene ikke trenger å bruke like mye ressurser på å finne praksisplasser hvert år.*

#### Kvalitetsområde 2 «Praksisveiledning»

Praksisprosjektet foreslår at 1) «praksisstedet har ansvar for den daglige veiledning og oppfølging av studenten» og 2) «kontaktlærer med ansvar for å følge opp studenter på praksisstedet, skal være oppdatert i praksisfeltets problemstillinger og skal bistå praksisveileder i pedagogiske spørsmål.» Dette prosjektet viser at det er hensiktsmessig at praksisstedet har ansvar for daglig veiledning og oppfølging, gitt at det har vært god planlegging av hvordan læringsutbyttet skal oppnås på det aktuelle praksisstedet. I tillegg finner vi at tett oppfølging og støtte fra kontaktlærer/praksiskoordinator ved UH-institusjon er et tiltak som bidrar til å styrke oppfølgingen av studenten og samarbeidet mellom partene, samt sikrer kontinuitet i praksisplasser i påfølgende år. Dette gir kommunene og UH-institusjonene bedre forutsigbarhet ved planlegging av praksis, bedre kontinuitet og vil mest sannsynlig bidra til gode praksisplasser og økt læring for studentene. I tillegg bidrar denne oppfølgingen til å sikre kvalitet i veiledningen. *Vi vurderer at det er hensiktsmessig at praksisstedet har ansvar for den daglige veiledningen og oppfølgingen av studentene. Veiledning av studenter er et viktig arbeid som det må avsettes tilstrekkelig med tid til. Samtidig som praksisveileder har ansvar for den daglige veiledningen, er det viktig at veiledningen foregår i tett samarbeid med UH-institusjonen, for på denne måten å sikre tett integrasjon mellom teori og praksis. Dette bidrar til økt kvalitet og læringsutbytte i praksis, samt, på sikt, bedre kvalitet i tjenestene og økt kvalitet og relevans i utdanningene.*

Praksisprosjektet peker videre på at «praksisveileder skal ha formell veiledningskompetanse, definert med læringsutbytter, og tilsvare minimum 10 studiepoeng i omfang», og «utdanningsinstitusjonen tilbyr utdanning i veiledning og kunnskapsbasert praksis tilpasset praksisstedet.» Dette prosjektet viser at formell veilederkompetanse anses som viktig, men at kompetanseheving allikevel ikke prioriteres tilstrekkelig alle steder. Samtidig som de inkluderte UH-institusjonene tilbyr formell veilederutdanning, er det flere steder slik at praksisveilederne ikke nødvendigvis ønsker eller får anledning til å gjennomføre disse utdanningene. Når det gjelder krav om veilederkompetanse tyder funn fra prosjektet på at man ved å innføre et slikt krav kan risikere å miste enkelte praksissteder- og praksisplasser. Ettersom det allerede mangler praksisplasser innenfor flere praksisområder, er det usikkert om dette er en god strategi i første omgang. Funn fra prosjektet tyder på at det er ressurskrevende for den enkelte veileder å ta veilederutdanning. Det er også økonomisk belastende for kommunene som må sette inn vikarer i veilederens fravær. *Vi vurderer at det er en god tanke å innføre krav om formell veiledningskompetanse. Gode veiledere vil bidra til å øke studentenes læring og dermed bidra til å øke kompetansen i kommunehelsetjenesten. Det må imidlertid etableres en praktisk løsning som er gjennomførbar for kommunene og som tar hensyn til regionale forskjeller. Dersom kommunene skal prioritere denne typen kompetanseheving, må det tilbys utdanninger som er lett tilgjengelige og relativt lite tidkrevende. Det kan for eksempel løses gjennom nettbaserte*

*moduler eller desentraliserte utdanninger. Eventuelt må det tilrettelegges bedre økonomisk slik at kommunene kan bruke vikarer for de som tar utdanning.*

Til sist foreslår Praksisprosjektet at «praksisveileder som hovedregel skal være av samme profesjon som den som blir veiledet.» Våre funn tyder på at det som regel er slik at veilederne tilhører samme profesjon som studentene de veileder. Noen steder gjennomføres veiledningen i grupper for å sikre dette. I enkelte tilfeller rapporterer informantene at for eksempel vernepleiere gjennomfører veiledning for sykepleiere. Datamaterialet i dette prosjektet kan imidlertid ikke si noe om omfanget av dette. *Vi vurderer at det er hensiktsmessig at praksisveileder som hovedregel er av samme profesjon som den som blir veiledet, for å sikre studentenes fagspesifikke læringsutbytte. Samtidig kan det tenkes at det er mulig å bruke andre profesjoner for eksempel i deler av veiledningen og for enkelte mer generelle og overgripende temaer. På denne måten kan veiledning av studenter ivaretas av flere på praksisstedet og dermed gjøre at man sprer både belastning og gevinster ved å ha studenter i praksis. Veiledning av en av en annen profesjon, kan også bidra til målet om at studenten skal møte tverrprofesjonelt samarbeid i praksis. Dersom man velger å gjøre det på denne måten, bør man imidlertid ha en bevisst holdning til hvorfor og hvordan man velger å løse dette slik at studentenes læringsutbytte fortsatt ivaretas på en god måte.*

#### Kvalitetsområde 3 «Tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudier»

Praksisprosjektet foreslår videre: «Studentene skal i løpet av praksisstudiene erfare tverrprofesjonelt samarbeid.» Det er forskjell på tverrprofesjonell samarbeidslæring mellom studenter og tverrfaglig samarbeid på arbeidsplassen. Dette prosjektet viser at man flere steder har etablert tverrfaglige samarbeidsprosjekter for studenter i kommunen, og har gode erfaringer med disse. Logistikken rundt denne praksisen er imidlertid krevende fordi ulike studentgrupper må ha overlappende praksis for å få dette gjennomført. Dette krever planlegging og høy grad av koordinering og avhenger av gode avtaler mellom kommune og UH-institusjon, samt dialog på tvers av fakulteter/ institutter, som tidligere beskrevet også under kvalitetsområde 1. Videre tyder funnene på at det kan være krevende å gjennomføre denne type praksis fordi flere studenter må følges opp samtidig. Dette krever ekstra ressurser fra praksisstedet. Særlig utfordrende er dette for mindre kommuner med begrensede ressurser på de enkelte praksisstedene. *Tverrprofesjonell samarbeidslæring oppleves som svært nyttig og læringsrikt, både av studenter, kommunalt ansatte og representanter for UH-institusjoner. Vi vurderer derfor at tverrfaglig samarbeidslæring bør prioriteres der det er praktisk gjennomførbart, fortrinnsvis i store og mellomstore kommuner og i løpet av studentenes studieløp. Dersom tverrprofesjonell samarbeidslæring ikke lar seg gjennomføre, er det viktig at studentene får erfaring med tverrfaglig samarbeid med andre helseprofesjoner i løpet av praksisperioden. Det er det sannsynligvis lettere å tilrettelegge for.*

#### Kvalitetsområde 4 «Kunnskapsbaserte praksisstudier»

Praksisprosjektet foreslår at «studentene skal involveres i FoU-arbeid i løpet av praksisstudiene.» Det er et mål at helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal være kunnskapsbaserte. Dersom kommunene klarer å jobbe kunnskapsbasert, vil også studentene møte kunnskapsbaserte tjenester på praksisstedet. Dette er et arbeid i stadig utvikling og det er rimelig å anta at studentene i større grad vil møte kunnskapsbasert praksis i fremtiden. Vårt prosjekt viser at det kan være krevende å involvere alle studenter i praksis i FoU-arbeid. Mindre kommuner driver ikke nødvendigvis med FoU-arbeid og i kommuner som iverksetter eller deltar i slike prosjekter, kan det være flere år mellom hver gang. *Vi vurderer at det er viktig at studentene involveres i FoU-arbeid i løpet av praksisstudiene. For studentgrupper som har flere praksisperioder, slik som medisinstudenter og sykepleiestudenter, bør det tilrettelegges for at studentene involveres i slikt arbeid i minst én av disse praksisperiodene. For sosionomstudenter, som i noen tilfeller kun har ett lengre praksisopphold, må man eventuelt sørge for at dette er en del av praksisen alle steder. For mindre kommuner som ikke har kompetanse eller kapasitet til å drive eller delta i FoU-arbeid alene, vil interkommunalt samarbeid være viktig for å få til dette.*

#### Kvalitetsområde 5 «Systematisk kunnskapsutvikling og – utveksling»

Praksisprosjektet foreslår «at praksisinstitusjonen og utdanningsinstitusjonen skal samarbeide om kunnskapsutveksling og – utvikling.» Dette kan løses gjennom blant annet delte stillinger og samarbeid om forskning. Vårt prosjekt tilsier at systematisk kunnskapsutvikling og – utveksling er ett av flere kjennetegn ved de kommunene og UH-institusjonene som lykkes i samarbeidet om å styrke relevans og kvalitet i helse- og velferdsutdanningene. I disse kommunene/institusjonene samarbeides det tett om forskningstemaer og en sørger for å bringe forskningsfunnene tilbake til tjenestene. Videre legges det til rette for delte stillinger og man bruker kommunalt ansatte blant annet som gjesteforelesere i utdanningene. Funnene tyder på at dette samarbeidet lettere lar seg gjennomføre i store kommuner som ligger i nærheten av UH-institusjonen. For å inkludere også mindre distriktkommuner, blir de formaliserte samarbeidene og samarbeidsarenaene enda viktigere. *Vi vurderer at systematisk kunnskapsutvikling og -utveksling er viktig i en tid da kommunehelsetjenesten står overfor store endringer i form av økt oppgaveoverføring og knapphet på ressurser. Det må legges til rette for å etablere samarbeid mellom partene på alle nivåer: fra rådmann og rektor til praksis- og fagveiledere i henholdsvis kommunehelsetjenesten og UH-institusjonene. Gjennom samarbeidsprosjekter og delte stillinger kan utdanning og praksis sys tettere sammen, noe som vil komme praksisstudentene til gode.*

#### **7.4 Er det elementer i dagens lov- og avtaleverk som er til hinder for et hensiktsmessig samarbeid?**

Feltet praksisstudier kompliseres av det store antallet aktører og det faktum at området styres av ulike departementer og reguleres av ulikt lovverk. Dette påvirker både kvalitet og relevans ved praksisstudiene og følgelig samarbeidet mellom kommuner og UH-sektoren.<sup>48</sup>

Aktørene på praksisfeltet er mange: universitet, høyskole, de regionale helseforetakene med underliggende helseforetak, kommuner, private virksomheter som har avtaler med kommuner og helseforetak, fylkeskommuner, apotek, barnevernsinstitusjoner, NAV m.fl. Involverte departementer er Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og likestillingsdepartementet og Justisdepartementet. Det er ikke nødvendigvis slik at alle disse departementene samarbeider om og samordner sine styringssignaler for å styrke kvalitet og relevans i praksisstudiene. På denne måten blir sektoransvarsprinsippet en utfordring for kvalitetssikringen.

Videre befinner helsefagstudenter seg på et stort antall praksisområder. Det er imidlertid ikke alle tjenester som er forpliktet, gjennom lovverket, til å ta i mot studenter. For spesialisthelsetjenesten og apotekvesenet er denne plikten tydelig forankret i lovverket, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 og apotekloven § 4-6. Også opplæringsloven gir skolesektoren tydelige føringer for plikten til å ta i mot og veilede studenter, mens det kan være noe uklart hvorvidt det gjelder også andre grupper enn lærerne, men som også bruker skolen som praksisarena.<sup>49</sup>

Kommunehelsetjenesteloven § 8-1<sup>50</sup> sier følgende om Undervisning og praktisk opplæring: *«Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.»* Lovteksten skulle således ikke være til hinder for et samarbeid, men fungerer samtidig ikke like forpliktende som i spesialisthelsetjenesten, der helseforetakene har et «sørge-for-ansvar».

En gjennomgang UHR gjorde i 2010 konkluderte med at det er behov for en tydeliggjøring i lovverk- særlig med tanke på om tjenestenes undervisningsplikt er tydelig nok formulert. Mens

<sup>48</sup> Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. 2010. Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av ekstern veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger.

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> Kommunehelsetjenesteloven: [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

spesialisthelsetjenesteloven er klar, åpner formuleringer i kommunehelsetjenesteloven opp for tolkning. Sosialtjenesteloven på sin side inneholder ingen bestemmelser om tilrettelegging for praksisstudier. Rapporten mener at praktisering av lovverket også bør diskuteres.

UHRs rapport fra 2010 viste videre at samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og UH-sektoren om praksisutplassering og veiledning av studenter i praksis er langt mindre organisert enn hva det er for spesialisthelsetjenesten og UH-sektoren. Mens RHF-ene har et klart koordineringsansvar for samarbeidet i spesialisthelsetjenesten, er det ingen tilsvarende opplagt instans som har ansvar for å koordinere dette samarbeidet i kommunehelsetjenesten. Slik UHRs rapport viste og som også dette prosjektet viser, er arbeidet med å finne tilstrekkelig mange og gode praksisplasser ressurskrevende og foregår gjennom et mer eller mindre systematisk arbeid mellom UH-sektor og kommunehelsetjenesten, på ulike nivåer.

## 7.5 Hvilke kostnader er knyttet til veiledet praksis i kommunene?

Kostnader knyttet til veiledet praksis kan oppsummert knyttes til følgende:

- Medgått tid til veiledning for veileder
- Medgått tid for veileder til og kurs/ etterutdanning/ videreutdanning
- Utgifter til kurs/ etterutdanning/ videreutdanning
- Utgifter til vikarer i veileders fravær
- Administrative ressurser både i kommune og på høyskole/ universitet
- Boutgifter<sup>51</sup> for studenter og UH-institusjon
- Reiseutgifter for student og/ eller lærer/ fagveileder
- Utgifter til lokaler og utstyr (klær og behandlingsutstyr)

Kostnader til veiledning er felles for alle tjenester som tar i mot studenter i praksis, uavhengig av utdanning, studieår og hvor i landet man skal ha praksis. Føringer fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet medfører at alle som berøres av spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er pålagt å «ta i mot og veilede studenter i praksis uten vederlag, som del av sitt samfunnsmandat»<sup>52</sup> UHRs undersøkelse viser imidlertid at det er forholdsvis vanlig å betale for veiledning. Samtidig varierer det både hvor mye og hvem som betaler. Også dette prosjektet viser at man flere steder honorerer veiledning. Det tydeligste eksempelet er honorering av fastleger som tar i mot medisinstudenter. Andre steder har man i større grad forsøkt å «bake inn» veiledningshonoraret i avtalene mellom kommune og universitet/høyskole, jf. omlegging til samarbeidsmidler<sup>53</sup>.

Kompetanseheving, i form av veilederutdanning, medfører også kostnader. Mens opprettelsen av studier koster penger for UH-institusjonene, vil kostnader for kommunene primært handle om vikarkostnader i forbindelse med at veileder har studierelatert fravær. Eventuelle utgifter til studieavgift for kommunen er ikke tatt opp av informantene under intervjuene.

I tillegg til kostnader til veiledning, kan utplassering av studenter kreve forholdsvis mye administrative ressurser. En stor kommune kan for eksempel ha hele 700 studenter i praksis i løpet av et år og planlegging, gjennomføring og oppfølging av praksis krever mye tid. Flere steder har kommunen valgt å ha egen/ egne ansatte som sørger for å koordinere dette arbeidet.

Videre vil kostnader knyttet til praksis avhenge både av om studenten har praksis i nærhet til bosted/studiested, samt av behovet for lokaler og utstyr. Å sende studenter i praksis kan med

<sup>51</sup> Eventuelt også for kommuner. Dette er imidlertid ikke fremkommet i dette prosjektet.

<sup>52</sup> Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. 2010. Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av ekstern veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger.

<sup>53</sup> Fra 2006 ble bruken av praksisveiledningsmidler endret. Midlene skal gå til prosjekter som har til hensikt å styrke samarbeidet mellom UH-institusjoner og praksissteder, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.



andre ord også innebære utgifter til bo- og reise for studenten, samt tid og reiseutgifter for lærer/ fagveileder. Etersom høgskoler og universiteter har ulik praksis hva gjelder refusjon av merutgifter til fjernpraksis, vil disse kostnadene variere for studenter og UH-institusjoner. I diskusjonen om bo- og reisekostnader, er det flere hensyn som tas og må tas. Flere steder er det ønskelig at kostnader til reise holdes på et minimum. Dette løses blant annet ved større bruk av videokonferanser o.l. mellom student og lærer/ fagveileder. Samtidig som det er et ønske at man holder reisekostnadene nede, er det kommuner som strever med rekruttering til helse- og omsorgsyrkene og som dermed ønsker studenter i praksis velkommen. Praksis i distriktene er i tillegg verdifull i seg selv og de store kommunene har ikke mulighet til å ta i mot alle studenter. Hensynet til reisekostnader må derfor balanseres og ses opp mot en rekke andre hensyn.

Studentene kan også ha behov for eget lokale og utstyr, det være seg lokaler til veiledning, undervisning og egen pasientbehandling. Utgifter til lokaler vil sannsynligvis variere med type utdanning, praksissted og hvor langt studentene har kommet i sitt studieløp. For praksis som primært innebærer observasjon, er det rimelig å anta at kostnader til lokaler og utstyr er forholdsvis lave. For studenter som skal delta i pasientbehandling, slik man i større grad gjør senere i studieforløpet, vil det også være utgifter til klær, lokaler og utstyr.

## **7.6 Hvilke resultater får kommunene og UH-institusjonene av å samarbeide?**

Etersom kommunehelsetjenesten ikke er lovpålagt å tilby praksis og veilede studenter på samme måte som man er i spesialisthelsetjenesten, er kommuner og UH-institusjoner avhengig av et godt samarbeid for å lykkes med å fremskaffe tilstrekkelig mange og gode praksisplasser for det store antallet helse- og sosialfagsstudenter som hvert år skal ut i praksis.

Analyser av KS' arbeidsgivermonitor har vist resultater på helt konkrete områder som følge av samarbeidsavtaler mellom kommuner og UH-sektor. Som tidligere vist, har samarbeidsavtalene særlig medført at utdanningstilbudet er utviklet i tråd med sektorens behov. Dette er et meget positivt funn med tanke på at grunnlaget for helsetjenestene legges i utdanningene. Med samfunnsendringer og et økende fokus på behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten, jf. blant annet Samhandlingsreformen, er det behov for utdanninger som forbereder studentene på den arbeidshverdagen de skal møte.

Arbeidsgivermonitoren viser videre at avtalene har medført økt veilederkompetanse. I 2012 var dette tallet på 51 prosent. Også utvikling av flere praksisplasser er et viktig resultat av avtalene, men her varierer tallene noe fra år til år. Dette støttes av funn fra dette prosjektet. Praksisplasser fremskaffes både som et resultat av samarbeidsavtalene, men også som et resultat av tett dialog mellom kommuner og UH-sektor. Gjennom tett dialog og god oppfølging av studenter og praksissted gjennom praksisperioden lykkes man med å skape nettverk og forsikre praksisstedene om at universitet/høgskole bistår ved eventuelle utfordringer. Det i seg selv ser ut til å bidra positivt til og lette arbeidet med å fremskaffe praksisplasser og veiledere året etter.

Mange steder er praksis en viktig rekrutteringskanal. Gjennom godt samarbeid og tett dialog mellom kommunehelsetjenesten og UH-institusjonene sørger man for å sikre praksisplasser i distriktene og på denne måten bidra til å sikre rekruttering til tjenestene.

Forskning og fagutvikling har historisk sett vært et område for universitetene. Arbeidsmonitoren viser imidlertid at samarbeidsavtalene, særlig de senere årene, har medført økt samarbeid om forskning og fagutvikling. Funn fra dette prosjektet tyder på at samarbeidet mange steder fortsatt foregår ved at universiteter og høyskoler bruker kommunen som forskningsobjekt og at det er behov for tettere dialog mellom partene for å lykkes med å gjøre forskningen relevant og tjenestenær. Det er også viktig at universiteter og høyskoler sørger for at resultater av forskningen kommuniseres tilbake igjen til kommunene, slik at betydningen av forskningen blir synlig og tydelig for aktører som har bidratt, samt for å sikre at viktig forskning tas i bruk i de tjenestene der den har relevans og dermed bidrar til å sikre kunnskapsbaserte tjenester i fremtiden. Forskning og fagutvikling er fortsatt et underprioritert felt i kommunehelsetjenesten,

med lite midler og ressurser. Mange steder etterlyses også større grad av vitenskapelig kompetanse i kommunene. Med tettere samarbeid og hyppig dialog om forskning, har enkelte kommuner imidlertid lyktes godt med å gjøre forskningen interessant og relevant for begge parter.

## LITTERATUR

Agenda Kaupang (2016) *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?*

Bjerknes og Christiansen 2015; Caspersen og Kårstein 2013; Grønn 2010; Kårstein og Caspersen 2014; NIFU 2015; UHR 2010a og UHR 2015)

Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse av ekstern, veiledet praksis som del av studieforløpet for 115 helse- og sosialfagutdanninger. UHR-rapport, april 2010

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

HelseOmsorg21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Rapport 2014

Kommunehelsetjenesteloven. [www.lovdato.no](http://www.lovdato.no)

Kompetanseløft 2020 [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560\\_Kompetanseløft%202020\\_Oppgaver%20og%20iltak%20for%20budsjettåret%202017.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560_Kompetanseløft%202020_Oppgaver%20og%20iltak%20for%20budsjettåret%202017.pdf)

Kvalitet i praksisstudiene i helse og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Universitets- og høyskolerådet 2016

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

Meld. St. 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning

V11: Resolusjon fra Studentenes Landsforbund om økonomiske merutgifter i pålagt fjernpraksis i: [http://www.uhr.no/documents/290410\\_hele\\_rapporten\\_samlet.pdf](http://www.uhr.no/documents/290410_hele_rapporten_samlet.pdf)

### Nettsider:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/76054ff6b88e4f55877041352fffd2fd/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger.pdf>

<http://www.ssb.no/klasse/klasseklassifikasjoner/128>

<https://www.bergen.kommune.no/aktuelt/kunnskapskommunen/10451>

<https://www.bergen.kommune.no/aktuelt/kunnskapskommunen/11086>

<http://www.uib.no/strategi/helseklynge>

<http://www.hib.no/om-hogskolen/sentrale-dokument/lover-forskrifter-reglar-og-retningsliner/reiseutgifter/>

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/3264501/17036/Rekruttering-til-kommunene>

[http://www.uhr.no/documents/290410\\_hele\\_rapporten\\_samlet.pdf](http://www.uhr.no/documents/290410_hele_rapporten_samlet.pdf)

## 8. VEDLEGG: NÆRMERE OM SAMARBEIDSAVTALENE

Funn fra dette prosjektet viser at fire av fem casekommuner har samarbeidsavtaler med universitet og/ eller høyskole. Formålet med avtalene er å tilrettelegge for godt samarbeid innenfor utdanning, forskning og formidling, legge til rette for gode praksisarenaer, samt konkretisere og formalisere samarbeid og tydeliggjøre roller og ansvarsområder partene imellom. Alle avtalene inneholder beskrivelser av samarbeid om praksis og forskning og/ eller fagutvikling. Alle avtaler har i tillegg beskrevet en form for samarbeidsorgan, som har til hensikt å følge opp punktene i avtalen.

I Eid kommune foreligger det, så vidt oss bekjent, ikke en egen overordnet avtale mellom kommune og utdanningsinstitusjon. Funn fra intervjuene tyder imidlertid på at det lages avtaler direkte mellom tjenestestedene i kommunen og det enkelte institutt/ fakultet om praksisplasser for studenter.

### 8.1.1 Innhold i samarbeidsavtalene- Bergen kommune

Gjennomgang av samarbeidsavtalene viser at en avtale er av mer overordnet karakter. Dette er avtalen mellom Bergen kommune og universitet. Det finnes i tillegg egne underavtaler mellom den samme kommunen og for eksempel det medisinsk-odontologiske fakultet. Den *overordnede* avtalen har følgende viktige samarbeidsområder:

- Forskning knyttet til storby spørsmål generelt og kommunen spesielt gjeldende for eksempel
  - Helseforskjeller i befolkningen
  - Forebygging
  - Helse-, omsorg- og velferdstjenester for spesielt utsatte grupper
  - Rehabilitering, habilitering og innovasjon i tjenestene
  - Psykisk helse og rus
  - Økonomi, organisering og ledelse av helse-, omsorg- og velferdstjenester
  - Etikk, kvalitet og effektivitet i helse- og omsorgstjenestene, kost-nytte-vurderinger
- Målrettet kompetanseutvikling og kompetanseheving
  - Grunn- etter- og videreutdanningstilbud for faggrupper kommunen ønsker å rekruttere og beholde
  - Synliggjøre resultatene og dele erfaringene med andre
- Samhandlingsreformen
  - Utvikling av tjenestene
  - Dokumentasjon av konsekvenser av reformen og følgeforskning

Det er i tillegg utviklet egne punkter som omhandler samarbeid om å styrke forskning og forskerutdanning, slik som: mer forskning i det kommunale helse-, omsorg- og velferdsområdet, større bruk av forskning som kvalitetssikring av tjenestene og mer forskning blant kommunens ansatte.

Overordnet oppfølging ivaretas gjennom at partene møtes minst en gang per år. Det er nedsatt en styringsgruppe og en prosjektgruppe med eget ansvar for området. Det er også et mål at andre relevante institusjoner i regionen skal delta i samarbeidet.

Den samme kommunen har i tillegg egne underavtaler, slik som egen avtale mellom kommunen, ved byrådsavdelingen for helse og omsorg og universitetet, ved det medisinsk-odontologiske fakultet.

Avtalen har som formål å sikre gjensidig og regelmessig dialog mellom partene, styrke undervisningssamarbeidet og sikre økt omfang av studentutplassering i primærhelsetjenesten,

samt styrke samarbeid om relevant forskning. Avtalen spesifiserer videre at partene ønsker samarbeid om utdanning gjennom:

- Praksisveiledning i primærhelsetjenesten
- Forelesninger og emneundervisning
- Felles forskning og studentprosjekter
- Ferdighetstrening
- Felles initiativ overfor myndigheter for å styrke finansiering av praksis og forskning

I avtalen mellom kommunen og fakultetet skisseres det møter to ganger per år for å evaluere samarbeidet. Både dekan og fakultetsdirektør, eventuelt andre fra fagmiljøet skal stille fra universitetet, mens fra kommunen skal byrå, kommunaldirektør for helse og omsorg, eventuelt andre fra fagmiljøet stille.

Den samme kommunen har også utarbeidet en avtale med tre høyskoler i området. Avtalen er inngått mellom byrådsavdelingen for helse og omsorg, byrådsavdelingen for sosial, bolig og områdesatsing ved kommunaldirektøren og høyskoleledere/ rektor ved hver høyskole.

Denne avtalen regulerer samarbeid som omhandler praksisstudier primært. Partene utarbeider årsplaner som regulerer samarbeid om antall studenter. Det er høyskolens ansvar at praksisstudiet gjennomføres i overensstemmelse med fag og rammeplaner, samt for tilrettelegging av veiledning ved å klargjøre hvilke krav fag- og rammeplaner stiller til praksis. Resultatenhetsledere i kommunen har på sin side ansvar for at veiledningen er faglig tilfredsstillende. Kommunen stiller veiledningslokaler og undervisningsrom, garderobe og arbeidstøy til disposisjon for studentene.

Avtalen spesifiserer ikke omfang eller hyppighet av samarbeidet, annet enn at det samarbeides om årsplaner og at høyskolen må legge til rette for dialog med praksisstedene i forbindelse med omfattende fagplanrevisjoner. Funn fra intervjuene viser at det er opprettet et samarbeidsråd som har jevnlig møter, samt et utdanningsråd som konkret jobber med praksisutplassering og veiledning.

I Bergen kommune har de samarbeid med både Høgskolen på Vestlandet og Universitetet i Bergen. Samarbeidet mellom kommunen og høgskolen har pågått i mange år, primært om sykepleierutdanningen, men også vernepleierutdanning har vært inkludert. Avtalen har primært omhandlet praksis og utplassering, men skal nå revurderes og utvides til å omhandle forskning og innovasjon.

#### 8.1.2 Innhold i samarbeidsavtalene- Alta kommune

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom kommunen og det helsevitenskapelige fakultetet ved Universitetet i Tromsø. Formålet med avtalen er tilrettelegging for samarbeid innen utdanning, forskning og formidling. Partene skal legge til rette for gode praksisarenaer og tydeliggjøre sammenhengen mellom teori og praksis med pasientsikkerhet, kvalitet i helsetjenesten og tillit til personell og tjenester som siktemål.

Avtalen spesifiserer samarbeid om utdanning ved at kommunen plikter å tilby gode praksisarenaer og undervisning, mens fakultetet skal tilby utdanninger med et faglig nivå som er i overensstemmelse med kommunens behov for arbeidskraft. Det stilles videre krav til at praksis gir gode muligheter for relevant erfaring med pasienter/ brukere.

Det stilles krav til at veileder har norsk autorisasjon innenfor det aktuelle yrket, samt at vedkommende er faglig kvalifisert til å påta seg denne rollen. Det spesifiseres imidlertid ikke hva som ligger i faglig kvalifisert, men det er ønskelig at veileder deltar på veilederopplæring ved fakultetet. Det er fakultetets ansvar å tilby veilederopplæring av høy kvalitet, samt bistand til veiledning og oppfølging av student. Videre skal fakultetet legge til rette for å tilby kombinerte stillinger for fagutvikling.

Når det gjelder forskning og utviklingsarbeid, skal partene arbeide for økt samarbeid om dette. På årlige dialogmøter skal partene møtes og samarbeid om forskning og utvikling skal både prioriteres og konkretiseres her.

Det er opprettet et eget regionalt samarbeidsorgan, bestående av representanter fra utdanningsinstitusjonen i landsdelen, det regionale helseforetaket, samt helseforetakene, kommunene, KS, fylkesmennene, fylkeskommunene m.fl.

Avtalen skisserer årlige dialogmøter. Møtene skal være lederforankret. Det skal oppnevnes kontaktpersoner for hver av partene for å styrke dialogen mellom partene. Det kan også legges til rette for at relevante fagmiljøer fra universitetet kan delta. I møtene skal kompetansebehov og ønsker om forskning og fagutvikling konkretiseres, ansvar klargjøres.

Intervjuer i kommunen viser at Alta kommune hovedsakelig har samarbeid med Universitetet i Tromsø, som nylig har fusjonert med Høgskolen i Narvik og Høgskolen i Harstad. Samarbeidet mellom partene er forankret på ledernivå, både politisk og administrativt i kommunen, samt på rektornivå på universitetet. Samtidig er samarbeidet forankret i det kommunale planverket.

#### 8.1.3 Innhold i samarbeidsavtalen- Tromsø kommune

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom kommunen og det helsevitenskapelige fakultet ved universitetet i Tromsø. Avtalen har samme innhold som avtalen Alta har, beskrevet under punkt 8.1.2. når det gjelder formål, utdanning, forskning, fagutvikling og formidling.

Når det gjelder forskning og utviklingsarbeid, er kommunen representert i instituttstyret for Institutt for helse og omsorgsfag, styringsgruppen og referansegruppen for Senter for omsorgsforskning. Fakultetet er representert i felles styringsråd ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Det er opprettet både et overordnet og lokalt samarbeidsorgan. Overordnet samarbeidsorgan er opprettet av fakultetet og er felles for alle kommuner som samarbeider med fakultetet. I tillegg har fakultetet opprettet et lokalt samarbeidsorgan med kommunen. Begge parter setter av ressurser til å arbeide med å koordinere praksisutplassering i kommunen. Samarbeidsorganet består av tre representanter for hver av partene: kommunalsjef/rådmann, enhetsleder sykehjem/hjemmetjenesten og en enhetsleder fra helsetjenesten, samt begge prodekaner for utdanning og instituttleder for Institutt for helse og omsorgsfag.

Det er også utarbeidet rutiner for kommunikasjon mellom partene, med tidsangivelser og definert ansvarlig part:

- I mai: Helsefakultetet oversender samlet oversikt til kommunen over behov for praksisplasser
- Åtte uker før praksis: Kommunen sender oversikt over fordeling av plasser tilbake til fakultetet, sammen med en oversikt over kontaktpersoner.
- Fire uker før praksis: Kontaktperson ved hvert studieprogram oversender navnelister over studenter som skal i praksis, direkte til kontaktperson ved praksissted. Annen relevant informasjon oversendes også (evalueringsrutiner, skikkethetsvurdering o.l.).
- To uker før praksis: Kontaktperson på praksissted sender beskjed om oppmøtetid og sted til kontaktperson ved fakultetet.
- Ved oppmøte på avdeling: Kontaktperson opplyser om praksisveiledere/ kontaktsykepleiere.
- Juni studieåret før: Helsefakultetet sender ut informasjon om praksisveiledersamling/opplæring.

Intervjuer i kommunen viser at etablering av et felles samarbeidsorgan ikke har lyktes og at kommunen tidligere har vært representert i instituttstyret for Institutt for helse og omsorgsfag.

Det er de imidlertid ikke lenger. Samtidig som universitetet er på tilbudssiden og ønsker dialog, er det vanskelig å få til.

#### 8.1.4 Innhold i samarbeidsavtalen- Orkdal kommune

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom høgskolen og kommunen. Formålet med avtalen er videreutvikling av regionen som et attraktivt studie- og arbeidssted. Gjennom avtalen er det ønskelig at man sikrer fremtidig rekruttering til regionen, samt at høgskolen sikrer tilstrekkelig antall praksisplasser av god kvalitet.

Det er uttalt at partene sammen skal bidra til å fremskaffe forskningsbasert kunnskap som kan forbedre kommunale tjenester og styrke kvaliteten på profesjonsstudiene.

Det er definert to konkrete samarbeidsområder:

- Gjennomføring og utvikling av praksisstudier for helse- og sosialfaglige studenter
- Forsknings- og utviklingsarbeid (FoU-arbeid)

I avtalen er det skissert tydelige roller og ansvarsområder, for både lærested, praksisplass og studenter. Høgskolen har følgende ansvar:

- Forberede og motivere studenter i forkant av praksis
- Arrangere praksisveiledersamlinger
- Bidra med kontaktlærere som sørger for oppfølging av studenter og samarbeid med praksisveiledere
- Sende ut praksislistor og annen informasjon i god tid før oppstart av praksis
- Tilby veiledning/ opplæring regelmessig
- Sørge for at studenter som skal ha praksis med barn eller utviklingshemmede får informasjon om politiattest. Informasjon til praksissted om at dette må foreligge.
- Gjøre studenter og praksisfelt kjent med «Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning».

Kommunen på sin side, skal:

- Sørge for kvalifiserte veiledere
- Bidra til at veiledere drar på veiledersamlinger i regi av høyskolen
- Oppgi navn på praksisveileder ved henvendelse fra høyskolen
- Legge til rette for hospitering
- Legge til rette for kommunikasjon via internett mellom student og høyskole
- Sørge for kontaktperson i kommune/interkommunalt samarbeid
- Følge opp prosedyrer for skikkethetsvurdering

Avtalen skisserer i tillegg studentens plikter som omhandler ansvar for egen og andres læring, aktiv deltakelse i arbeidsfellesskapet, bidrag til å nå læringsmål for perioden, samt følge arbeidstid.

Det er høyskolen som utarbeider praksisdokumenter. Veiledningen tar utgangspunkt i disse.

Det er etablert et Samarbeidsorgan mellom høyskolen og kommunale/ interkommunale samarbeidsorgan, bestående av tre personer fra hver av partene. Dette må være personer som har beslutningsmyndighet på vegne av egen organisasjon. Samarbeidsorganet skal bidra til et godt samarbeidsklima, samt til at samarbeidet blir resultatorientert. Samarbeidsorganet vil evaluere samarbeidet årlig. Det legges opp til møter én gang per år.

Intervjuer med kommunen viser at det primært er samarbeid om praksis og at samarbeidet konkret handler om hvor mange studenter kommunen skal ha i praksis. NTNU inviterer i tillegg til et dagsseminar om praksisveiledning der man går gjennom mål og innhold i praksisstudiene.