



Evaluering av samarbeidsmidler i helse- og sosialfagutdanningene

Joakim Caspersen

Rapport 29/2011

NIFU

Evaluering av samarbeidsmidler i helse- og sosialfagutdanningene

Joakim Caspersen

Rapport 29/2011

Rapport 29/2011

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

Oppdragsgiver Universitets- og høskolerådet (UHR)
Adresse Pilestredet 46, 0167 Oslo

Trykk Link Grafisk

ISBN 978-82-7218-776-6
ISSN 1892-2597

www.nifu.no

Forord

På oppdrag fra Universitets- og høgskolerådet har NIFU evaluert overgangen fra praksisveiledningsmidler til samarbeidsmidler i helse- og sosialfagutdanninger med ekstern veiledet praksis. Flere gruppers erfaring med ordningen er undersøkt, og det konkluderes med at det er stor variasjon mellom ulike institusjoner, utdanninger og praksisarenaer i hvordan ordningen har fungert, og at det har vært en svak rapportering av hvordan midlene har blitt brukt.

Rapporten er utarbeidet av Joakim Caspersen, som også har vært prosjektleder. En referansegruppe med Trine Grønn fra Universitets- og høgskolerådet, og Svein Kyvik, Karl Erik Brofoss og Joakim Caspersen fra NIFU leste og diskuterte evalueringsdesign og rapportutkast i flere omganger. Alle funn og konklusjoner, samt eventuelle feil og mangler, er imidlertid forfatterens ansvar.

Vi takker alle informantene som har bidratt med sin tid og kunnskap i evalueringen.

Oslo, 22. juni 2011

Sveinung Skule
Direktør

Jannecke Wiers-Jenssen
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Bakgrunn og prosjektbeskrivelse	11
1.1 Løsningsforslag og fremgangsmåte	13
1.2 Suksesskriteriene	15
2 Data og metode	16
3 Samarbeidsmidlenes omfang og innretting	21
3.1 Bakgrunnsinformasjon om utdanningene	21
3.2 Innføring av ordningen	22
3.3 Prosjektene omfang og innretting	31
3.4 Utdanningsinstitusjonenes vurdering av ordningen	36
3.5 Oppsummering	42
4 Studielederne vurdering og rapportering	44
4.1 Gjennomføring og innføring av ordningen	47
4.2 Studielederne vurdering av ordningen	55
4.3 Oppsummering	63
5 Helseforetakenes erfaringer	65
5.1 Om organisering av ordningen	65
5.2 Om rapportering	67
5.3 Forholdet til sosialfagene og kommunesektoren	67
5.4 Vurdering av ordningen	68
5.5 Generelt inntrykk av arbeidet med samarbeidsmidler i samarbeidsorganene	70
6 Departementenes vurdering	71
7 Erfaringer fra kommunene	74
7.1 Gode erfaringer fra Bergen	74
7.2 Gode erfaringer fra Østfold	76
7.3 Oppsummering	77
8 Oppsummering og diskusjon	78
8.1 Hva bør gjøres videre med ordningen?	80
Litteratur	82
Vedlegg: Tabeller	83
Vedlegg: Bakgrunnsbrev for ordningen	101
Tabelloversikt	110
Figuroversikt	112

Sammendrag

Helseforetakene er pålagt utdanningsoppgaver i forbindelse med praksisopplæringen innen helse- og sosialfagene. Frem til 2006 var finansieringen av helseforetakenes utgifter dekket ved at utdanningsinstitusjonene betalte de som fungerer som veiledere og undervisere i praksisfeltet. Fra 2006 ble dette endret, og man gikk over til samarbeidsmidler. Samarbeidsmidlene skulle gå *“til prosjekter/særskilte tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høgskolene og praksisstedene, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.”* og midlene skulle *“brukes til prosjekter/tiltak innen alle helse- og sosialfagligutdanninger”* og være *“fellesprosjekter mellom høgskolene og praksisstedene, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forsknings- og utviklingsarbeid.”* Områdene for samarbeid som ble trukket frem som aktuelle var blant annet utvikling og dokumentasjon av praksismodeller og hospiteringsordninger. Midlene skulle vurderes og prioriteres av de regionale samarbeidsorganene mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene.

Formålet med å omleggingen var å skape

- bedre samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt,
- bedre praksisopplegg og praksisveiledning,
- bedre integrering av teori og praksis i utdanningene
- mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid.

NIFU har vinteren og våren 2011 foretatt en evaluering av ordningen i perioden fra og med innføringen 2006 til og med høsten 2010, på oppdrag fra Universitets- og høgskolerådet (UHR). I dette inngikk også å vurdere om de regionale samarbeidsorganene hadde fått den rolle de var tiltenkt i ordningen, og også å finne frem til eksempler på gode samarbeidsformer mellom utdanning og kommunesektoren som praksisarena (*“best praksis”*- eksempler). Flere forskjellige grupper av informanter ble inkludert i undersøkelsen for å få frem et mest mulig

helhetlig bilde av ordningen: Utdanningsinstitusjone ble bedt om å svare på spørsmål omkring omfang av midler; studieledere svarte på en spørreskjemaundersøkelse omkring sine erfaringer med ordningen; de regionale helseforetakene organiserer og administrerer de regionale samarbeidsorganene mellom helseforetak og høyskoler, og informerte om sine erfaringer med dette arbeidet; Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet igangsatte ordningen i fellesskap, og skulle motta rapporter om hvordan ordningen fungerte og ble implementert, og ble intervjuet om dette; og to studieledere ble valgt ut som "best praksis"-eksempler, i og med at de oppga gode erfaringer med samarbeid med kommunen i spørreskjemaundersøkelsen.

Resultatene tyder på at det har vært en stor variasjon i hvordan ordningen har blitt praktisert på de forskjellige utdanningsinstitusjonene, og hvilket omfang midlene har hatt. Kun noen få steder har ordningen blitt styrket siden innføringen. Fire av ti studieleder oppga at ordningen førte til nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser, og noen steder førte dette til at den gamle ordningen, med direkte betaling for praksisveiledning, ble videreført. I stor grad ser dette ut til å ha blitt gjort i en overgangsfase, for å løse akutte problemer, og det har ikke blitt en permanent løsning. Studielederne fremstår som ganske lojale til ordningen.

Undersøkelser av prosjektsammensetningen ved utdanningene og institusjonene gir et klart bilde av at sykepleie, med praksis i spesialisthelsetjenesten og kommunal-helse og omsorgstjeneste, får størst andel av samarbeidsmidlene, sammen med de andre utdanningene med praksis i spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes nok både størrelsen på sykepleierutdanningene, både i antall studenter og ansatte, og at spesialisthelsetjenesten er en kompetent og ressurssterk samarbeidspartner å søke om prosjektmidler sammen med.

Vurderingen av ordningens formål gjenspeiler nettopp dette: Innen sykepleie og andre utdanninger som samarbeider med spesialisthelsetjenesten er man fornøyd med ordningen, og synes at den i ganske stor grad har bidratt til bedre samarbeid, bedre praksisopplegg, bedre integrering av teori og praksis og mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid. Men innen sosialfagene, som i stor grad har samarbeidspartnere og praksisarenaer i kommunesektoren, er man mindre fornøyd, og opplever at man ikke får ta del i midlene på samme måte som var tenkt.

De regionale samarbeidsorganene har i liten grad spilt den rolle de var tiltenkt i ordningen. Samarbeidsmidlene har stort sett blitt forvaltet i lokale samarbeidsforum, og kun i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har det vært årlig rapportering på bruken av midlene. Dette er nå i ferd med å endre seg i de andre regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har også i liten grad rapportert videre til departementene, slik det var tenkt, men departementene har heller ikke fulgt opp dette eller fulgt opp innføringen av ordningen.

Alt i alt er det vanskelig å si at ordningen har blitt implementert i tråd med intensjonene. Ordningen med samarbeidsmidler i stedet for praksisveiledningsmidler

innebar en overgang fra en ordning der praksisarenaene fikk betaling per student, til en situasjon der institusjonene måtte konkurrere om midlene, i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Studentene har krav på ekstern, veiledet praksis som en del av utdanningen sin, og ordningen innebærer at praksisfeltet har gått fra en betalingssituasjon til en konkurransesituasjon. Slikt sett er det ikke overraskende at funnene i denne rapporten viser at det er store utdanninger som samarbeider med store praksisfelt som får flest prosjekter og flest midler. Det er også bekymringsfullt at det er såpass store forskjeller mellom utdanningsinstitusjonene i hvor mye penger som brukes per student. Hva slags utslag dette faktisk gir for studentenes praksis er ikke dekket systematisk i denne rapporten, men kan også være en interessant problemstilling for andre undersøkelser.

Til tross for de dokumenterte skjevhetene er likevel er de fleste informantgruppene opptatt av at ordningen må videreføres, og helst styrkes. Øremerking av midler for å sikre at grupper som til nå har kommet dårlig ut skal komme bedre ut i fremtiden er et virkemiddel som trekkes frem av mange, i tillegg til at man må sikre at ordningen er fleksibel nok til å møte de problemene som oppstår lokalt.

Anbefalingen i rapporten er i tråd med dette: Midlene bør forvaltes i lokale samarbeidsforum, men dette krever at tiltak iverksettes for å sikre at gruppene som er forfordelt i den nåværende ordningen får gode muligheter til å utarbeide prosjekter. Dette kan enten foregå som øremerking av midler eller oppdeling av midlene i forskjellige pottes. De regionale samarbeidsorganene holdes informert gjennom rapporter, og rapporterer viderer til departementene. I departementene bør det utarbeides klarere rutiner for å følge opp bruken av midlene, med en klarere ansvars plassering enn i dag.

1 Bakgrunn og prosjektbeskrivelse

Helseforetakene er pålagt utdanningsoppgaver i forbindelse med praksisopplæringen innen helse- og sosialfagene. Frem til 2006 var finansieringen av helseforetakenes utgifter dekket ved at utdanningsinstitusjonene betalte de som fungerer som veiledere og undervisere i praksisfeltet. Fra 2006 ble dette endret, og man gikk over til samarbeidsmidler. Samarbeidsmidlene skulle gå *“til prosjekter/særskilte tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høgskolene og praksisstedene, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.”* (brev fra Utdannings- og forskningsdepartement av 22.12.2005, til statlige og private høgskoler med helse- og sosialfaglige utdanninger), og midlene skulle *“brukes til prosjekter/tiltak innen alle helse- og sosialfagligutdanninger”* og være *“fellesprosjekter mellom høgskolene og praksisstedene, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forsknings- og utviklingsarbeid.”* De områdene for samarbeid som ble trukket frem som aktuelle var blant annet utvikling og dokumentasjon av praksismodeller og hospiteringsordninger. Midlene skulle vurderes og prioriteres av samarbeidsorganene mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene.

Midlenes omfang ble anslått til å utgjøre 54 millioner kroner, og var da antatt å være relativt likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste. Midlene skulle i den nye ordningen videreføres på samme nivå som tidligere. Ordningens utvikling og bakgrunn er beskrevet i tabell 1-1.

Tabell 1-1. Bakgrunnsinformasjon om ordningen med samarbeidsmidler.

Årstill 1992	<i>Hendelse Etablering av en ordning med praksisveiledningsmidler, i den hensikt å "bedre kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen." Ordningen gikk ut på at midlene ble overført til høgskolene. Basert på forpliktende samarbeidsavtaler med praksisstedene ble det utbetalt veiledningshonorar til praksisstedene.</i>
1992-2005	<i>Andre helse- og sosialfagutdanninger med obligatorisk praksis utvikler over årene svært ulike ordninger for honorering av veiledning i praksisfeltet, men uten tilskudd fra departementet</i>
2003-2004	<i>Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004) med forslag om "mer likeartet finansiering" for studenter fra universiteter og høgskoler med praksisundervisning i helseforetakene. Forslaget førte til "omlegging av praksisfinansieringen" i statsbudsjettet 2003-2004 i forhold til praksisundervisning i spesialisthelsetjenesten. I denne sammenhengen ble også bruken av de såkalte praksisveiledningsmidlene" vurdert, midler som ikke inngikk i undervisningstillegget til helseforetakene, men som gikk til høgskolene.</i>
2005-2006	<i>I statsbudsjettet for 2006 fronter Kunnskapsdepartementet og Helse og omsorgsdepartementet, sammen/samordnet, en omlegging fra praksisveiledningsmidler til samarbeidsmidler: Midlene skulle bli "videreført på samme nivå som tidligere", dvs. summen av overføring av praksisveiledningsmidler knyttet til sykepleierutdanningen siden 1992, pluss de midlene øvrige utdanninger over eget budsjett hadde utviklet ordninger for honorering av praksisveiledning/praksissted (Samlet for høyskolesektoren anslo Kunnskapsdepartementet dette til å utgjøre ca. 54 millioner kroner i 2004)</i>
2006-2010	<i>Ordningen vært virksom</i>
2011	<i>Evaluering av ordningen, for perioden 2006-2010</i>

Bakgrunnen for omleggingen fra veiledningsmidler til samarbeidsmidler lå i flere påpekninger av manglende koblinger mellom undervisningen ved høyskolene og den praktiske øvingen, blant annet i NOKUTs re-akkreditering av sykepleierutdanningene i 2005. FoU-aktiviteter var også i for liten grad rettet inn mot behovene til praksisfeltet. Den vanskelige koblingen mellom utdanningen ved høyskolene og utdanningen i praksisfeltet er en av de store utfordringene i profesjonsutdanningene (Heggen 2010; Molander & Terum 2008) og variasjonene er store i hvordan man organiserer praksisdelen av studiet, også innen helse- og sosialfagene (Grønn 2010). Undersøkelser av ansatte i profesjonsutdanningene ved høyskolene viser at de ansatte selv opplever at de jobber godt med å få til gode koblinger (Hatlevik *et al.* 2011; Munthe & Ohnstad 2008), men undersøkelser av studentene tyder på at det er forskjeller i hvordan man lykkes i å få til dette (Frøseth & Caspersen 2008; Hatlevik 2009).

I en kartleggingsundersøkelse av organiseringen av praksisstudiene pekte Universitets- og høgskolerådet (UHR) på at det er flere uklarheter omkring organiseringen av samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet gjennom samarbeidsorganene (UHR 2010). Det kom frem en viss uklarhet om samarbeidsorganenes organisering og rolle, og også omkring reguleringen av utløsning av samarbeidsmidler. UHR påpekte også at overgangen til samarbeidsmidler har slått skjevt ut mellom utdanningstyper, der utdanninger som har praksis i spesialisthelsetjenesten har fått mer midler enn andre utdanninger.

Fokuset på samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon i UH-sektoren, slik det ble fremlagt i St.meld. nr. 30 (2008-2009), "Klima for forskning", innebar at utdanningsinstitusjonene skal samarbeide med yrkesfeltet om utdanning i praksisfeltet, og om det faglige og forskningsmessige samarbeidet knyttet til dette. I stortingsmeldingen ble også UHR bedt om å utrede mulighetene for at rådets interne samarbeidsorganer kan bidra tydeligere i arbeidet med å få til bedre arbeidsdeling og mer samarbeid i FoU-systemet.

UHR ønsket med dette som bakgrunn å evaluere hvordan utdanningsinstitusjonene og helseforetakene organiserer arbeidet rundt samarbeidsmidlene, og hvordan samarbeidsmidlene benyttes. I tillegg ønsket UHR å få belyst erfaringene med innføringen av ordningen i perioden fra 2006 til 2010. UHR ønsket en kartlegging av strukturene, økonomiske avsetninger, avtaleverk og prosjekter som inngår. Dette ble beskrevet som en "begrenset evaluering", i og med at UHR ønsket å hente inn informasjonen selv, men med bistand fra et fagmiljø. Det ble også uttrykt ønske om å få frem eksempler på gode samarbeidsformer med kommunene.

1.1 Løsningsforslag og fremgangsmåte

UHR ønsket en omfattende kvantitativ kartlegging som første del av prosjektet, til aktører både i helseregionene og i UH sektoren. På grunn av bredden av temaer og det relativt store antall respondenter ble et spørreskjema ansett som den best egnede fremgangsmåten. Denne ble gjennomført elektronisk, og beskrives nærmere i kapittel 2.

Undersøkelsen ble i første omgang utformet av UHR, men for å sikre så høy kvalitet som mulig ble det satt sammen en ressursgruppe bestående av NIFU-forskere som fungerte som rådgivere i utarbeidelsen av undersøkelsen, sammen med deltagere fra UHR¹. Denne ressursgruppen vurderte undersøkelsesdesignet i to omganger: tidlig i prosessen og før utsending av undersøkelsen. I tillegg kom ressursgruppen med innspill til utarbeidelsen av den ferdige rapporten.

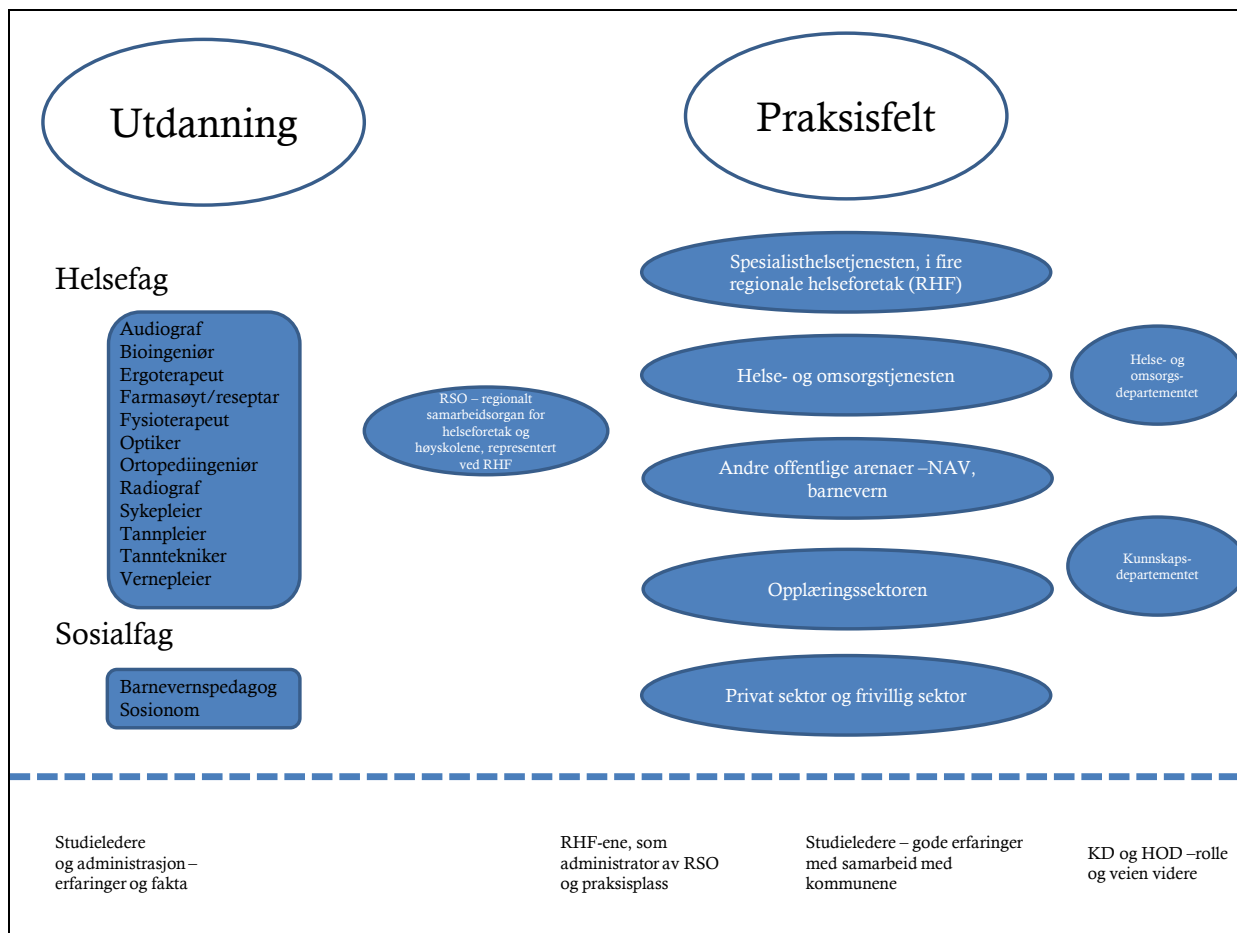
Etter den kvantitative kartleggingen ble funnene fulgt opp med intervjuer med de regionale helseforetakene (som er ansvarlige for de regionale samarbeidsorganene), med departementene, som er "eiere" av praksisfeltene og igangsettere av ordningen, og med studieledere med spesielt gode erfaringer fra samarbeid med kommunene. Denne to-trinnmodellen sikret muligheten til å utdype eventuelle funn i det kvantitative materialet. Formålet med denne delen av prosjektet var å få frem begrunnelser og vurderinger som hovedaktørene i UH sektoren og helseregionene har gjort seg omkring ordningen og dens implementering.

I og med at både helse- og sosialfagutdanningene er omfattet av ordningen er det mange utdanningsgrupper som er inkludert, og mange praksisfelt. Med så mange grupper er det viktig å ha et klart bilde av hvordan feltet er organisert. I figur 1.1 er det redegjort for hvilke aktører som er de sentrale, samt hvilke grupper som er ansett som de viktigste informantene i denne evalueringen.

¹ Svein Kyvik, Karl Erik Brofoss og Joakim Caspersen fra NIFU inngikk i gruppen, i tillegg til Trine Grønn fra UHR. Tor Rynning Torp i UHR kom med innspill til gruppen per epost og i samtaler med Trine Grønn.

Fire grupper med informanter ble pekt ut: Administrasjonen ved høyskolene ble bedt om å gi informasjon om fakta omkring ordningen: hvor mange prosjekter, hvor mange penger, hvor mange studenter. Studielederne ble bedt om å gjøre rede for sine erfaringer med ordningen. De regionale samarbeidsorganene mellom høgskoler og spesialisthelsetjenesten ble også gitt en viktig rolle i ordningen, i og med at de fikk i oppgave å vurdere og prioritere mellom de ulike prosjektene, og rapportere fra dette arbeidet til departementene. Det er de regionale helseforetakene som administrerer de regionale samarbeidsorganene, og dermed ble de fire regionale helseforetakene også inkludert som informanter. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ble ansett som de to viktigste igangsetterne av ordningen fordi de forvalter utdanningssektoren og spesialisthelsetjenesten, som er den største praksisplassen. Som det fremgår er det også en rekke praksisarenaer utover dette som er viktige, og disse hører inn under forskjellige departementer. På grunn av begrensede ressurser ble det besluttet å ikke inkludere disse i evalueringen, men i stedet forsøke å få frem noen utdanningsinstitusjoners erfaringer med samarbeid med kommunesektoren for å komplettere bildet. Disse gir altså ikke generaliserbar kunnskap om hvordan ordningen har fungert i kommunene, men heller et eksempel på gode arbeidsmåter, "best praksis", i samarbeidet med kommunene.

I utdanningene er det grovt sett skillet mellom helsefag og sosialfag som er det interessante, men i analysene i rapporten er det skilt mellom sosialfagsutdanninger (sosionom og barnevernspedagogutdanning), helsefaglige teknologiutdanninger (bioingeniør, audiograf, farmasøyt/reseptar, radiograf, ortopediingeniør, optiker), helsefaglige terapeututdanninger (ergoterapeut, fysioterapeut, vernepleier, tanntekniker) og sykepleie.



Figur 1.1. kart over aktører og informanter i evalueringen

1.2 Suksesskriteriene

Ut fra dokumentene og brevene som ble sendt ut i forbindelse med etableringen av ordningen, ble det i planleggingen av prosjektet utarbeidet en rekke suksesskriterier for ordningen, det vil si formål ordningen skulle oppnå. Den skulle føre til:

- bedre samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt,
- bedre praksisopplegg og praksisveiledning,
- bedre integrering av teori og praksis i utdanningene
- mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid.

Alle grupper som er undersøkt i evalueringen har fått anledning til å uttale seg om disse områdene, i tillegg til at det har blitt stilt utfyllende spørsmål rettet mot de forskjellige gruppene.

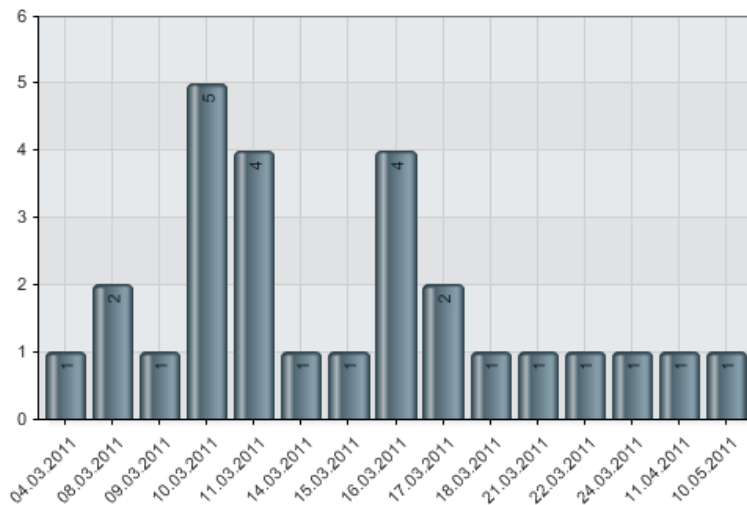
2 Data og metode

Universitets- og høgskolerådet ønsket seg en kartlegging av strukturene, økonomiske avsetninger, avtaleverk og prosjekter, og en rekke grupper med informanter ble utpekt som interessante, slik det ble vist i figur 1.1.

For å innhente den nødvendige informasjonen ble et spørreskjema utarbeidet av Universitets- og høgskolerådet, i samråd med referansegruppen bestående av forskere fra NIFU. Undersøkelsen ble distribuert elektronisk (via UHRs Questbacklisens) til 30 utdanningsinstitusjoner (universiteter og høyskoler) med ekstern veiledet praksis i helse- og sosialfag. 27 av institusjonene svarte på undersøkelsen, og de tre som ikke svarte var to private sykepleieutdanninger og en statlig sykepleierutdanning (hvilke institusjoner som deltok er beskrevet i tabell V-1 i vedlegg). For å finne frem til en kontaktperson på institusjonene sendte UHR et brev til alle utdanningsinstitusjonene, der UHR forklarte hensikten med evalueringen og undersøkelsen, og ba om at institusjonene oppnevnte en kontaktperson som kunne fylle ut skjemaet.

Når kontaktpersonen var funnet, ble undersøkelsen sendt ut, etter at referansegruppen hadde kommet med innspill på den endelige utformingen av undersøkelsen. I og med at kontaktpersonene skulle bidra med informasjon om utdanningsinstitusjonen som helhet fikk de relativt lang svarfrist, men en del institusjoner svarte likevel ikke innen fristen. Det ble derfor nødvendig med en rekke oppfordringer om å svare, og disse ble sendt ut av NIFU og UHR. Den totale innsamlingen foregikk over drøye to måneder, slik det fremgår av figur 2.1.

I undersøkelsen ble også kontaktpersonene bedt om å returnere lister med oversikt over prosjekttitlene som har fått tildelt samarbeidsmidler i perioden. 19 av de 27 institusjonene gjorde dette.



Figur 2.1. Oversikt over innkomne svar fra utdanningsinstitusjonene per dato.

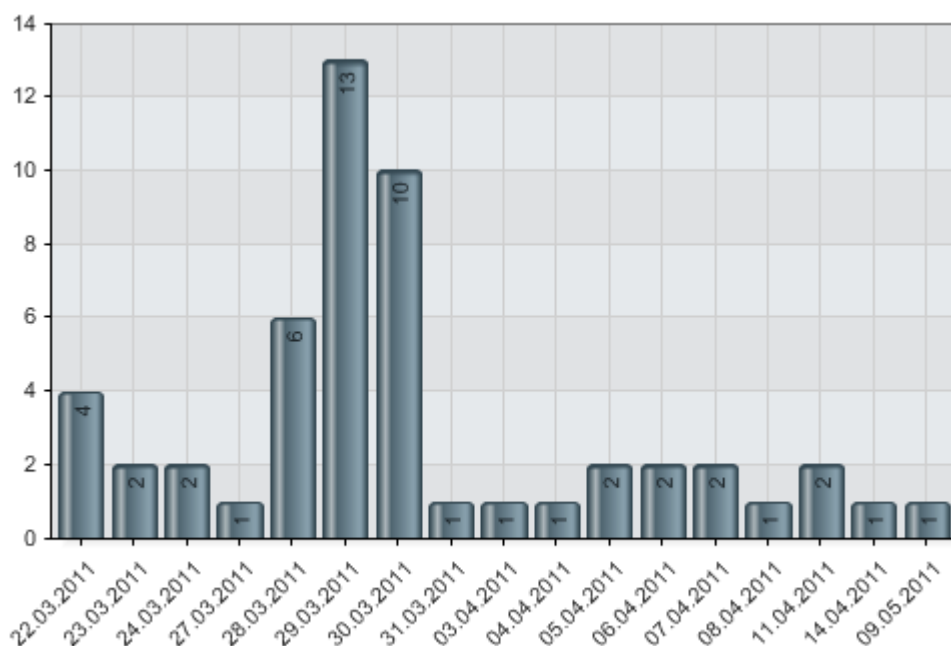
Tilbakemeldinger fra institusjonene gjorde det klart at det for mange var vanskelig å svare på en del av spørsmålene, da de hadde flere utdanninger med ekstern veiledet praksis, og erfaringene var svært forskjellige. Dette gjaldt spesielt delen som omhandlet vurderinger av ordningen, men i mindre grad delen som handlet om økonomiske avsetninger og prosjektporteføljer. Svarene må derfor tolkes med noe forsiktighet. Informasjonen om antall prosjekter og økonomiske avsetninger er også noe usikre. Flere steder er det fylt ut med "ca. halvparten" og lignende angivelser, noe som gjør at svarene må beregnes ut fra andre svar i skjemaet, så langt det går. Også i de tilfeller der man har oppgitt konkrete tall virker tallene noe usikre, da ord som "ca. 400 000" er brukt. Dette til tross for at institusjonene er bedt om å oppgi budsjettpostene på tallene. I noen tilfeller var skjemaene også mangelfullt utfyllt, og så langt som mulig er utfyllende informasjon hentet inn fra andre kilder, slik som studenttall fra Database for statistikk om høyere utdanning (DBH).

UHR ønsket også å få informasjon om erfaringer med ordningen, og særlig studieledernes erfaringer, da det er disse som har ansvaret for studentene som skal ut i ekstern veiledet praksis. En spørreskjemaundersøkelse ble derfor utarbeidet av UHR til disse også, med innspill fra referansegruppen i to omganger. UHR ønsket å kontakte studielederne og distribuere undersøkelsen gjennom sitt eget studieledernetverk. Nettverket er bygget opp av kontaktpersoner som har ansvar for sin gruppe med studieledere. UHR sendte først ut et informasjonsbrev til kontaktpersonene som de så skulle distribuere vider til studielederne i sin gruppe. NIFU fikk så epostadressene til kontaktpersonene, og sendte undersøkelsen til disse, som så sendte det videre til sin gruppe.

Blant studielederne oppsto det noe forvirring om forholdet mellom undersøkelsen sendt til administrasjonen, og undersøkelsen sendt til studielederne. Derfor ble presiserende informasjon sendt ut til studielederne som forklarte forholdet mellom undersøkelsene, men det kan tenkes at manglende svar fra studieledere skyldtes en oppfatning om at undersøkelsen allerede var besvart av en

institusjonsrepresentant. En annen kilde til forvirring var at noen var studieledere for flere utdanninger, og dermed fikk undersøkelsen flere ganger. I utgangspunktet var tanken at disse skulle svare på én undersøkelse for hver utdanning de var leder for, i og med at det ble antatt at erfaringene med ordningen med samarbeidsmidler var knyttet til hvilken utdanning man svarte med utgangspunkt i. Kun en studieleder gjorde imidlertid dette.

På grunn av forvirringene omkring undersøkelsene og et par runder med ordinære påminnelser om svar, tok også denne innsamlingen tid, nærmere to måneder, slik det fremkommer i figur 2.2.



Figur 2.2. Oversikt over innkomne svar fra studielederne per dato.

Totalt 52 studieledere svarte på undersøkelsen, av totalt 90 inkluderte utdanninger. Dette gir en svarprosent på 58. Det viste seg at én av studielederne som hadde svart på undersøkelsen var leder for en institusjon som aldri hadde vært involvert i ordningen, men som likevel hadde mottatt undersøkelsen gjennom nettverket av studieledere. Denne ble tatt ut av analysene.

I bearbeidelsen av disse to spørreskjemaundersøkelsene i kapittel 3 og 4 har enkeltutdanninger i liten grad blitt identifisert, i og med at det er ordningen med samarbeidsmidler som er i fokus. Dermed er det ikke så viktig hvor man har gjort hva, men heller å få frem eventuell variasjon. Når det er sagt er det heller ikke gjort store anstrengelser for å forsøke å anonymisere institusjoner eller gjøre det vanskelig å finne tilbake til hvor vurderinger kommer fra. Alle som har uttalt seg har gjort det som "offisielle" talsmenn for sine respektive institusjoner, og svarene som ble avlagt, med unntak for studielederne, bar preg av å være gjennomgått av flere personer. Dermed fremsto de også som institusjonssvar mer enn personsvar.

Kun 27 utdanningsinstitusjoner er med i undersøkelsen. I mange av tabellene er resultatene likevel oppgitt i prosent, da dette kan være med på å tydeliggjøre sammenhengene, men absolutte tall er gjengitt i tillegg til prosent, for å tydeliggjøre størrelsen på gruppene. Selv om studielederne er en større gruppe (51), er resultatene av analysene av disse også gjengitt i både prosent og absolutte tall, da undergruppene i analysene i mange tilfeller er svært små.

De regionale samarbeidsorganene var tiltenkt en konkret rolle i ordningen med samarbeidsmidler, slik det ble beskrevet i kapittel 1. Det er de regionale helseforetakene som organiserer og administrerer arbeidet i disse samarbeidsorganene. UHR sendte dermed et brev til de fire regionale helseforetakene med ønske om å få tilbakemelding om en kontaktperson. NIFU avtalte så telefonmøter med disse. Innholdet i telefonmøtene ble bestemt ut fra innledende diskusjoner i referansegruppen, i tillegg til foreløpige analyser av de to innsamlede spørreskjemaene. En intervjujal ble utarbeidet i samråd mellom NIFU og UHR, og oversendt kontaktpersonene i de regionale helseforetakene slik at de kunne forberede seg til intervjuene. I Helse Midt-Norge deltok i tillegg til en kontaktperson i det regionale helseforetaket, helsefaglig sjef ved St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, som også hadde sittet som medlem og leder av det regionale samarbeidsorganet i flere år. Det ble tatt notater fra telefonintervjuene som så ble renskrevet og sendt til bake til kontaktpersonene for godkjenning og eventuelle kommentarer.

Som igangsettere av ordningen ble også Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet inkludert som informanter i undersøkelsen. Fremgangsmåten der var den samme som til de regionale helseforetakene. UHR sendte brev til departementene med ønske om å få tilbakemelding om en kontaktperson. Når dette ble gitt tilbakemelding om avtalte NIFU så møter med departementene. Innholdet i møtene ble bestemt ut fra innledende diskusjoner i referansegruppen, i tillegg til foreløpige analyser av de to innsamlede spørreskjemaene. En intervjujal ble utarbeidet i samråd mellom NIFU og UHR, og oversendt kontaktpersonene i departementene slik at de kunne forberede seg til intervjuene.

Gjennom arbeidet med analysene og innsamlingen ble det klart at mye av arbeidet omkring samarbeidsmidlene foregikk på lokalt nivå, og at kommunesektoren var et viktig område å få mer kunnskap om. Innen rammene av evalueringen var det ikke midler til å gjennomføre en omfattende undersøkelse av denne sektoren, men det ble i stedet besluttet å forsøke å få tak i noen gode erfaringer med samarbeidet med kommunene, som kanskje kunne være med på å peke ut noen betingelser som må være på plass for å få et godt samarbeid. To studieledere ble valgt ut fra studielederundersøkelsen på bakgrunn av positive svar angående kommunesamarbeid, og disse ble kontaktet med forespørsel om et telefonintervju. Dette svarte begge positivt på. Svarene de ga under intervjuet ble notert ned og deretter renskrevet og sendt tilbake til studielederne for godkjenning.

Alt i alt er det en stor bredde i datamaterialet og i informantenes relasjon til den eksterne, veiledete praksisen i helse- og sosialfagene. Samtidig meldte også flere av informantgruppene tilbake at de i liten grad hadde konkret kjennskap til hvordan ordningen hadde fungert. Dette gjaldt særlig i departementene og i minst grad blant studielederne. På denne bakgrunn er departementenes svar på spørsmål angående ordningens suksesskriterier, gjengitt i avsnitt 1.2, ikke tatt med i kapittel 6, da det

ble klargjort at dette var enkeltpersoners synspunkt og i liten grad noe departementene hadde en klar mening om. Som det vises i senere kapitler skyldes dette nok i stor grad manglende oppfølging av ordningen fra departementenes side.

3 Samarbeidsmidlenes omfang og innretting

For å komme frem til fakta omkring ordningen (hvor store summer er brukt, hvor mange prosjekter er det snakk om) ble administrasjonen ved studiestedene tatt med i undersøkelsen, med oppgave å svare på spørsmål omkring ordningen sett fra utdanningsinstitusjonenes ståsted. Som det ble diskutert i kapittel 2 er det i en del tilfeller knyttet usikkerhet til svarene som kom inn. I noen tilfeller ble det lagt inn i svarene at det er et anslag ("ca" foran antallet). I analysene er dette vanskelig å ta høyde for på annen måte enn at svarene må sees som nettopp som et anslag og dermed gir bilde av tendenser fremfor eksakte tall. At institusjonene har blitt bedt om å svare under ett har også vært vanskelig noen steder, og kommentarer som kom inn sammen med svarene tydet på at variasjonen mellom utdanninger ved samme institusjon var så stor at det ikke var lett å svare for institusjonen under ett. Denne variasjonen kommer i liten grad frem i dette kapitlet, men i større grad frem i neste kapittel der studieledernes erfaringer blir presentert.

3.1 Bakgrunnsinformasjon om utdanningene

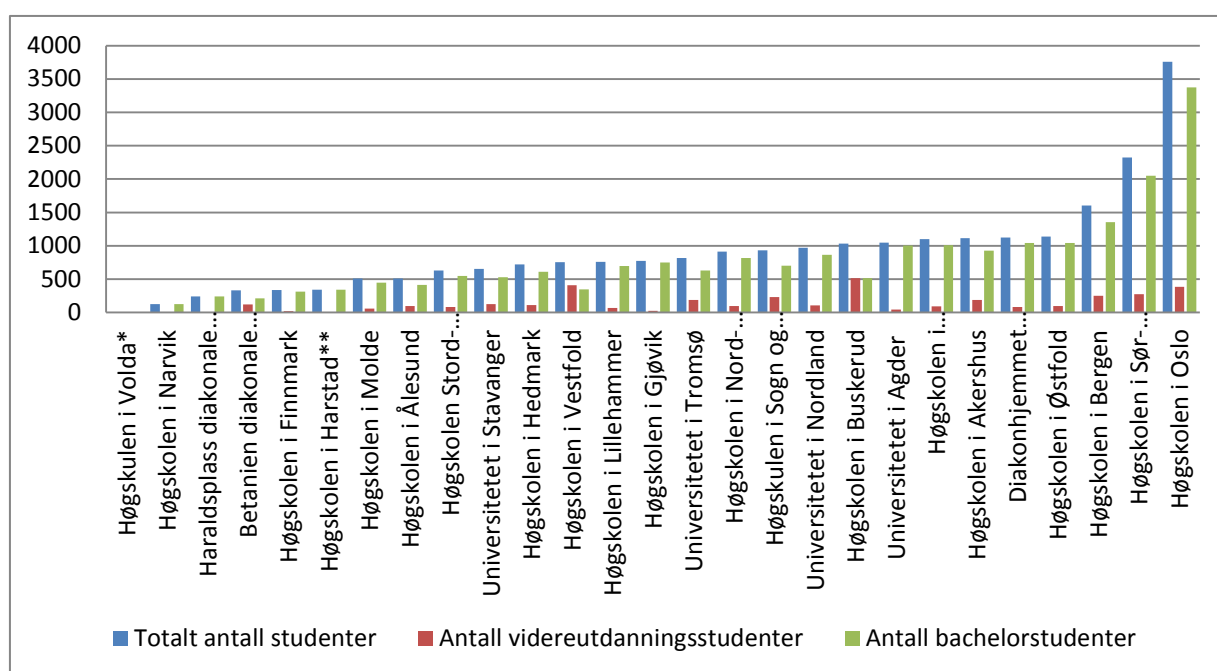
Totalt ble 30 utdanningsinstitusjoner, som alle har utdanninger med ekstern veiledet praksis som hører inn under ordningen med samarbeidsmidler, invitert til å være med på undersøkelsen. 27 svarte. Institusjonene ble bedt om å oppgi hvilke utdanninger med ekstern veiledet praksis de ga tilbud om, og hvor mange studenter som var registrert på utdanningen høsten 2010. I noen tilfeller var disse opplysningene mangelfulle i de returnerte spørreskjemaene, og informasjonen ble da hentet fra NSD². Alle institusjonene, hvilke utdanninger de har oppgitt har ekstern veiledet praksis samt antall studenter med ekstern veiledet praksis på grunn og videreutdanninger er presentert i tabell V-1i vedlegget.

Tabellen viser at det høsten 2010 var totalt 21000 studenter som var i bachelorstudier med ekstern veiledet praksis, og som dermed var omfattet av ordningen med samarbeidsmidler. Det var totalt 3659 studenter i videreutdanningstilbud som også hadde ekstern veiledet praksis. Det er store variasjoner

² Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste, Database for statistikk om høgre utdanning. http://dbh.nsd.uib.no/dbhvev/student/registrerte_rapport.cfm, lesedato: 10. juni.

mellom institusjonene i hvor mange utdanninger de tilbyr, og dermed også hvor mange studenter som er inkludert. I figur 3.1 er antall studenter totalt, antall videreutdanningsstudenter, og antall bachelorstudenter presentert per institusjon.

Figur 3.1. Antall studenter på bachelor og videreutdanning med ekstern veiledet praksis høsten 2010.



*har oppgitt at de har barnevernspedagogutdanning og sosionom, men ikke antall studenter. Tall er derfor hentet fra NSD for høsten 2010.

**Har ikke oppgitt utdanninger eller antall studenter. Tallene er hentet fra NSD.

***Tall for barnevernspedagogutdanning ikke oppgitt, hentet fra NSD.

3.2 Innføring av ordningen

Et vesentlig spørsmål i kapittel 1 var hvorvidt ordningen faktisk førte til endringer i finansieringen. Institusjonene er derfor spurt om det ble innført en egen post i budsjettet for "samarbeidsmidler" etter 2006. Svarene er presentert i tabell 3-1. Som det fremgår gjorde 21 av 27 institusjoner dette, 4 institusjoner sier de ikke gjorde det, mens 2 oppgir at de ikke vet om det ble gjort.

Tabell 3-1. Innførte institusjonene en egen post i budsjettet for samarbeidsmidler?

	Antall	Prosent
Ja	21	78
Nei	4	15
Vet ikke	2	7
Total	27	100

I tabell 3-2 presenteres svarene på hva som utgjorde midlene i den nye potten for samarbeidsmidler for de 21 utdanningene som oppga at det var opprettet en egen post i budsjettet.

Tabell 3-2. Hva utgjorde midlene i den nye potten for samarbeidsmidler?

	Antall	Prosent
Kun midlene som siden 1990-tallet har vært tildelt for styrking av praksisstudiene ved sykepleierutdanningen	2	10
Midler tilsvarende det som per 2004-2005 ble brukt til honorering av praksisveiledning, uansett utdanningsprogram og -nivå	12	57
Institusjonen avgjorde på fritt grunnlag hva som ble satt av som "samarbeidsmidler" fra 2006	4	19
Annet	3	14
Total	21	100

Intensjonen med ordningen var at midlene som per 2004-2005 ble brukt til honorering av praksisveiledning skulle utgjøre midlene i den nye potten, og dette skulle inkludere midlene som siden 1990-tallet hadde blitt brukt for styrking av praksis ved sykepleierutdanningen. Én av utdanningene som oppga at det kun var disse midlene som ble inkludert har kun sykepleierutdanning, og kan slikt sett ikke sies å ha gjort noe annet enn å følge intensjonen med ordningen. Men den andre institusjonen tilbyr også andre utdanninger enn sykepleie. Fire institusjoner oppga at de avgjorde selv, på fritt grunnlag, hva som skulle utgjøre samarbeidsmidlene. Av de som har svart annet, så har én institusjon svart at dette ble satt til 1 million kroner, en annen at de tok utgangspunkt i antall uker i praksis per student per praksisarena. Den siste oppga at de avsatte andelen midler som ble frigjort, og at dette utgjorde 50 % av totalpotten, som vel skal bety den nye budsjettposten.

Ved oppstart tok ordningen utgangspunkt i de midlene som allerede var i bruk. Men i hvilken grad har institusjonen styrket ordningen siden innføringen? I tabell 3-3 er svaret på dette presentert.

Tabell 3-3. Styrking av ordningen etter 2006.

	Antall	Prosent
Ja	7	33
Nei	14	67
Total	21	100

14 av institusjonene oppgir at de ikke har styrket ordningen siden innføringen, mens syv har oppgitt at de har styrket den. I tabell 3-4 er det oppgitt hva som i dag utgjør kriteriene for å bestemme det årlige beløpet samarbeidsmidler det kan søkes på.

Tabell 3-4. Kriterier som legges til grunn for størrelsen på "samarbeidsmidlene" i dag

	Antall	Prosent
Utgangsbeløpet fra oppstartsåret 2006, indeksregulert	7	26
Antall studentukeverk per praksisarena per år per utdanning	6	22
Finansieringsbehovet i relevante prosjektsøknader	2	7
Institusjonens økonomiske situasjon per år	2	7
Annet, spesifiser her	10	37
Total	27	100

Syv av institusjonene oppgir at det er beløpet fra 2006, men indeksregulert, som ligger til grunn. Av de som har svart "annet", så oppgir tre institusjoner at de holder seg til utgangsbeløpet fra 2006, men ikke indeksregulert. Seks institusjoner oppgir at det er antall studentukeverk per praksisarena per år per utdanning, altså kostnad- per-student, som benyttes. To institusjoner oppgir at det er finansieringsbehovet i relevante prosjektsøknader som avgjør, og to oppgir at det er den økonomiske situasjonen. Av de som har oppgitt andre grunner, sier to institusjoner at det delvis er kostnad-per-student som benyttes, og da særlig i praksis i helseforetakene. Finansieringsbehovet i søknadene oppgis også som grunnlagt for størrelsen på beløpet i de åpne svarene, men også faste avtaler med kommunen og helseforetakene i kommunen. Til slutt er det også én institusjon som oppgir at omfanget av midlene ble stipulert til en million ved oppstart av ordningen, og at man har holdt seg til dette beløpet og eventuelt økt det noe dersom de økonomiske rammene har tillatt det.

Hvor mye utgjør så samarbeidsmidlene i kroner? Og hva vil det si i kroner per student? Institusjonene er bedt om å oppgi hvor store summer som har utgjort potten for samarbeidsmidler i 2007-2010. Dette er presentert i tabell 3-5, sammen med differansen mellom 2007 og 2010, og antall kroner per student med ekstern veiledet praksis i 2010 (både bachelor og videreutdanning). Det er naturlig nok bare utdanninger som har oppgitt å ha en egen budsjettpost for samarbeidsmidler som har svart på

spørsmålet om budsjettpostenes størrelse, noe som reduserer antall institusjoner til 20. I tillegg har ikke Høgskolen i Bergen oppgitt budsjettsummene for 2008, 2009 og 2010.

Tabell 3-5. Budsjettsum samarbeidsmidler per år per institusjon, og per student med ekstern veiledet praksis (både bachelor og videreutdanning).

	2007	2008	2009	2010	differanse 2010-2007	Per student 2010 - rangert
Universitetet i Nordland	400000	400000	100000	200000	-200000	206
Høgskolen i Lillehammer	350000	350000	350000	350000	0	460
Høgskolen i Buskerud	640114	450000	545000	530000	-110114	514
Høgskolen i Vestfold	450000	450000	450000	450000	0	597
Høgskolen i Akershus	750000	750000	1000000	1000000	250000	898
Høgskolen i Harstad	150000	150000	340000	340000	190000	997
Diakonhjemmet høgskole	1200000	1800000	1400000	1400000	200000	1142
Høgskolen i Telemark	2000000	1800000	1300000	1300000	-700000	1182
Høgskolen i Gjøvik	1000000	1000000	1000000	1000000	0	1292
Høgskolen i Østfold	1780000	1821000	1867000	1914000	134000	1682
Høgskolen i Sogn og Fjordane	1411000	1462000	1514000	1568000	157000	1686
Høgskolen i Sør-Trøndelag	4400000	4400000	4400000	4400000	0	1894
Betanien diakonale høgskole	630900	630900	630900	630900	0	1912
Høgskolen i Ålesund	1020000	1020000	1020000	1020000	0	2000
Høgskolen i Oslo	4500000	7776870	7655700	7600000	3100000	2022
Universitetet i Tromsø	1950000	1700000	1700000	1700000	-250000	2083
Høgskolen i Molde	1200000	1200000	1200000	1200000	0	2362
Høgskolen i Nord-Trøndelag	1617500	2200000	2300000	2300000	682500	2522
Høgskolen i Narvik	500000	500000	414000	414000	-86000	3312

Som det fremgår av tabell 3-5 er det store forskjeller i hvor mye samarbeidsmidlene utgjør per institusjon, og også hvor mye de utgjør per student. Det må understrekes at det knytter seg en del

usikkerhet til utfyllingen av disse tallene, som før nevnt, og at de dermed ikke må leses som absolutte, men som uttrykk for tendenser. Universitetet i Nordland, som har sykepleieutdanning, barnevernspedagog- og sosionomutdanning, kommer ut med det laveste antall kroner per student. I epost har Universitetet i Nordland opplyst at barnevernspedagog sosionomutdanningen ikke har vært inne i ordningen med samarbeidsmidler. Trekker man ut studentene på disse utdanningene fra gjennomsnittsberegningen blir summen per student 336 uten videreutdanningsstudentene, og 281 dersom man tar dem med. Det gjør altså ikke utslag på rangeringen. Hva skyldes forskjellen i midler per student? En mulig antagelse kunne være at utdanningene som ligger på topp i antall kroner per student har stort sett kun sykepleie og helsefagutdanning, og dermed størst omfang på praksisundervisningen (flestepå ukker). Men samtidig har også noen av utdanningene som kommer ut med et lavt beløp per student også et stort flertall av sykepleiestudenter, f.eks. Høgskolen i Buskerud, der sykepleiestudentene utgjør 78 % av studentene (ved Høgskolen i Narvik, som oppgir flestepå kroner per student, utgjør sykepleierne 100 % av studentene). Forskjellene i sammensetning av studentgruppene kan altså ikke alene forklare forskjellene mellom utdanningsinstitusjonene i hvor mye penger som brukes per student. Ved uformelle telefonsamtaler med studieadministrasjonen ved de forskjellige utdanningsinstitusjonene kommer det frem at forskjellen sannsynligvis skyldes hva institusjonene puttet i potten ved oppstarten av ordningen. Dette dreide seg altså om hva slags fortolkning man gjorde av formuleringen om at midlene skulle videreføres på minst samme nivå som tidligere. Noen steder ble dette vurdert på en minimumsmåte, mens andre steder puttet man mer penger i potten for å sikre en god oppstart.

Det må igjen understrekes at det er noen usikkerheter knyttet til utdanningsinstitusjonenes rapportering, og konklusjonen angående midler per student må ikke trekkes for langt. Men uansett årsak er det tydelig at det er en markant forskjell mellom institusjonene som man kan anta slår ut på heldige og mindre heldige måter for studentene.

I og med at utdanningene ikke har blitt bedt om å oppgi antall studenter i 2007 er det ikke mulig å si om endringen i avsatte penger skyldes en endring i studenttallet, eller om det skyldes en reell endring i avsatte midler. Svarene i tabell 3-3 indikerte at det ved syv institusjoner hadde vært en styrking av samarbeidsmidlene, men det er ikke perfekt overlapp mellom disse institusjonene og de som har hatt en økning fra 2007 til 2010 i tabell 3-5. Dette kan skyldes endringer i studentsammensetningen som har gjort at totalsummen ved institusjonen har blitt endret.

Hvordan tildelingen av samarbeidsmidler har blitt organisert har også variert fra sted til sted. I tabell 3-6 vises svarene på spørsmål om hvilken rolle de regionale samarbeidsorganene (RSO) har spilt. Tabellen er delt inn etter regionale helseforetak, ettersom det er de regionale helseforetakene som administrerer de regionale samarbeidsorganene.

Tabell 3-6. Hvilken rolle spiller RSO i tildelingsprosessen. Institusjonenes vurdering

	Regionale helseforetak				Total
	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Nord	Helse Midt Norge	
Midlene overføres til det regionale Samarbeidsorganet mellom helseforetak og høyskoler (RSO), som er gitt myndighet til å tildele midlene til fellesprosjekter etter søknad	2	0	2	0	4
Midlene fordeles først mellom institusjonen og det regionale samarbeidsorganet (RSO), og begge parter tildeler en andel av midlene til prosjekter etter søknad	0	0	0	0	0
RSO har en rådgivende rolle i tildelingsprosessen, men ingen tildelingsmyndighet	1	0	1	0	2
Det regionale samarbeidsorganet (RSO) holdes kun informert gjennom årlige rapporter	7	1	1	2	11
Det regionale samarbeidsorganet (RSO) er ikke involvert i tildelingsprosessen	2	2	0	2	6
Annet, spesifiser her	1	1	1	1	4
	13	4	5	5	27

Det fremkommer at det er stor variasjon i institusjonenes oppfattelse av RSO's rolle, også innen et og samme helseforetak. I Helse Sør-Øst er det to institusjoner som oppgir at midlene overføres til RSO, som delegerer midlene til fellesprosjekter. En institusjon oppgir at RSO spiller en rådgivende rolle, men ikke har tildelingsmyndighet. Syv institusjoner oppgir at RSO holdes informert gjennom årlige rapporter, og to oppgir at RSO ikke er involvert i tildelingsprosessen i det hele tatt. Institusjonen som har oppgitt at det organiseres på en annen måte sier at det er opprettet to koordinatorfora for henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Midlene øremerkes i institusjonens budsjett og myndigheten til å tildele midlene til fellesprosjekter etter søknad er delegert samarbeidsfora.

I Helse Vest er det også en viss spredning. En institusjon oppgir at RSO kun holdes informert gjennom årlige rapporter, mens to oppgir at RSO ikke er involvert i det hele tatt. Den siste institusjonen oppgir at RSO har blitt holdt informert, men ikke gjennom årlige rapporter.

I Helse Nord oppgir to institusjoner at midlene er overført til RSO, som er gitt myndighet til å tildele midlene til fellesprosjekter etter søknad. En utdanning oppgir også at RSO har en rådgivende rolle, men ingen tildelingsmyndighet, en oppgir at RSO holdes informert kun gjennom årlige rapporter, mens den siste institusjonen oppgir at i og med at de kun har sosialarbeiderutdanning oppfattes ikke dette som aktuelt.

I Helse Midt-Norge oppgir to institusjoner at RSO kun holdes informert gjennom årlige rapporter, og to oppgir at RSO ikke er involvert i tildelingsprosessen. Den siste institusjonen oppgir at for studenter som

har praksis i helseforetakene overføres midlene til RSO, som er gitt myndighet til å tildele midlene til fellesprosjekter etter søknad.

Alt i alt er altså institusjonenes vurdering av RSO's rolle svært variert, også innen samme regionale helseforetak. En mulig forklaring kan være at de som har svart på vegne av institusjonene har tenkt på samarbeidsorganene som avtaler eller kontaktpunkter mellom den enkelte utdanning og praksisfeltet. Dette ble oppgitt som en mulig kilde til forvirring i UHRs rapport om praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene (Grønn 2010). Som det fremkommer i kapittel 5 i denne rapporten oppgir helseforetakene at tildeling av midler har foregått lokalt i lokale samarbeidsorgan, som altså ikke er organisert av de regionale samarbeidsorganene. Dette kan sies å stemme både med svarene som oppgir at det regionale samarbeidsorganet ikke spiller noen rolle, og de som oppgir at midlene overføres til samarbeidsorganet for fordeling. Men det at det er uklart hvilket samarbeidsorgan man tenker på tyder også på at det regionale samarbeidsorganet spiller en litt uklar rolle i tildelingen av samarbeidsmidler.

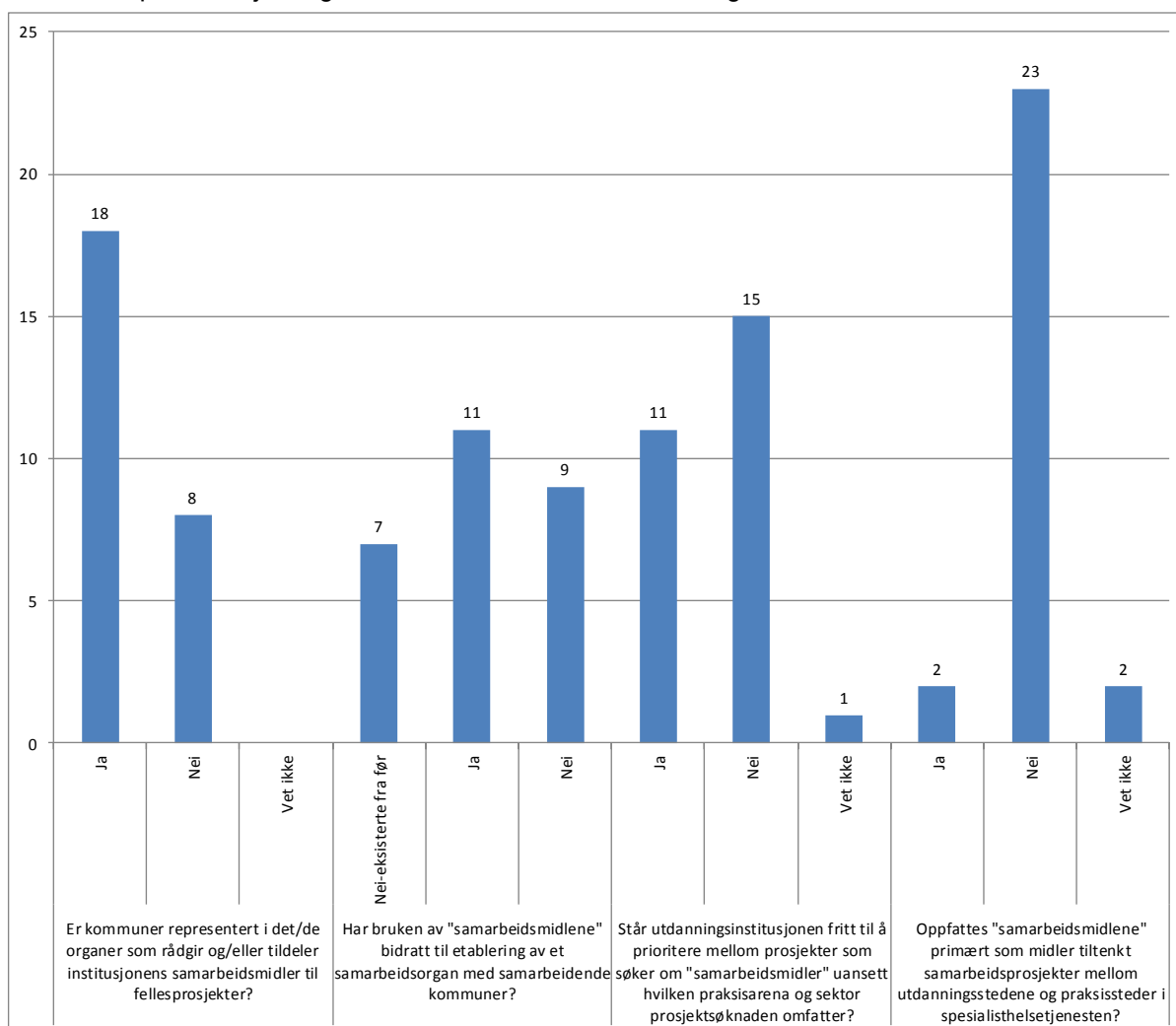
At egne, lokale samarbeidsforum spiller en viktig rolle kommer også tydelig frem i tabell 3-7.

Tabell 3-7. Utdanningsinstitusjonenes organisering av arbeidet med samarbeidsmidler

	Antall	Prosent
Utdanningsinstitusjonen avgjør tildelingen av midler til fellesprosjekter det er søkt om midler til, etter en intern prosess	6	22
Institusjonen tildeler prosjektmidler basert på innstilling fra et rådgivende samarbeids-/koordinatorforum med deltakelse fra utdanningsinstitusjonen og samarbeidende institusjoner i praksisfeltet	9	33
Tildeling av midler til fellesprosjekter er delegert til et eget samarbeids-/koordinatorforum med deltakelse fra utdanningsinstitusjonen og samarbeidende institusjoner i praksisfeltet	9	33
Andre modeller, beskriv kort	3	11
Total	27	100

Seks institusjoner oppgir at det er institusjonene selv som avgjør tildelingen av midlene etter en intern prosess. Ni institusjoner oppgir at tildelingen foregår etter innstilling fra et rådgivende utvalg bestående av deltagere fra utdanningsinstitusjon og praksisfelt, og ytterligere ni oppgir at et slikt lokalt forum har fått delegert myndighet til å bestemme fordeling av midlene. Én institusjon oppgir at høgskolene i området (Bergen) overfører midlene til en felles "pott" der et innstillingsutvalg vurderer søknadene. Deretter tas det endelig stilling til fordeling av dette i samarbeidsorganet. En annen institusjon oppgir at fordelingen gjøres ulikt i de forskjellige avdelingene /fakultetene ved institusjonen.

I figur 3.2 oppgis svarene på fire forskjellige spørsmål om samarbeidsmidler og kommunerepresentasjon, og om samarbeidsmidlenes innretning.



Figur 3.2. Kommunesamarbeid og prioritering av samarbeidsmidler.

I figur 3.2. kommer det frem at kommunene i stor grad er representert i de organene som avgjør fordeling av midler. Videre kommer det også frem at kommunene til en viss grad var representert i disse foraene allerede før innføringen av ordningen av samarbeidsmidler, men også at samarbeidsmidlene har vært med på å etablere samarbeidsfora med kommunene. Atten institusjoner oppgir at det enten eksisterte fra før eller har blitt opprettet, mens 9 institusjoner oppgir at det ikke eksisterer.

De fleste institusjonene (15) oppgir at de ikke står fritt til å disponere samarbeidsmidlene uavhengig av hvilken praksisarena og sektor prosjektsøknaden omfatter. Elleve av institusjonene oppgir at de står fritt

til å prioritere. De aller fleste (23) av institusjonene oppgir at samarbeidsmidlene ikke oppfattes som primært tiltenkt prosjekter mellom utdanningsstedene og praksissteder i spesialisthelsetjenesten. Den ene av disse to utdanningene har kun sykepleieutdanning med ekstern veiledet praksis, mens den andre har både sykepleie, barnevernspedagog og vernepleierutdanning.

Rapportering av midlene var et punkt som var eksplisitt nevnt i brevene som ble sendt ut i forbindelse med innføring av ordningen. I tabell 3-8 presenteres institusjonenes svar på hvordan rapporteringen av midlene har foregått.

Tabell 3-8. Institusjonenes rapportering på bruk av samarbeidsmidler, etter RHF (flere valg er mulig)

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Nord	Helse Midt-Norge	Total
Tildeling av midler og prosjektenes rapporter inngår i institusjonenes internregnskap	11	4	4	4	23
Institusjonen sender rapport til Regionalt helseforetak (RHF) på bruk av midler og fordeling på prosjekter	8	0	2	2	12
Institusjonen omtaler disponeringen av samarbeidsmidlene i sin årlige rapportering til KD	8	1	1	2	12
Annet	2	2	2	1	7
Total	29	7	9	9	

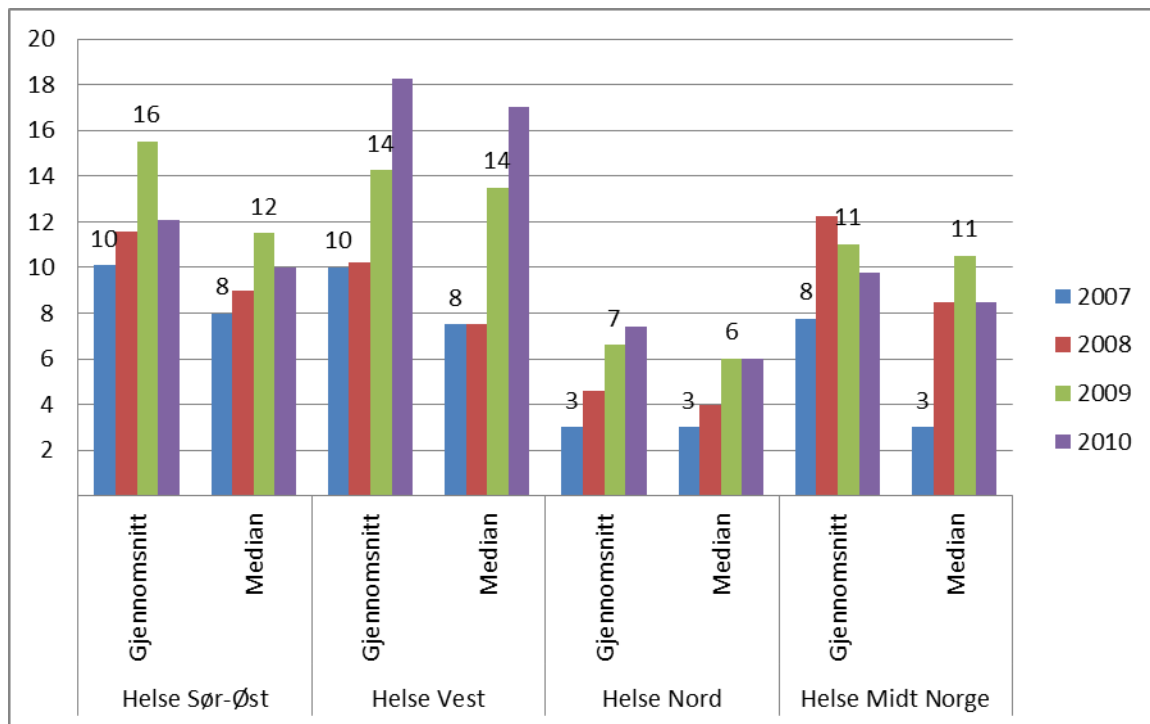
De fleste institusjonene oppgir flere typer rapportering av midlene. 23 institusjoner oppgir at tildeling av midlene og prosjektrapporter inngår i institusjonenes internregnskap. Totalt tolv av institusjonene oppgir at de sender rapport til det regionale helseforetaket, og tolv oppgir også at de omtaler disponeringen av samarbeidsmidlene i sin årlige rapportering til KD. De syv som oppgir annen type rapportering oppgir flere forskjellige typer rapportering. Fra en institusjon i Helse Vest oppgis det at det lages rapporter fra hvert prosjekt som fra 2010 vil utgis i en egen rapportserie. Det oppgis også at Helse Bergen sender en rapport til Helse Vest. I Helse Sør-Øst oppgis det for det første at det gjøres ulikt for de ulike underavdelinger/fakulteter ved institusjonen, og at rapporter sendes til samarbeidsorgan mellom helseforetak og kommune. I Helse Nord oppgis det igjen at dette er uaktuelt ettersom det kun er sosialfagsutdanninger ved institusjonen, og at det rapporteres til KD, men muligens ikke annethvert år. I Helse Midt-Norge oppgis det at midler relatert til RSO inngår i eventuelt egen rapportering fra RSO. Alt i alt er det et stort mangfold av rapportering. Som det vil komme frem i de senere kapitlene, står dette i en viss kontrast til erfaringene fra mottagerne av rapporteringen – samarbeidsorganene og departementene. Disse rapporterer om vanskeligheter med å få den ønskede rapportering, og også om

varierende kvalitet på rapportene. I tillegg oppgir de også at det har vært liten etterspørsel etter rapportering på midlene. Dette diskuteres videre i kapittel 5 og 6.

For å få et mer helhetlig bilde av rapporteringen ble institusjonene også bedt om å sende inn oversikt over alle prosjekttitler i perioden 2006-2010. Noen institusjoner gjorde dette ved å sende inn de ferdige rapportene, mens andre brukte svært lang tid for å finne frem til titlene på prosjektene som har fått tildelt midler. Dette materialet og erfaringene med det har ikke blitt analysert grundig i denne rapporten, på grunn av et begrenset fokus og begrensede ressurser. Men den store variasjonen kan sies å komme frem også i institusjonenes tilgang til informasjon om hvilke prosjekter som faktisk har fått tildelt midler.

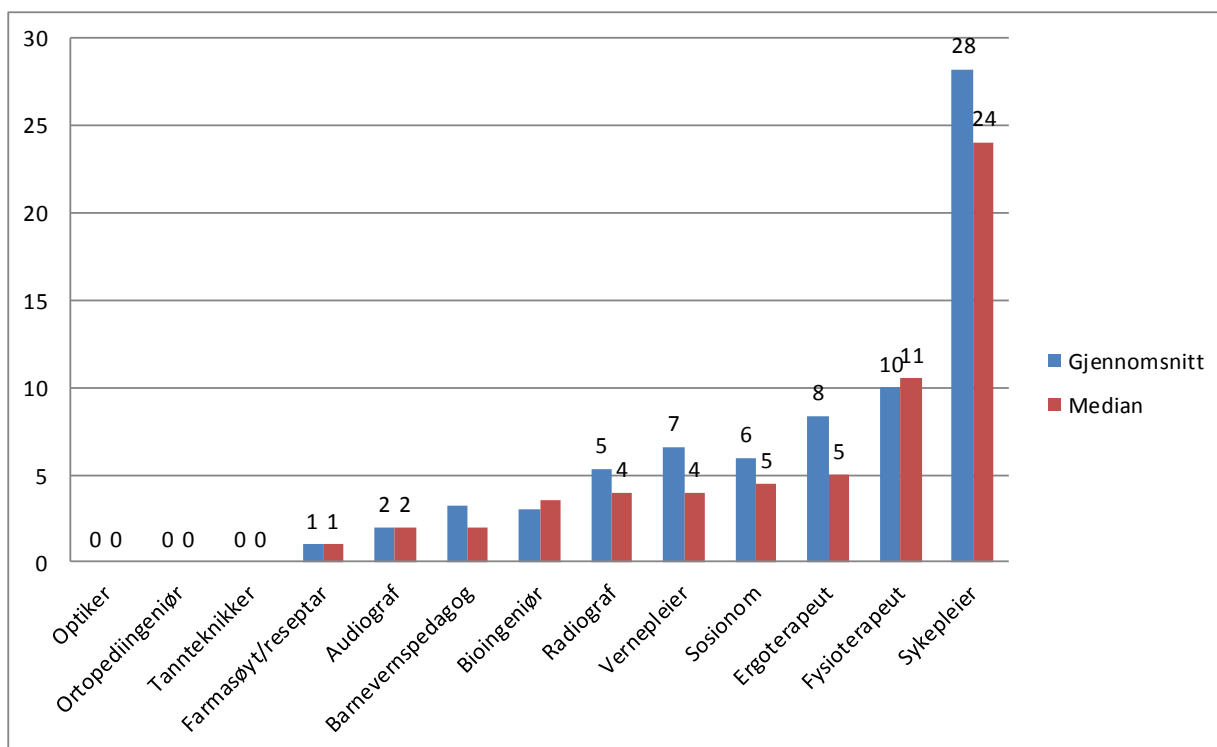
3.3 Prosjektenes omfang og innretting

Hvor mange prosjekter er det så snakk om? I tabell 3-5 ble det presentert hvor mange kroner som er budsjettert per institusjon til samarbeidsmidler. Men et annet viktig spørsmål er jo hvor mange prosjekter som har kommet frem mens ordningen har eksistert. I figur 3.3. er det presentert hvilken utvikling det har vært per år i antall prosjekter per regionale helseforetak (figuren er basert på tabell V-2 i vedlegg 1). Regionalt helseforetak er her brukt som en geografisk fordeling, tallene inkluderer også prosjekter som samarbeider med andre områder enn spesialisthelsetjenesten. Figuren viser at det fra 2007 til 2009 har vært en økning innen alle de geografiske områdene. For Helse Sør-Øst var aktiviteten høyest i 2009 for så å synke i 2010, dette gjaldt også for Helse Midt-Norge. For Helse Vest har det derimot vært en økning også fra 2009 til 2010, og det har det også vært i Helse Nord, selv om antall prosjekter per institusjon der har vært lavere. Det er viktig å huske på at størrelsen på institusjonene legger en begrensning på antall prosjekter det er mulig å lage. Gjennomsnittlig antall prosjekter er dermed ikke fullt ut sammenlignbart på tvers av institusjonene.



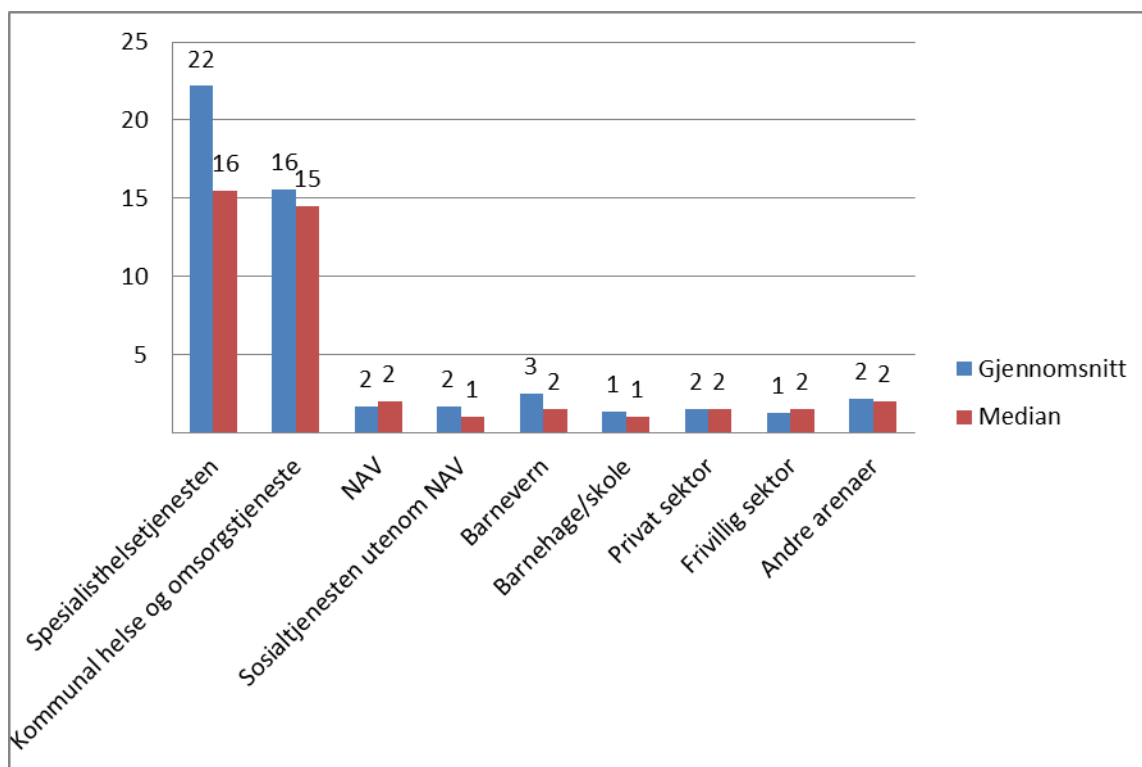
Figur 3.3. Gjennomsnittlig og median antall prosjekter per år, fordelt etter geografisk tilhørighet.

For perioden under ett har det altså vært en økning i antall prosjekter. Men hvilke utdanninger er det som "drar lasset"? I figur 3.4 presenteres gjennomsnittlig og median antall prosjekter for hele perioden under ett, etter utdanning (basert på tabell V-3 i vedlegget).



Figur 3.4. Antall prosjekter per utdanning 2007-2010, gjennomsnitt og median

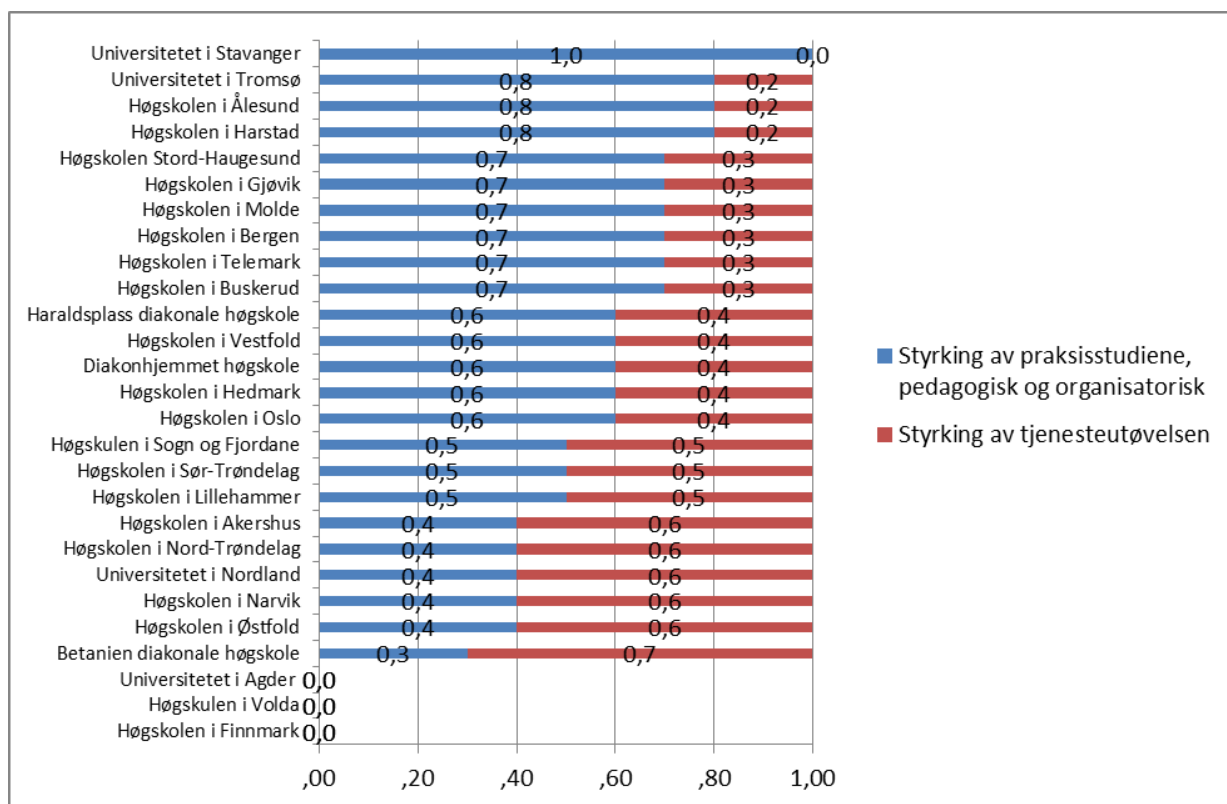
Figur 3.4 viser tydelig at det er store forskjeller mellom utdanningene i hvor mange prosjekter de har fått midler til. Sykepleie skiller seg klart ut som utdanningen med flest samarbeidsprosjekter, mens også fysioterapeut-, ergoterapeut-, vernepleier- og sosionomutdanningene har fått opp en del prosjekter. I figur 3.5 presenteres det hvilke praksisarenaer som samarbeidsprosjektene har blitt utført i samarbeid med.



Figur 3.5. Prosjekter per praksisarena 2007-2010, gjennomsnitt og median.

Spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste har helt klart de fleste prosjektene, mens det er helt klart færre på de andre utdanningene. Dette må selvsagt sees i sammenheng med alle sykepleieprosjektene, og det at studenttallet i sykepleie er så høyt sammenlignet med de andre utdanningene (vedlegg V-1).

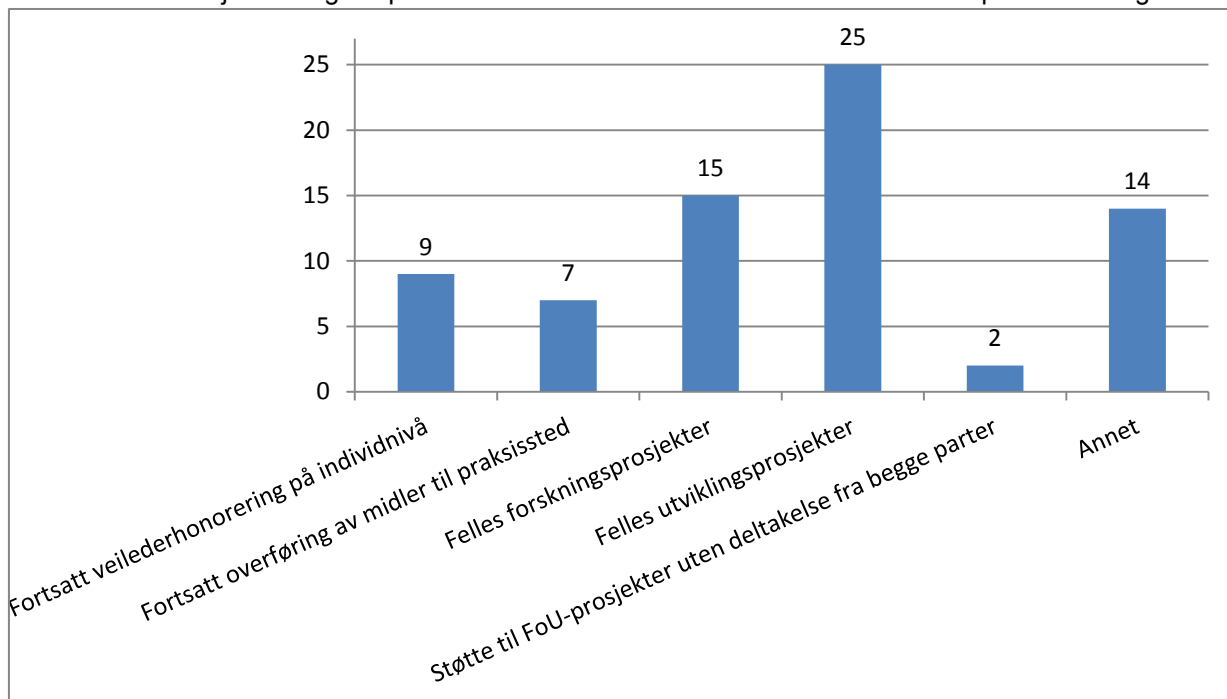
Prosjektene innretting varierer stort mellom høyskolene. I figur 3.6 er svarene på et spørsmål der institusjonene er bedt om å si hvor stor prosentandel av prosjektene som har rettet seg mot styrking av praksisstudiene, og hvor stor prosentandel som har rettet seg mot styrking av tjenesteutøvelsen. Til sammen skal svaret utgjøre 100 %.



Figur 3.6. Prosjektene innretning ved hver utdanningsinstitusjon

Som det fremkommer er det stor variasjon. Universitetet i Stavanger oppgir utelukkende at prosjektene er rettet mot å styrke praksisstudiene, mens Betanien diakonale Høgskole oppgir at 70 % av prosjektene har vært rettet mot styrking av tjenesteutøvelsen.

Til slutt er institusjonene også spurt om hvordan midlene faktisk er brukt. Dette er presentert i figur 3.7.



Figur 3.7. Institusjonenes svar på bruk av samarbeidsmidler i perioden 2007-2010.

Felles utviklingsprosjekter har vært det klart vanligste, fulgt av felles forskningsprosjekter. Ni institusjoner oppgir at de har fortsatt med veilederhonorering på individnivå, og syv oppgir at de har fortsatt med overføring av midler til praksissted. Kun to institusjoner oppgir at de har gitt støtte til FoU-prosjekter der ikke begge parter har vært representert. Av de 14 institusjonene som svarte at samarbeidsmidlene hadde gått til andre typer aktiviteter, oppgir seks av institusjonene at midler har gått til veilederutdanning. Videre oppgir to institusjoner at praksis i privat og frivillig sektor har blitt organisert ved betaling av veiledere, og ytterligere to oppgir at dette skjer ved praksis i vernepleierutdanningen og ved praksis i barnehage og skole. Også ved bruk av praksisplasser som ikke var eksplisitt nevnt i omlegginga av ordningen, så er den "gamle ordningen" benyttet.

Alt i alt tyder rapporteringen på prosjektenes omfang og innretning at et stort arbeid har blitt lagt ned for å oppfylle intensjonene i ordningen, men at man også har videreført den gamle ordningen parallellt. Om dette har vært en avviklings- eller overgangsperiode er ikke mulig å si ut fra disse resultatene, men studieledernes svar, som presenteres i kapittel fire, kan tyde på dette.

3.4 Utdanningsinstitusjonenes vurdering av ordningen

Institusjonene er også spurt om en rekke spørsmål omkring vurdering av ordningen. Ut fra dokumentene og brevene som ble sendt ut i forbindelse med etableringen av ordningen, ble det i

planleggingen av prosjektet utarbeidet en rekke suksesskriterier, det vil si formål ordningen skulle oppnå. Den skulle føre til bedre samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt, bedre praksisopplegg og praksisveiledning, bedre integrering av teori og praksis i utdanningene og mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid. Alle grupper som er undersøkt i evalueringen har fått anledning til å uttale seg om disse områdene, i tillegg til noen utfyllende spørsmål rettet mot de forskjellige gruppene.

For administrasjonens del, som presenteres i dette avsnittet, må det understrekes at svarene er på institusjonsnivå, og dermed kan skjule en stor variasjon innen den enkelte utdanning. De som har svart på vegne av institusjonen har også (i de fleste tilfeller) en ganske stor "avstand" til ordningen. I neste kapittel, som omhandler studieledernes erfaringer, kommer variasjonen mellom utdanningene til syne, og man får også erfaringene til de som kjenner hvor skoen trykker.

Det første spørsmålet angående innføringen omhandler eventuelle problemer med å få praksisplasser som resultat av ordningen. Åtte av 27 institusjoner oppgir at omleggingen til samarbeidsmidler førte til større problemer med å skaffe praksisplasser. Nærmere undersøkelser viser at det ikke er noen geografiske forskjeller i dette.

I og med at omleggingen fra veiledningsmidler til samarbeidsmidler til en viss grad fjernet en ordning som innebar betaling for praksisplasser var et mulig resultat at utdanninger som hadde problemer med å skaffe praksisplasser under den nye ordningen fortsatte å betale. I tabell 3-9 har de åtte institusjonene som oppga at de hadde problemer med å skaffe praksisplasser utdypet på hvilke praksisarenaer dette var, og hvorvidt betaling for praksisplasser ble løsningen på problemet.

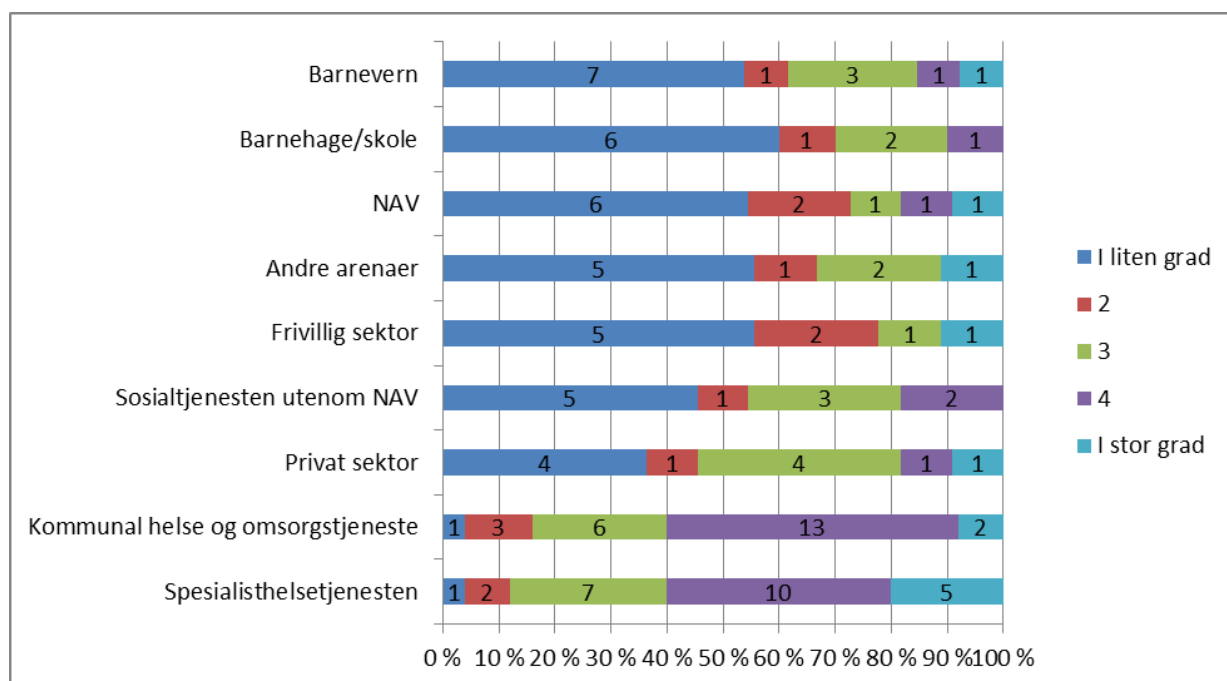
Tabell 3-9. Områder med problemer med å skaffe praksisplasser, og betaling som løsning på problemet

	Områder med problemer	Betaling som løsning på problemet
Spesialisthelsetjenesten	5	
Kommunal helse- og omsorgstjeneste	6	1
NAV	2	1
Sosialtjenesten utenom NAV	4	
Barnevern	4	1
Barnehage/skole	1	1
Privat sektor	2	
Frivillig sektor	0	
Andre arenaer	0	

Det var problemer med å skaffe praksisplasser innen de fleste områder som følge av omleggingen, med unntak for frivillig sektor. Flest oppga problemer med kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, noe som må sees i sammenheng med at de fleste institusjonene har

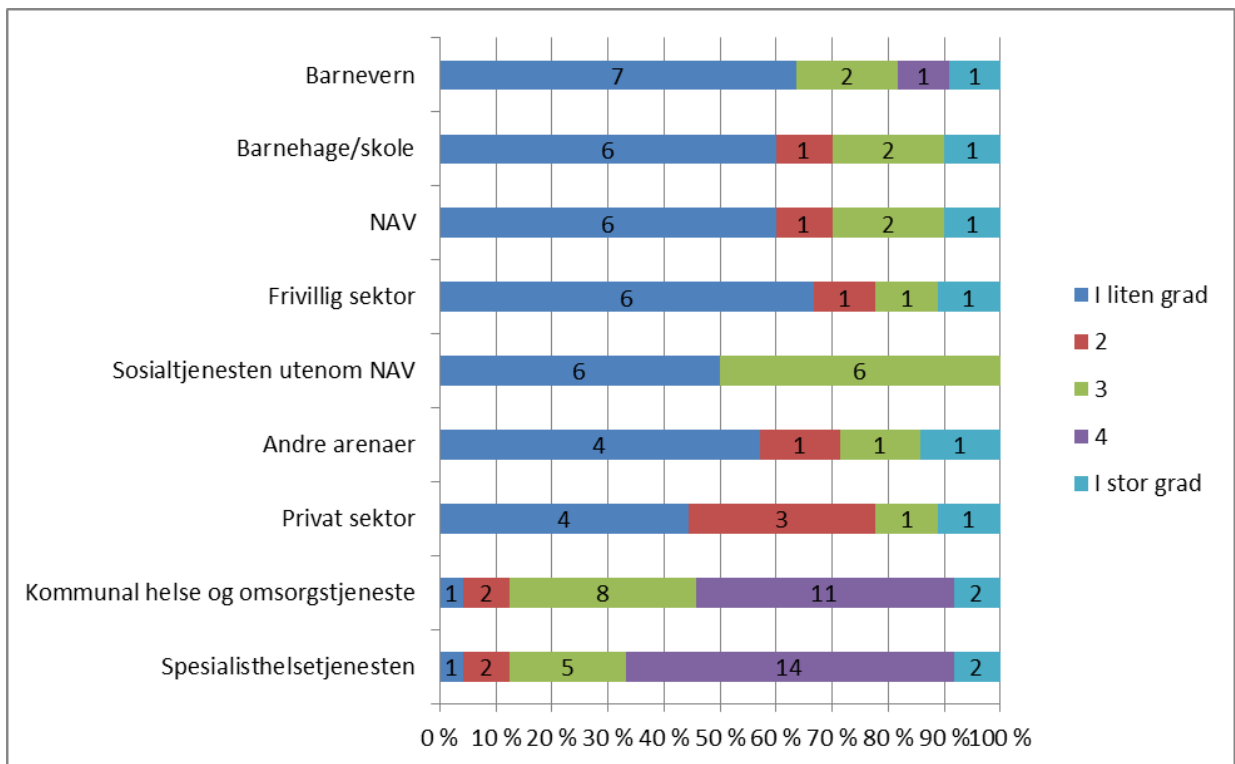
utdanninger med praksis på disse arenaene. Kun en institusjon oppga at fortsatt betaling ble brukt som løsning på problemer med å skaffe praksisplasser, og her ble det brukt på flere praksisarenaer for flere utdanninger. Institusjonen har både sykepleie-, barnevernpedagog- og vernepleierutdanning.

I figur 3.8 presenteres institusjonenes svar på hvorvidt ordningen har ført til bedre samarbeid med praksisområdene. Det kommer frem at det er stor variasjon mellom områdene hvorvidt dette er tilfelle. Aller best utvikling har det vært innen spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Her oppgir over halvparten av institusjonene at det i stor grad eller ganske stor grad (verdi 4) har ført til bedre samarbeid. På alle de andre områdene er det en stor andel som oppgir at det i liten grad eller i ganske liten grad (alternativ 2) har ført til et bedre samarbeid. Bakgrunnstallene for figuren, som også inkluderer antall ikke-svar på spørsmålet, er presentert i tabell V-4 i vedlegg.



Figur 3.8 Bedre samarbeid med forskjellige praksisområder.

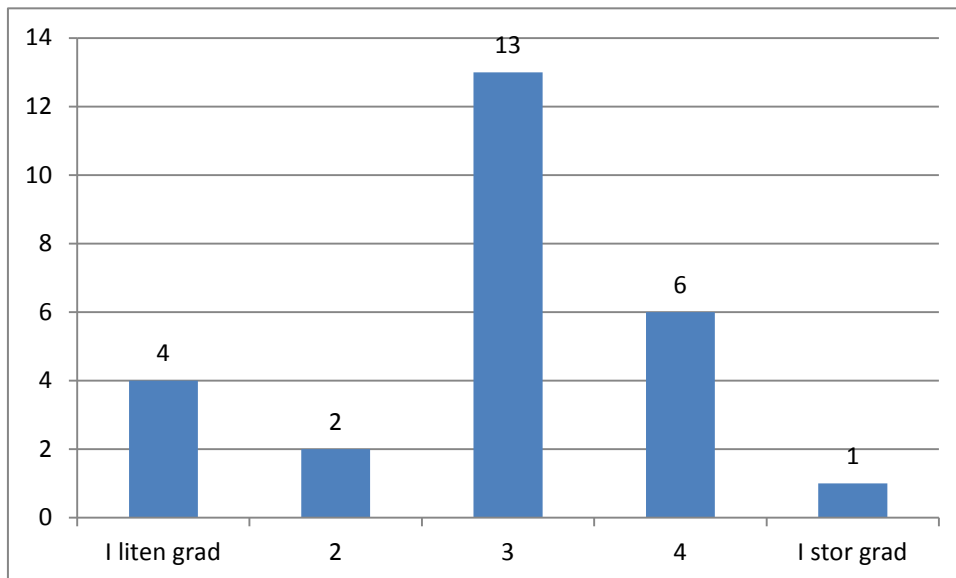
I figur 3.9 er vurderingen av hvorvidt omleggingen til samarbeidsmidler har ført til bedre praksisopplegg og praksisveiledning presentert. Mønsteret er i stor grad det samme som i figur 3.8; over halvparten oppgir at ordningen har ført til bedre praksisopplegg og veiledning i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens forholdet er motsatt for de andre praksisområdene. Bakgrunnstallene for figuren, som også inkluderer antall ikke-svar på spørsmålet, er presentert i tabell V-5 i vedlegg



Figur 3.9. Bedre praksisopplegg og praksisveiledning

Den positive vurderingen av spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste må helt klart sees i sammenheng med det store antall prosjekter som er gjennomført i disse praksisområdene. Eventuelle geografiske forskjeller i svarene er undersøkt, men det peker seg ikke ut noen systematiske forskjeller.

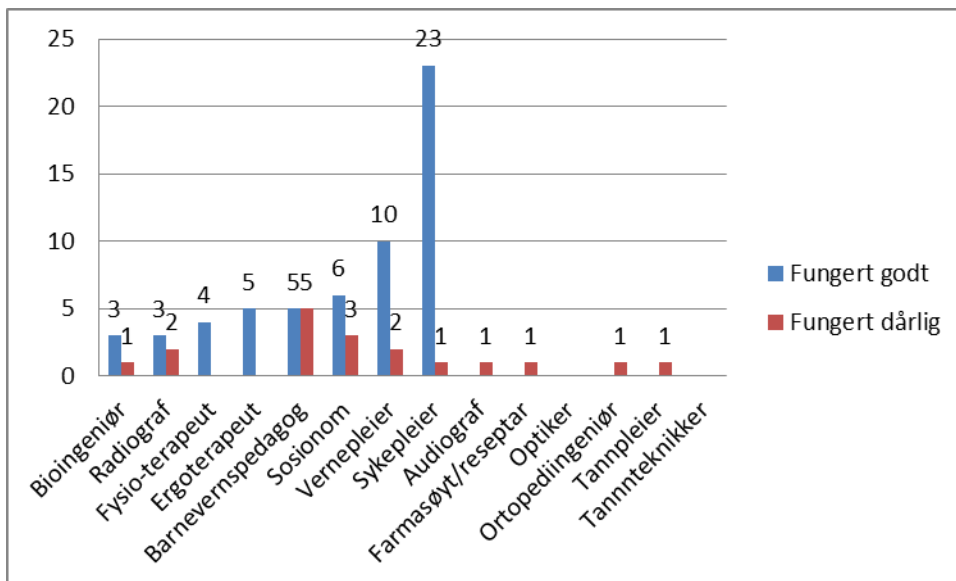
I figur 3.10 er institusjonenes svar på hvorvidt ordningen har ført til bedre integrasjon av teori og praksis presentert.



Figur 3.10 Bedre integrering av teori og praksis

Én institusjon har ikke svart på dette spørsmålet, men blant de som har svart fremgår det at ved seks institusjoner har ordningen i liten grad har ført til bedre integrering (de to nederste verdiene), syv institusjoner oppgir at den har ført til bedre integrering, mens den resterende tredjedelen har svart alternativ tre, som må tolkes som et verken-eller svar. Det er altså ikke entydig at ordningen har gitt de ønskede resultatene på dette feltet, men heller ikke at den ikke har ført til det. Det er ingen geografiske forskjeller i vurderingen av dette spørsmålet.

Institusjonene er også spurt for hvilke utdanninger ordningen har fungert godt, og hvorfor. Hvilke utdanninger ordningen har fungert godt for er presentert i figur 3.11.



Figur 3.11. Hvilke utdanninger ordningen har fungert godt og dårlig for.

Det kommer klart frem at det er for sykepleie man opplever at ordningen har fungert godt, fulgt av vernepleie. Utdanningene som ikke er representert med noen søyle i figur 3.11 har ingen institusjoner oppgitt at ordningen har fungert godt for. Søylene til høyre på hver utdanning indikerer hvor mange institusjoner som oppgir at ordningen har fungert dårlig for denne utdanningen. Mest overraskende av disse er barnevernspedagogutdanningen og sosionomutdanningen. På den førstnevnte oppgir like mange at den fungerer dårlig som at den fungerer godt. På sosionomutdanningene oppgir tre at den har fungert dårlig og seks at den har fungert godt. Dette peker på en variasjon mellom utdanningsinstitusjoner, særlig i sosialfeltet.

På oppfølgingsspørsmål om hvorfor den har fungert godt for utdanningene i 3.11 oppgir de aller fleste at det er det tettere samarbeidet med praksisfeltet som både har gjort samarbeidet mer forpliktende og mer forutsigbart, noe som igjen gjør det lettere å både få opp gode og relevante prosjekter og få til god veiledning. Det trekkes også frem at midlene har vært med på å gi kompetanseheving på utdanningen og i praksisfeltet, noe som har gitt bedre veiledning.

På oppfølgingsspørsmål om hva som gjør at ordningen har fungert dårlig for utdanningene i figur 3.11 oppgis det at størrelse på utdanningen, og størrelse på praksisfeltet man skal samarbeide med, er helt avgjørende, i det at et godt samarbeid krever ressurser, både i form av personal og penger, som kun større institusjoner har. Dette kommer sammen med ressursene man kan sette av til søknadsarbeid i form av tid. Manglende lederforankring i praksisfeltet blir også trukket frem, og noen steder sies det også at fokuseringen på prosjekter i samarbeidsmidlene har gjort at ansvaret for direkte veiledning av studenter i praksis har blitt borte.

Det siste spørsmålet som er stilt til institusjonene er hva som bør skje videre med ordningen. Svarene på dette er presentert i tabell 3-10.

Tabell 3-10. Hva bør skje videre med ordningen? Total og etter regionale helseforetak.

	Total	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Nord	Helse Midt Norge
Bør avskaffes som "ordning" - midlene ligger i høgskolenes budsjetter og må ikke øremerkes	1	0	0	0	1
Bør øremerke fellesprosjekter der samarbeidet er svakt/må utvikles	6	3	0	1	2
Bør styrkes for å sikre midler til mer forskningsbaserte samarbeidsprosjekter	10	5	2	2	1
Annet, spesifiser her	10	5	2	2	1
Total	27	13	4	5	5

Kun en institusjon oppgir at ordningen bør avskaffes som ordning. Seks av institusjonene oppgir at ordningen bør øremerkes fellesprosjekter der samarbeidet er svakt eller må utvikles. Ti av institusjonene oppgir at ordningen bør styrkes for å få mer midler til forskningsbaserte samarbeidsprosjekter. Av de ti institusjonene som har svart annet, oppgir flere at ordningen bør øremerkes og styrkes. Det er også flere som fremholder at ordningen i større grad må åpne opp for lokale tilpasninger, og også fokusere mer på å inkludere kommunal sektor på en god måte. Det kan innebære for eksempel kompetansehevingstiltak og frikjøp til veiledning i praksisfeltet. Institusjonene fremholder også at dersom ordningen ikke avvikles er det viktig å få praksisfeltet mer forpliktet inn mot ordningen.

3.5 Oppsummering

Det er store variasjoner mellom utdanningene i antall studenter og i hvor mye penger som brukes på samarbeidsmidler per student. Dette henger sammen med omfanget av praksis på de forskjellige utdanningene, og sammensetningen av utdanninger på den enkelte institusjon. De fleste institusjonene oppgir at de innførte en egen post i budsjettet for samarbeidsmidler i 2006, og disse midlene utgjorde de summene som var etablert til veiledning på det tidspunktet. Dette var i tråd med retningslinjene for innføring av ordningen. Ordningen har i liten grad blitt styrket utover dette, selv om studenttallet har økt. Prosjektene har blitt stadig flere siden oppstarten av ordningen, men kanskje ser det ut til at noe færre prosjekter nå blir initiert. Det blir også rapportert om en viss "trøtthet", og at samarbeidsmulighetene i noen tilfeller ser ut til å oppleves som uttømt. Det er tydelig at sykepleie, med praksis i

spesialisthelsetjenesten har aller flest prosjekter. Dette skyldes selvsagt at sykepleie både har flest studenter og lang praksis i utdanningen, men det ligger en fare i at andre praksisfelt får lite av pengene, og få prosjekter.

Det regionale samarbeidsorganets rolle i tildelingen av midler virker svært begrenset, og rapporteringen av ordningen ser i større grad ut til å foregå i andre kanaler (institusjonenes egne rapporter) enn gjennom RSO. Dette er ikke i tråd med beskrivelsen av ordningen ved innføringen, men skyldes nok behovet for lokale tilpasninger og samarbeid.

Samarbeidsprosjektenes innretning har variert stort mellom institusjonene. Ordningen oppleves også å ha gitt en del problemer med å skaffe praksisplasser, men i liten grad har fortsatt betaling for veiledning i praksis vært en løsning på disse problemene.

4 Studieledernes vurdering og rapportering

Studielederne er den gruppen som i størst grad har vært direkte påvirket av ordningen med samarbeidsmidler, i alle fall på utdanningssiden. De har ansvar for å sikre praksisplasser, og også ansvar for at den eksterne, veiledete praksisen er av god kvalitet.

Kapittelet er delt opp i tre hoveddeler: gjennomføring, innføring og vurdering av ordningen. Totalt 52 studieledere svarte på undersøkelsen som ble sendt ut, en svarprosent på 57 %. Studielederne fordelte seg på en stor bredde av utdanningsprogrammer, og dette er tydeliggjort i tabell 4-1. For lettere å kunne analysere svarene med utgangspunkt i fagforskjeller er utdanningene delt inn i 4 grupper: Sosialfag (sosionom og barnevernspedagogutdanning), helsefaglige teknologiutdanninger (bioingeniør, audiograf, farmasøyt/reseptar, radiograf, ortopediingeniør, optiker), helsefaglige terapeututdanninger (ergoterapeut, fysioterapeut, vernepleier, tanntekniker) og sykepleie.

Tabell 4-1. Antall studieledere per faggruppe

		Utdanningsgrupper				Total
		Helsefaglige teknologi-utdanninger	Helsefaglige terapeut-utdanninger	Sosialfag	Sykepleie	
Hvilket studieprogram på bachelornivå er du faglig ansvarlig for?	Audiograf	1				1
	Bioingeniør	4				4
	Ergoterapeut		4			4
	Farmasøyt/reseptar	1				1
	Fysioterapeut		3			3
	Radiograf	4				4
	Sykepleier				13	13
	Tannteknikker	1				1
	Vernepleier		5			5
	Barneverns-pedagog				7	7
	Sosionom				1	1
	Annet, spesifiser her		4		3	7
Total		11	16	11	13	51

I tabell 4.1. fremkommer det hvor mange studieledere som deltok fra hver utdanningsgruppe, samt hvor de passer inn i den nye faginndelingen. Gruppene som er oppført med "Annet, spesifiser her" har ikke krysset av på listen over studieprogram. De har dermed blitt plassert i riktig utdanningsgruppe i etterkant, enten på grunn av svaret de har gitt i et påfølgende oppfølgingsspørsmål, eller på grunn av epostadressen deres, som gir informasjon om hvilken institusjon de arbeider ved og dermed gir mulighet til å finne ut hvilket program de er studieleder for.

Sykepleie er den største utdanningsgruppen, og 13 studieledere har svart. Barnevernspedagogene er også en stor gruppe, og sammen med sosionomene og 3 av de som har svart "annet" utgjør disse 11 studieledere (en av de som har svart annet oppga å være fra sosionomutdanning, en oppga å være fra både barnevernspedagog og sosionomutdanning, mens en oppga å være fra sosialt arbeid). De fire som oppga å være fra andre utdanninger innen de helsefaglige terapeututdanningene var fra jordmorutdanning og vernepleie.

Det varierer mellom utdanningsgruppene hvor lang erfaring studielederne på de forskjellige områdene har. I tabell 4-2 er den oppgitte erfaringen til studielederne i de forskjellige gruppene gjengitt. Spørsmålet er viktig, fordi det viser hvor stor andel av studielederne som har vært med siden innføringen av ordningen med samarbeidsmidler, og hvor mange som har kommet til etter at ordningen

ble innført. I og med at ordningen ble innført i 2006-2007 vil det være et skille mellom de med opptil fire-fem års erfaring og de med lengre erfaring.

Tabell 4-2. Studielederens erfaring, etter utdanningsgrupper.

		Utdanningsgrupper				Total	
		Helsefaglige teknologi-utdanninger	Helsefaglige terapeut-utdanninger	Sosialfag	Sykepleie		
Hvor lenge har du nå vært i posisjon som studieleder/programansvarlig?	Mindre enn ett år	0	1	0	0	1	
		0 %	6 %	0 %	0 %	2 %	
	1-2 år	1	1	2	4	8	
		8 %	6 %	18 %	31 %	15 %	
	3-4 år	2	4	2	6	14	
		17 %	25 %	18 %	46 %	27 %	
	4-5 år	3	1	2	1	7	
		25 %	6 %	18 %	8 %	13 %	
	5-8 år	2	2	2	1	7	
		17 %	13 %	18 %	8 %	13 %	
	Mer enn åtte år	4	7	3	1	15	
		33 %	44 %	27 %	8 %	29 %	
	Total		12	16	11	13	52
			100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

I de helsefaglige teknologiutdanningene er erfaringen relativt jevnt fordelt, med noen flere som har lang erfaring enn kort erfaring. I de helsefaglige terapeututdanningene er det en del studieledere som har erfaring opp til fire år, og en omtrent like stor gruppe som har mer enn åtte års erfaring. I sosialfagene er også studielederens erfaring rimelig jevnt fordelt, med noen flere som har mer enn fem års erfaring enn mindre. Sykepleie skiller seg fra de andre utdanningene ved å ha en klar overvekt av studieledere med kort erfaring, som da i stor grad har kommet til etter at ordningen med samarbeidsmidler ble innført.

For å dekke inn geografisk variasjon er studielederne også fordelt etter hvilket regionalt helseforetak de hører til. I tabell 4-3 fremkommer hvor mange studieledere det finnes per faggruppe og per helseforetak. Helse Sør-Øst er det største helseforetaket og dermed også helseforetaket med flest utdanningsprogrammer og studieledere (24 har svart i denne undersøkelsen). De andre regionene har 10 (Helse Vest og Helse Midt-Norge) og 8 (Helse Nord) studieledere som har svart på undersøkelsen.

Tabell 4-3. Studieledere per faggruppe og helseforetak

		Utdanningsgrupper				Total
		Helsefaglige teknologi- utdanninger	Helsefaglige terapeut- utdanninger	Sosialfag	Sykepleie	
Regionale helseforetak	Helse Sør-Øst	5	7	4	8	24
	Helse Vest	2	4	2	1	9
	Helse Nord	1	2	3	2	8
	Helse Midt Norge	3	3	2	2	10
	Total	10	16	11	13	51

4.1 Gjennomføring og innføring av ordningen

Det er stilt en rekke spørsmål til studielederne omkring gjennomføring av ordningen. Det dreier seg om antall prosjekter, hvem som har vært samarbeidspartnere i prosjektene, hva slags prosjekter som har blitt prioritert, studentenes deltagelse, problemer med innføringen av ordningen og eventuelle løsninger på problemene. Studielederens svar på spørsmål angående disse temaene vil bli presentert i dette avsnittet, mens neste avsnitt vil dreie seg om deres vurderinger av ordningen (avsnitt 4.2).

Det første vi har undersøkt er antall fellesprosjekter med praksisfeltet per faggruppe i perioden 2007-2010. Hvor mange prosjekter faggruppene har gjennomført i 2007-2010 er vist i tabell 4-4.

Tabell 4-4. Antall fellesprosjekter med praksisfeltet per faggruppe i perioden 2007-2010

	Hvor mange fellesprosjekter med praksisfeltet har samarbeidsmidlene utløst i perioden 2007-2010?					Total
	Ingen	1-3	4-6	7-10	Mer enn 10	
Helsefaglige teknologi- utdanninger	3	5	3	0	0	11
	50 %	29 %	25 %	0 %	0 %	22 %
Helsefaglige terapeut- utdanninger	0	5	5	3	3	16
	0 %	29 %	42 %	60 %	27 %	31 %
Sosialfag	3	5	1	0	2	11
	50 %	29 %	8 %	0 %	18 %	22 %
Sykepleie	0	2	3	2	6	13
	0 %	12 %	25 %	40 %	55 %	25 %
Total	6	17	12	5	11	51
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Resultatene i tabell 4-3 viser at det er en spredning innen de fleste faggruppene, der noen studieledere rapporterer om svært mange prosjekt, mens andre studieledere rapporterer om få prosjekt, og også ingen. Det er tre sosialfagutdanninger og tre helsefaglige teknologiutdanninger som ikke har noen prosjekter.

Som det fremgikk i kapittel 1 er de regionale helseforetakene en viktig praksisarena for alle de inkluderte gruppene i undersøkelsen, også sosialfagutdanningene. I tabell 4-5 er det beregnet gjennomsnittlig antall prosjekter på forskjellige praksisarenaer for de forskjellige utdanningsgruppene. Spesialisthelsetjenesten har prosjekter i samarbeid med alle utdanningsgruppene, mens de andre praksisarenaene er mer spesialiserte i samarbeidet. Dersom vi retter oppmerksomheten mot utdanningene, ser vi at de helsefaglige teknologiutdanningene utelukkende har oppgitt å ha prosjekter i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, mens de helsefaglige terapeututdanningene har samarbeidsprosjekter med alle praksisarenaene. Det samme har sosialfagene, og det mest overraskende her er kanskje det høye gjennomsnittlige antallet prosjekter sosialfagene har i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sykepleie har prosjektene konsentrert omkring spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Tabell 4-5. Gjennomsnittlig antall prosjekter per arena og faggruppe i perioden 2007 til 2010

Utdanningsgrupper		Ant. prosjekter spesialist- helsetjenesten	Ant. prosjekter kommunal helse- og omsorgstjeneste	Ant. prosjekter NAV	Ant. prosjekter barneverntjene- sten	Ant. prosjekter barnehage/ skole	Ant. prosjekter frivillig sektor	Ant. prosjekter privat sektor	Ant. prosjekter andre arenaer
Helsefaglige teknologi- utdanninger	Gj.snitt	3,80							
	N	5							
Helsefaglige terapeut- utdanninger	Gj.snitt	4,57	3,40	1,00	3,33	2,00	1,00	2,00	3,00
	N	7	10	1	3	1	1	2	1
Sosialfag	Gj.snitt	4,60	7,25	2,67	2,67	1,00	1,00	2,50	1,00
	N	5	4	3	3	3	2	2	1
Sykepleie	Gj.snitt	7,18	8,90						
	N	11	10						
Total	Gj.snitt	5,46	6,33	2,25	3,00	1,25	1,00	2,25	2,00
	N	28	24	4	6	4	3	4	2

Tabell 4-5 viser også at sykepleieutdanningene er de klart mest aktive med tanke på samarbeidsprosjekter, med gjennomsnittlig 7 prosjekter per studium i spesialisthelsetjenesten, og gjennomsnittlig 9 prosjekter per studium i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Men sosialfagene og de helsefaglige terapeututdanningene har også mange prosjekter i snitt, og som nevnt også i mange arenaer. De helsefaglige teknologiutdanningene har i snitt rett under 4 samarbeidsprosjekter per studium i perioden, alle plassert i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektene faglige innretning har også variert. I tabell 4-6 vises studieledernes svar på hvordan de opplever at prosjektene innretning har vært i perioden 2007-2010, innen fire forskjellige fagområder. Disse fagområdene er alle sentrale i praksisutvikling i profesjoner: profesjonsfaglig forskning, pedagogisk kompetanseutvikling/veilederskolering, utvikling/utprøving av veiledningsmodeller, utvikling av praksismodeller. I tillegg er en kategori for andre innretninger enn det som inngår tatt med.

Tabell 4-6. Prosjektene innretning etter faggruppe. Antall og prosent

		Profesjonsfaglig forskning	Pedagogisk kompetanseutvikling/veilederskolering	Utvikling/utprøving av veiledningsmodeller	Utvikling/utprøving av praksismodeller	Annet	Total
Helsefaglige teknologisk-utdanninger	Antall	2	3	4	3	2	14
	prosent	14	21	29	21	14	100
Helsefaglige terapeut-utdanninger	Antall	10	9	11	7	4	41
	prosent	24	22	27	17	10	100
Sosiafag	Antall	2	5	3	4	4	18
	prosent	11	28	17	22	22	100
Sykepleie	Antall	7	12	10	9	2	40
	prosent	18	30	25	23	5	100
Total	Antall	21	29	28	23	12	113
	prosent	19	26	25	20	11	100

Det fremkommer av tabell 4-6 at prosjektene er ganske jevnt fordelt mellom de forskjellige fagområdene, med kanskje en liten overvekt av prosjekter rettet mot pedagogisk kompetanseutvikling/veilederskolering og utvikling/utprøving av veiledningsmodeller. Innenfor de helsefaglige terapeututdanningene er det også en fjerdedel av prosjektene som er rettet mot profesjonsfaglig forskning. Studielederne er også bedt om å utdype hva slags prosjekter som inngår i annet-kategorien. Flere av svarene her kan beskrives som kompetanseutviklende tiltak og faglig oppdatering, også i samarbeid med praksisfeltet, da gjerne i form av fagdager med forskjellige emner (etikk er ett tema som er tatt opp). Innen de helsefaglige terapeututdanningene er tiltakene rettet mot spesifikke tekniske ferdigheter i forskjellig apparatbruk og faginterne utviklingsprosjekter.

I og med at samarbeidsmidlene først og fremst er innrettet mot at studentene skal få en bedre praksisopplæring, kan det være viktig at de involveres i prosjektene. I tabell 4-7 er studielederne spurt om hvorvidt det legges opp til at studentene skal involveres i fellesprosjekter. Innenfor alle faggrupper skjer dette ved de fleste utdanningene, men gitt ordningens formål er det overraskende at det i det hele tatt finnes utdanningsgrupper der det oppgis at det ikke legges opp til studentinvolvering.

Tabell 4-7. Studentinvolvering i samarbeidsprosjekter

Legges det opp til at studentene skal ta aktivt del i fellesprosjekter med praksisfeltet?			
	Ja	Nei	Total
Helsefaglige teknologiutdanninger	7	1	8
	88 %	12 %	100 %
Helsefaglige terapeututdanninger	14	2	16
	88 %	12 %	100 %
Sosialfag	5	2	7
	71 %	29 %	100 %
Sykepleie	11	2	13
	85 %	15 %	100 %
Total	37	7	44
	84 %	16 %	100 %

Studieledernes egne vurderinger av ordningen kommer vi tilbake til i avsnitt 4.2, men de er også spurt direkte om mulige årsaker til problemer i gjennomføringen av ordningen. Svarene på dette spørsmålet er presentert i tabell 4-8.

Tabell 4-8. Mulige problemer ved gjennomføringen av ordningen. Flere svar mulig.

		Praksisstedene er for små til å ha et fagmiljø det er aktuelt å utvikle prosjekter sammen med	Manglende kompetanse i praksisfeltet for å delta i utviklingsprosjekter	Manglende tid i praksisfeltet til å delta i fellesprosjekter	Manglende tid til eget personale til å gå inn i fellesprosjekter	Manglende finansiering	Annet
Helsefaglige teknologiutdanninger	Antall	1	5	5	5	3	4
	Prosent	4	22	22	22	13	17
Helsefaglige terapeututdanninger	Antall	4	4	8	11	6	3
	Prosent	11	11	22	31	17	8
Sosialfag	Antall	4	1	7	7	3	3
	Prosent	16	4	28	28	12	12
Sykepleie	Antall	1	7	10	9	5	0
	Prosent	4	28	40	36	20	0
Total	Antall	10	17	30	32	18	10
	Prosent	9	15	26	27	15	9

Praksisstedenes størrelse, og at små praksissteder vanskelig kan ha et fagmiljø det er aktuelt å utvikle prosjekter med, er ikke det som vektlegges mest av studielederne, men fremstår likevel som et viktig problem. Særlig påpekes det innenfor sosialfag. Manglende kompetanse i praksisfeltet er heller ikke den viktigste årsaken i noen av gruppene av studieledere, men også dette fremstår som en klar utfordring. Manglende tid, i praksisfeltet og blant eget personale, er derimot den viktigste begrensningen på å få opp samarbeidsprosjekter i alle gruppene. Manglende finansiering av prosjekter er også en viktig begrensning innen alle faggruppene.

Analyser av de geografiske forskjellene viser at det er spesielt i Helse Vest og Helse Sør-Øst problemene med tid i praksisfeltet fremheves, mens problemer med kompetanse i praksisfeltet fremheves kun i Helse Vest. Ellers er det ingen geografiske forskjeller i svarene. Dersom man ser på hvilke utdanninger som knyttes til hvilke praksisfelt, så ser det ikke ut til at det er slik at manglende kompetanse fremheves som spesielt problematisk for de som bruker kommunehelsetjenesten. Det er først og fremst tid som trekkes frem som det viktigste hinderet.

Studielederne har fått anledning til å utdype svarene. To utdanninger, en fra de helsefaglige teknologiutdanningene og en fra sosialfagene oppgir at det ikke har vært midler å søke på, og at dette naturligvis er et problem. Samtidig er det to studieledere, begge fra de helsefaglige terapeututdanningene, som understreker at de ikke opplever noen problemer med å få til fellesprosjekter. To utdanninger påpeker manglende tid og ressurser blant eget personale som en viktig hindring, én fra de helsefaglige terapeututdanningene, og én fra sosialfagutdanningen. Én studieleder fra sosialfagene oppgir også liten interesse fra de ansatte til å delta i prosjekter, mens en annen oppgir at ordningen er lite kjent i praksisfeltet, til tross for at de har mange prosjekter. Det understrekes også i sosialfagene at de ofte har få studenter på arbeidsplassene, og derfor veldig mange samarbeidspartnere i praksisfeltet. De har heller ikke den ressursmessige oppfølging av praksis som sykepleier og helsefagutdanninger har, og har også problemer med å bruke penger til frikjøp fra undervisning. Fra de helsefaglige teknologiutdanningene oppgis det også at det tar tid å opparbeide den nødvendige kompetansen for å kunne bidra i prosjekter.

Innføringen av ordningen med samarbeidsmidler handlet primært om å heve kvaliteten på praksisperiodene. Men en viktig utfordring for utdanningene er også å skaffe nok praksisplasser. I tabell 4-9 presenteres studieledernes svar på hvorvidt ordningen har ført til nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser for bachelorstudentene, etter utdanningsgruppe.

Tabell 4-9. Nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser i bachelorutdanningene, etter utdanningsområde.

Førte omleggingen fra praksisveiledningsmidler til samarbeidsmidler til nye eller større problemer med å få praksisplasser på aktuelle praksisarenaer for studenter fra bachelorutdanningen?			
	Ja	Nei	Total
Helsefaglige teknologi-utdanninger	3	8	11
	27 %	73 %	100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	9	7	16
	56 %	44 %	100 %
Sosialfag	5	5	10
	50 %	50 %	100 %
Sykepleie	4	9	13
	31 %	69 %	100 %

Innen de helsefaglige teknologiutdanningene er det kun tre av elleve studieledere som oppgir å ha problemer med å skaffe praksisplasser som følge av innføringen av ordningen. Innen de helsefaglige terapeutordningene er det flere, 56 %, eller 9 av 16. Innen sosialfagene oppgir halvparten at de har opplevd problemer, mens i sykepleie er det 31 %, 4 av 13, av studielederne som oppgir problemer. Av alle gruppene sett under ett melder omtrent 40 % av studielederne om nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser, noe som må kunne karakteriseres som et høyt antall. Det er undersøkt hvorvidt problemene har noe med geografisk beliggenhet å gjøre, men dette ser ikke ut til å skille mellom gruppene i særlig grad. I tabell 4-10 er studieledernes svar på hvilke områder de opplever at problemene har blitt nye eller større presentert.

Tabell 4-10. Praksisområder der det har vært problemer med å skaffe praksisplasser etter omleggingen, etter utdanningsområde (flere svar er mulig).

	Spesialist-helse-tjenesten	Kommunale helse- og omsorgstjenester	Barnevern-tjenesten	NAV	Private aktører	Barnehage/s kole	Frivillig sektor	Andre arenaer	
Helsefaglige teknologitdanninger	2				1				3
	67 %				33 %				100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	2	5			2	4		1	14
	14,3 %	35,7 %			14,3 %	28,6 %		7,1 %	100 %
Sosialfag	3	1	4	1	1	2		2	14
	21,4 %	7,1 %	28,6 %	7,14 %	7,14 %	14,3 %		14,3 %	100 %
Sykepleie	1	2						2	5
	20 %	40 %						40 %	100 %
Total	8	8	4	1	4	6		5	36
	22,2 %	22,2 %	11,1 %	2,8 %	11 %	16,7 %		13,9 %	100 %

Tabell 4-10 viser at problemene er ganske jevnt fordelt i de forskjellige praksisområdene, og i stor grad følger antall prosjekter (som igjen følger av hva som er de "vanlige" praksisområdene for de forskjellige utdanningene). På stort sett alle områdene som studielederne rapporterte om samarbeidsprosjekter (tabell 4-5) melder de også om problemer med å skaffe praksisplasser. Det må understrekes at det kun er de 21 studielederne som har svart at de har opplevd nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser som er grunnlaget for tabell 4-10. At totalt antall svar er 36, ikke 21, skyldes at studielederne har hatt anledning til å krysse av på flere områder.

Overgangen fra veiledningsmidler til samarbeidsmidler medførte jo at man ikke lenger skulle betale veilederne i praksis direkte. Men kan dette ha skjedd likevel når studielederne støtte på problemer med å skaffe praksisplasser? I tabell 4-11 er studieledernes svar på hvorvidt fortsatt betaling for veiledning var løsningen på problemene.

Tabell 4-11. Fortsatt betaling for veiledning.

Ble løsningen på problemet med å skaffe nok praksisplasser å fortsatt betale for veiledning?				
	Ja, på de fleste praksissteder	Ja, på noen få praksissteder	Nei	Total
Helsefaglige teknologi-utdanninger			3	3
Helsefaglige terapeut-utdanninger		5	4	9
Sosialfag	1	2	2	5
Sykepleie			4	4
Total	1	7	13	21

Kun én av studielederne, fra sosialfagene, oppgir at fortsatt betaling ble løsningen på de fleste praksissteder, mens syv studieledere oppgir at det ble løsningen på noen få praksissteder. Fem av disse syv kommer fra de helsefaglige terapeututdanningene, mens to kommer fra sosialfagene. Totalt er det altså bare åtte av de 52 studielederne som har svart på undersøkelsen (15 %), som oppgir at fortsatt betaling i større eller mindre grad var løsning på problemet med å skaffe praksisplasser. Studielederne fra sosialfag oppgir at fortsatt betaling har blitt gjennomført i spesialisthelsetjenesten, barneverntjenesten, hos private aktører, i barnehage/skole, og på andre arenaer, som de oppgir er i Bufetat og i utenlandspraksis. I de helsefaglige terapeututdanningene oppgis det at det betales for veiledning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, hos private aktører, i barnehage/skole, i frivillig sektor. Én studieleder oppgir at dette var noe man gjorde ved innføring av ordningen, mens en annen oppgir at det kun ble gjort på noen få studieplasser i tredje studieår.

Det kan se ut som om de som har oppgitt fortsatt betaling som virkemiddel har benyttet dette som en løsning på de fleste praksisområder. Dette ser ikke ut til å være knyttet til geografi.

Studielederne er også gitt anledning til å utdype svarene sine på spørsmålet om fortsatt betaling. Her oppgir de helsefaglige terapeututdanningene at de private aktørene ikke er interessert i å ha samarbeidsprosjekter i det hele tatt uten betaling, fordi de ikke har en tradisjon for å drive fagutvikling på egen arbeidsplass. I tillegg fremholdes det som et problem at lærerutdanningene fortsatt betaler for praksisveiledning i skolen, noe som gjør det vanskelig å få i gang et samarbeide med skolene uten å ha penger å tilby til veiledning. Det er også en studieleder fra sosialfagene som oppgir at til tross for nei-svarene på spørsmålene om betaling, så er de i noen grad med på å finansiere praksisveiledere i det lokale helseforetaket, med mål om å kvalitetssikre studiet. Ordningen vil trappes ned i løpet av få år.

For videreutdanningene ble det av tre studieledere oppgitt at innføringen av ordningen førte til nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser. Disse tre studielederne kom fra de helsefaglige terapeututdanningene, sosialfagene og sykepleie, en studieleder fra hvert område. Problemene var i spesialisthelsetjenesten (ikke sykepleie), kommunal helse- og omsorgstjeneste (ikke for de helsefaglige terapeututdanningene), og hos private aktører for sosialfagene. Ingen oppgir at fortsatt betaling ble løsningen på disse problemene.

Oppsummert ser det ut til at ordningen har gitt utfordringer for studielederne. 40 % oppgir at det har blitt vanskeligere å få praksisplasser for studentene, og det pekes på flere forhold som gjør det vanskelig å få i gang samarbeidsprosjekter med praksisfeltet. Til tross for dette rapporteres det om at en rekke prosjekter har blitt gjennomført, og de aller fleste er rettet mot pedagogisk kompetanseutvikling/veilederskolering, utvikling og utprøving av veiledningsmodeller, utvikling og utprøving av praksismodeller. Det er kanskje noe overraskende at 15 % oppgir at de ikke har lagt opp til at studentene skal ta aktivt del i fellesprosjekter. I liten grad har fortsatt betaling for veiledning vært benyttet som løsning på problemer med å få praksisplasser, noe som kan tolkes som at studielederne har vært lojale mot ordningen, og at problemene ikke har vært så store at det har vært nødvendig å gå tilbake til fortsatt veiledning.

4.2 Studieledernes vurdering av ordningen

Studielederne er spurt om mange forskjellige aspekter angående vurdering av samarbeidsmidlene. For det første er de spurt om hvilken effekt de ser for seg at tilgangen på prosjektmidler har hatt på personalet. Svarene er presentert i tabell 4-12.

Tabell 4-12 Effekt på personalet

Hvilken effekt mener du tilgangen på samarbeidsmidler til fellesprosjekter med praksisfeltet har hatt på personalet du er leder for? (flere valg er mulig)							
	Ordningen med samarbeidsmidler er ikke synlig for personalet på den måten	Ingen effekt	Det har økt interesse for praksisnær forskning og utviklingsarbeid	Flere er involvert i samarbeidet med praksisfeltet enn tidligere	Koplingen teori-praksis er blitt tydeligere	Annet	
Helsefaglige teknologiutdanninger	2 18 %	1 9 %	4 36 %	3 27 %	3 27 %	2 18 %	
Helsefaglige terapeututdanninger	1 6 %	0 0 %	11 69 %	11 69 %	8 50 %	1 6 %	
Sosialfag	2 18 %	2 18 %	4 36 %	6 55 %	4 36 %	4 36 %	
Sykepleie	0 0 %	1 8 %	10 77 %	9 69 %	8 62 %	1 8 %	
Total	5 10 %	4 8 %	29 57 %	29 57 %	23 45 %	8 16 %	

Svarene tyder på at studielederne opplever å ha tydeliggjort ordningen for personalet, kun noen få studieledere svarer at ordningen ikke er synlig for personalet. Det er også svært få av studielederne som sier ordningen ikke har hatt noen effekt. De fleste studielederne oppgir at ordningen har bidratt til å øke interessen for praksisnær forskning og utviklingsarbeid, og også at flere er involvert i samarbeidet

med praksisfeltet enn tidligere. Ganske mange sier også at koplingen mellom teori og praksis er blitt tydeligere for personalet.

Studielederne har også fått anledning til å oppgi egne alternativer. Innen de helsefaglige teknologiutdanningene er det én studieleder som svarer at personalet i samme periode som ordningen med samarbeidsmidler har blitt igangsatt har vært opptatt av å utvikle egen kompetanse. Studielederen oppgir at etter hvert som de har blitt ferdig med mastergradsutdanning har interessen for å utvikle og igangsette prosjekter med praksisfeltet økt. Innen de helsefaglige terapeututdanningene er det én studieleder som oppgir at samarbeidsmidlene har vært et alternativ til FOU, som i større grad går til forskning og personer med førstekompetanse. Samarbeidsmidlene oppleves altså å ha bidratt til å få med flere ansatte inn i prosjekter enn det man ville fått uten. Innen sosialfagene oppgis midlene å ha styrket praksisnærhet i undervisningen på noen enkeltområder og emner. Fra sykepleiestudielederne oppgis midlene å ha gitt motivasjon og inspirasjon til bedre samhandling med studiestedene. Ser man nærmere på de regionale forskjellene er det tydelig at det er i Helse Sør-Øst og Vest at studielederne oppgir at flere er involvert i samarbeidet enn tidligere, og at koplingen mellom teori og praksis er blitt tydeligere. Alt i alt er det en positiv vurdering av hvilken effekt ordningen har hatt på personalet studielederne er ledere for.

Som det ble lagt frem tidligere i rapporten skulle ordningen med samarbeidsmidler bidra til bedre samarbeid mellom høyskolene og praksisstedene, bedre praksisopplegg og praksisveiledning, bedre integrering av teori og praksis i utdanningene og mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid i utdanningsinstitusjonene. Studielederne har svart på en rekke spørsmål om hvorvidt dette har skjedd, og i svarene er presentert i det følgende. Svaralternativene for disse spørsmålene er om det har ført til en endring "I liten grad", "2", "3", "4", og "I stor grad".

Et problem med svaralternativene er at alle tar som utgangspunkt at det enten har vært en liten endring eller stor endring, og dekker ikke muligheten for "ingen endring" eventuelt en forverring. Dette gjør det vanskelig å vurdere svarene: hvor stor endring skal man vente at studielederne rapporterer for at ordningen skal vurderes positivt? Selv det å svare at ordningen har bidratt til en bedring "i liten grad" er jo en positiv vurdering av ordningen. I vurderingen av svarene er det tatt som utgangspunkt at et gjennomsnitt som ligger høyere enn de to laveste kategoriene indikerer en forbedring, altså et gjennomsnitt høyere enn 2.

I tabell 4-13 presenteres gjennomsnittene for hver utdanningsgruppe, på spørsmålet om innføringen av samarbeidsmidler har ført til bedre samarbeid. Skalaen på spørsmålet går fra 1 – i liten grad, til 5- i stor grad. De totale frekvensfordelingene for hver gruppe er presentert i vedlegg V 6 til V 12.

I og med at studielederne kun har svart på de alternativene som oppleves som relevante for dem, ut i fra hvilke områder det er aktuelt å ha samarbeidsprosjekter med, er det viktig å se både på gjennomsnittet og også på antallet respondenter i hver gruppe.

Tabell 4-13. Gjennomsnittlig vurdering av bedring av samarbeidet mellom fagområdene og praksisområdene.

Utdanningsgrupper		Bedre samarbeid: Spesialisthelsetjenesten	Bedre samarbeid: Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Bedre samarbeid: Barneverntjenesten	Bedre samarbeid: NAV	Bedre samarbeid: Barnehage/skole	Bedre samarbeid: Privat sektor	Bedre samarbeid: Frivillig sektor
Helsefaglige teknologi-utdanninger	Gjennomsnitt	2,4	,4	,2	,2	,2	,4	,1
	n	11	11	11	11	11	11	11
Helsefaglige terapeut-utdanninger	Gjennomsnitt	2,6	3,4	1,0	,8	,9	,7	1,0
	n	16	16	16	16	16	16	16
Sosialfag	Gjennomsnitt	1,9	1,3	1,2	1,1	1,1	,7	,6
	n	11	11	11	11	11	11	11
Sykepleie	Gjennomsnitt	3,7	3,4	,1	,1	,1	,2	,1
	n	13	13	13	13	13	13	13
Total	Gjennomsnitt	2,7	2,3	,6	,5	,6	,5	,5
	n	51	51	51	51	51	51	51

De helsefaglige teknologiutdanningene rapporterer at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i noen grad har blitt bedre (gjennomsnitt på 2,4), mens samarbeidet med de andre praksisområdene i liten grad har blitt bedre. Studielederne på de helsefaglige terapeututdanningene mener at samarbeidet har blitt bedre særlig med spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens det i mindre grad har bedret seg på de fleste andre praksisområdene. Studielederne i sosialfagene er noe mer avmålte, men melder om noe bedring av samarbeidet på de fleste felt, med unntak av privat sektor, og til dels barneverntjenesten og frivillig sektor. Studielederne i sykepleie oppgir en ganske stor bedring i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Alle utdanningsgruppene sett under ett er bedringen størst i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, mens bedringen er omtrent lik, og like liten, med de andre praksisfeltene.

I tabell 4-14 er gjennomsnittene på spørsmålet om opplegget og veiledningen i praksisfeltet har blitt bedre presentert.

Tabell 4-14. Gjennomsnittlig vurdering av bedring av praksisopplegg og praksisveiledning i praksisfeltet.

Utdanningsgrupper		Bedre praksisop: Spesialisthelsetjenesten	Bedre praksisop: Kommunal helse- og omsorgstjeneste	Bedre praksisop: Barneverntjenesten	Bedre praksisop: NAV	Bedre praksisop: Barnehage/skole	Bedre praksisop: Privat sektor	Bedre praksisop: Frivillig sektor
Helsefaglige teknologiutdanninger	Gjennomsnitt	2,5	,1	,1	,1	,1	,1	,1
	n	11	11	11	11	11	11	11
Helsefaglige terapeututdanninger	Gjennomsnitt	2,0	3,0	,8	,8	,9	,9	1,0
	n	16	16	16	16	16	16	16
Sosialfag	Gjennomsnitt	2,1	1,2	1,3	,9	1,1	,5	,4
	n	11	11	11	11	11	11	11
Sykepleie	Gjennomsnitt	3,8	3,7	,1	,1	,1	,1	,1
	n	13	13	13	13	13	13	13
Total	Gjennomsnitt	2,6	2,2	,6	,5	,6	,4	,4
	n	51	51	51	51	51	51	51

Alle utdanningsgruppene sett under ett så har forbedringen vært klarest i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjenesten, mens forbedringen har vært klart mindre på de andre områdene. For de helsefaglige teknologiutdanningene ser det ut til at vurderingen av opplegget og veiledningen i spesialisthelsetjenesten har blitt noe bedre, mens det ikke har blitt bedre på de andre områdene. For de helsefaglige terapeututdanningene er det en forbedring innen alle praksisområdene, men særlig i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. For sosialfagene oppfatter studielederne at det til en viss grad har vært en bedring innen spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten, men noe mindre på de andre praksisområdene. Studielederne i sykepleie melder om en ganske klar bedring innen spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, men lite bedring på de andre områdene.

Spørsmålene om bedring av integrering av teori og praksis i utdanningene er ikke stilt med utgangspunkt i de forskjellige praksisfeltene. Svarene er presentert per utdanningsgruppe i tabell 4-15.

Tabell 4-15. Bedre integrering av teori og praksis i utdanningene, etter utdanningsgruppe. Frekvens og gjennomsnitt.

	Bedre integrering av teori og praksis i utdanningene					Total	Gjennomsnitt
	I liten grad	2	3	4	I stor grad		
Helsefaglige teknologi-utdanninger	3 30 %	0 0 %	5 50 %	2 20 %	0 0 %	10 100 %	2,6
Helsefaglige terapeut-utdanninger	2 13 %	4 25 %	8 50 %	1 6 %	1 6 %	16 100 %	2,7
Sosialfag	6 60 %	0 0 %	0 0 %	3 30 %	1 10 %	10 100 %	2,3
Sykepleie	0 0 %	3 23 %	3 23 %	7 54 %	0 0 %	13 100 %	3,3
Total	11 22 %	7 14 %	16 33 %	13 27 %	2 4 %	49 100 %	2,8

Studielederne i sykepleie er også her mest positive til påstanden om at innføringen av samarbeidsmidler har vært med på å bedre integreringen av teori og praksis i utdanningene. I de helsefaglige terapeut- og teknologiutdanningene er det litt mindre oppslutning om påstanden, og enda mindre er det i sosialfagene. Men alle gruppene er enige i at ordningen har bidratt noe til en bedre integrering av teori og praksis i utdanningene. Studielederne har fått anledning til å utdype svarene sine angående integrering av teori og praksis i undervisningen. Av de positive forholdene nevnes at samarbeidsmidlene har bidratt til at samarbeidspartnerne har fått mer kjennskap til aktiviteten som skjer inne på utdanningen og ute i praksisfeltet. Flere fra praksisfeltet deltar i aktiviteter inne på utdanningen og det er etablert flere møtepunkter. Det trekkes også frem at et tettere samarbeid hjelper til med å finne nye og bedre måter å integrere teori og praksis. Dette hjelper til med å gi en harmonisering mellom teori og intern undervisning og den virkelighet som er ute i praksisfeltet. Noen trekker også frem at samarbeidsmidlene har vært med på å bekrefte et allerede positivt samarbeid og en allerede god integrasjon, og også at det er kort tid siden ordningen ble innført, og at den dermed ikke kan ha hatt særlig stor effekt enda. I tillegg er det mange andre tiltak som har blitt gjort før og samtidig, så det å peke på effekten av samarbeidsmidler alene er vanskelig.

Noen få studieledere fremholder at det er vanskelig å si noe om dette i og med at det ikke er avsatt midler spesielt til ordningen, og noen opplever også at de har blitt "hengt på" søknader fra større utdanninger ved samme utdanningsinstitusjon slik at det skal se ut som om det er flere parter med i ordningen.

I tabell 4-16 er studieledernes vurdering av hvorvidt ordningen har ført til mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid i utdanningsinstitusjonene presentert. Igjen er det sykepleie som er mest enig i dette, men de deler vurderingen med de helsefaglige terapeututdanningene og følges tett av de helsefaglige teknologiutdanningene og sosialfagutdanningene.

Tabell 4-16. Mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid i utdanningsinstitusjonene. Frekvens og gjennomsnitt.

	Mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid i utdanningsinstitusjonene					Total	Gjennomsnitt
	I liten grad	2	3	4	I stor grad		
Helsefaglige teknologi-utdanninger	2 25 %	2 25 %	1 13 %	2 25 %	1 13 %	8 100 %	2,8
Helsefaglige terapeut-utdanninger	3 19 %	1 6 %	5 31 %	5 31 %	2 13 %	16 100 %	3,1
Sosialfag	3 33 %	0 0 %	3 33 %	2 22 %	1 11 %	9 100 %	2,8
Sykepleie	2 15 %	2 15 %	3 23 %	5 38 %	1 8 %	13 100 %	3,1
Total	10 22 %	5 11 %	12 26 %	14 30 %	5 11 %	46 100 %	3,0

Alt i alt er vurderingen av denne påstanden mer positiv enn vurderingen av påstanden om bedre integrering av teori og praksis. Også på dette området har studielederne fått anledning til å utdype svarene. Av de positive tilbakemeldingene trekkes det frem at samarbeidsmidlene gir mulighet til å prøve ut nye praksismodeller, få utviklingsprosjekter som en ellers ikke hadde funnet "tid" til innenfor de ordinære rammene. Slik skaper midlene muligheter for praksisnær forskning og utviklingsarbeid. Andre understreker at det er klart definert i kriteriene som er definert internt for ordningen at dette skal være fagutvikling, ikke forskning. Dermed oppgir de at den blir praksisnær og nyttig i hverdagen. Noen av prosjektene oppgis også å ha ført til nye veiledningsmetoder og et mye bedre samarbeid mellom teori og praksis. Samtidig understrekes det at det er en utfordring å ha kapasitet, både inne og ute, til å følge opp resultatene og nye ordninger som kommer som følge av prosjektene. Det er også flere som påpeker at det er vanskelig å skille samarbeidsmidlene fra andre tiltak som har pågått i perioden. I tillegg oppgis det at man er i gang med kompetanseutvikling som igjen kan være med på å skape bedre prosjekter på sikt.

Studielederne er bedt om å gi sin generelle vurdering av hvordan ordningen har fungert for bachelorutdanningen og eventuelle videreutdanninger de er studieledere for. Resultatene er presentert i tabell 4-17 og 4-18.

Tabell 4-17. Generell vurdering av ordningen for bachelorutdanningen. Frekvens og gjennomsnitt.

	Hvordan synes du ordningen har fungert for bachelorutdanningen?					Total	Gjennomsnitt
	Svært dårlig	2	3	4	Svært godt		
Helsefaglige teknologiutdanninger	1	1	3	3	0	8	3,0
	13 %	13 %	38 %	38 %	0 %	100 %	
Helsefaglige terapeututdanninger	0	1	8	4	3	16	3,6
	0 %	6 %	50 %	25 %	19 %	100 %	
Sosialfag	4	1	1	2	0	8	2,1
	50 %	13 %	13 %	25 %	0 %	100 %	
Sykepleie	0	2	4	6	1	13	3,5
	0 %	15 %	31 %	46 %	8 %	100 %	
Total	5	5	16	15	4	45	3,2
	11 %	11 %	36 %	33 %	9 %	100 %	

For bachelorutdanningene kommer det frem at studielederne for helsefaglige terapeututdanningene og sykepleie har en svært positiv vurdering av ordningen. De helsefaglige teknologiutdanningene har også en positiv vurdering, om enn litt mer negativ enn de to førstnevnte. Sosialfagene har derimot en klart negativ vurdering av ordningen.

Som oppfølgingsspørsmål til den generelle vurderingen er de som har svart de to laveste kategoriene bedt om å utdype sitt svar, og de som har svart de to høyeste kategoriene. De helsefaglige terapeututdanningene legger vekt på at det særlig er samarbeidet med kommunene som er vanskelig, og at det strander på tid internt og i praksisfeltet. Det krever en oppfølging fra engasjerte enkeltpersoner for at det skal bli noe.

Sosialfagene beskriver en rekke problemer: Samarbeidsprosjekter krever kompetanse, interesse og tid hos samarbeidspartnerne. Denne forutsetningen er veldig ofte ikke til stede, sier en studieleder. Også det at de har 1-2 studenter spredt ut på små praksisplasser som ikke har ressurser til å følge opp er et problem. Det er vanskelig å forsvare ressursbruken ved å drive utviklingsarbeid for 1-2 studenter av 200. Én studieleder forteller at de hadde dialog med praksisfeltet i forkant av overgangen til samarbeidsmidler, og at praksisfeltet var tydelig på at de ønsket veilederopplæring. Midlene ble da brukt til veilederkurs det første året. Det fungerte meget godt. Men høgskolen satte ned foten for bruken av midlene til veilederopplæring, noe som medførte at de ikke fikk midler de neste to år, selv om de hadde to søknader inne det andre året. Andre steder melder om at midlene har blitt brukt til veilederopplæring hele veien. De oppgir at slik ordningen er i dag er den ikke laget ut fra behovene som eksisterer. Sosialfagene opplever at ordningen er laget utfra andre utdanningsmodeller og at den blir derfor mer ødeleggende enn utviklende. Derfor bruker de mye av ressursene til veilederopplæring, og dette måtte i tilfelle legges ned for å få ressurser til å skrive søknader og gå inn i forsknings- og utviklingsprosjekter.

I de positive vurderingene av ordningen legges det vekt på at det er styrkingen av samarbeidet med praksisfeltet som er det viktigste som har skjedd. Sammen med dette har det også skjedd en ansvarliggjøring av praksisfeltet som utdanningsfelt. Dette arbeidet var i mange tilfeller i gang, men var ikke formalisert og forankret på samme måte som før. Det at søknadsprosedyrer har vært enkle og greie blir også vurdert som viktig av flere.

Dersom man ser på tilfredsheten etter geografisk tilhørighet er det tydelig at studieledere som hører inn under området til Helse Sør-Øst og Helse Vest er mer positive enn Helse Nord og Helse Midt-Norge, som i sine vurderinger ser ut til å være middels fornøyd.

Tabell 4-18. Generell vurdering av ordningen for videreutdanningene. Frekvens og gjennomsnitt.

	Hvordan synes du ordningen har fungert for videreutdanningen?				Total	Gjennomsnitt
	Svært dårlig	2	3	Svært godt		
Helsefaglige teknologi-utdanninger	1 33 %	2 67 %	0 0 %	0 0 %	3 100 %	1,7
Helsefaglige terapeut-utdanninger	0 0 %	3 50 %	2 33 %	1 17 %	6 100 %	2,8
Sosialfag	1 25 %	0 0 %	2 50 %	1 25 %	4 100 %	3,0
Sykepleie	0 0 %	1 25 %	3 75 %	0 0 %	4 100 %	2,8
Total	2 12 %	6 35 %	7 41 %	2 12 %	17 100 %	2,6

Vurderingen av videreutdanningen er gjengitt i tabell 4-18. Dette gjelder jo langt færre studieledere, og det er dermed vanskeligere å peke på generelle forskjeller mellom utdanningsgrupper. Men det kan se ut til at de helsefaglige teknologiutdanningene er mindre fornøyd enn sykepleie, sosialfag og de helsefaglige terapeututdanningene. Som grunn for de negative vurderingene oppgis at videreutdanningene er små med få studenter og ansatte som ikke har tatt del i ordningen i det hele tatt. Videreutdanningene har også mindre praksis. For de som oppgir at ordningen har fungert positivt trekkes det frem at videreutdanningsstudentene stort sett har en arbeidsplass tilknytning selv, som de kan benytte som praksisarena. Det er derfor ikke vanskelig å organisere praksis for videreutdanningsstudentene. Men det nevnes ikke hvordan eventuelle samarbeidsprosjekter kan organiseres, kun at det å sikre praksisplasser finner sin løsning.

Avslutningsvis er det stilt spørsmål om hva som bør skje videre med ordningen. Bør den fortsette som før? Avskaffes? Svarene er presentert i tabell 4-19.

Tabell 4-19. Hva bør skje videre med ordningen?

	Hva bør skje videre med ordningen?				Total
	Bør avskaffes som ordning - midlene ligger i høgskolenes budsjett og bør ikke øremerkes	Bør øremerkes fellesprosjekter der samarbeidet er svakt/må utvikles	Bør styrkes for å sikre mer midler til forskningsbaserte samarbeidsprosjekter	Annet, spesifiser her	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	2 17 %	2 17 %	5 42 %	3 25 %	12 100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	0 0 %	4 25 %	9 56 %	3 19 %	16 100 %
Sosialfag	1 9 %	3 27 %	4 36 %	3 27 %	11 100 %
Sykepleie	2 15 %	1 8 %	7 54 %	3 23 %	13 100 %
Total	5 10 %	10 19 %	25 48 %	12 23 %	52 100 %

Innenfor alle utdanningsgruppene er det alternativet at ordningen bør styrkes for å sikre mer midler til forskningsbaserte samarbeidsprosjekter som har størst oppslutningen. Alternativet å avskaffe ordningen får relativt liten oppslutning, selv om noen mener dette også. I de helsefaglige terapeututdanningene er det ingen som ønsker å avskaffe ordningen. De mest endringsvillige, altså med minst oppslutning om at ordningen bør styrkes, er studielederne i sosialfagene. Av de som har svart at de ser andre alternativer som viktige, så er det en kombinasjon av øremerking og styrking som ønskes. Man bør generelt styrke ordningen, men også øremerke midler slik at områder som har hatt vanskelig å få opp samarbeidsprosjekter skal sikre dette i fremtiden. Det foreslås å øremerke midler til sosialfag, og også til utdanninger som har praksis i privat sektor. Det understrekes også at det er viktig at ordningen ikke får for trange rammer, at det er et visst handlingsrom.

4.3 Oppsummering

Undersøkelsen av studieledernes erfaringer viser at 40 % sier den har gitt problemer med å skaffe praksisplasser. Samtidig kommer det frem at problemene i stor grad har gått seg til, og at ordningen nå kan anses som etablert og som noe man forholder seg til som en realitet. Det ser ut til at ganske få valgte å bruke fortsatt betaling for veiledning som virkemiddel når de støtte på problemer i forbindelse med overgangen til ordningen med samarbeidsmidler, og det ser ut til at de som gjorde dette gjorde det konsekvent med alle praksisarenaer. Men også her rapporteres det at dette foregikk i en

overgangsperiode og stort sett ble avviklet etter hvert. Studielederne kan således sies å ha vært lojale mot ordningen, og oppgir også at de ønsker ordningen styrket, og gjerne i en kombinasjon med øremerking av midler.

5 Helseforetakenes erfaringer

De fire regionale helseforetakene, Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge, er ansvarlige for å administrere og organisere arbeidet i de regionale samarbeidsorganene for høyskolene og helseforetakene. I oppstarten av ordningen med samarbeidsmidler ble det sagt at samarbeidsorganene skulle vurdere og prioritere mellom prosjekter inn mot spesialisthelsetjenesten, og at samarbeidsorganene skulle rapportere fra arbeidet og om hvordan midlene er benyttet slik at departementene får kunnskap om hvordan omleggingen fungerer. To viktige spørsmål kan dermed rettes til helseforetakene:

- 1) hva slags ordninger har de hatt for rapportering av bruk av midlene
- 2) hvordan har de regionale samarbeidsorganene for høyskolene og helseforetakene fungert i dette henseende?

For å få informasjon om dette har det blitt gjennomført telefonintervjuer med representanter fra de fire helseforetakene. Intervjuene med helseforetakene var delt i fire deler. Den første angikk organiseringen av ordningen og det regionale samarbeidsorganets rolle. Den andre handlet om rapportering av ordningen og hvordan det arbeidet har foregått. Den tredje handlet om hva slags bevissthet man har hatt i helseforetakene/regionale samarbeidsorganet om at også sosialfagene har en stor andel prosjekter inn mot spesialisthelsetjenesten, noe som kom frem i studieledernes og institusjonenes svar. Dette handler også om forholdet til kommunesektoren, da samarbeidet med denne har blitt stadig viktigere, blant annet gjennom samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47, 2008-2009), der kommunene og spesialisthelsetjenesten er forventet å samarbeide tettere. Det fjerde var vurdering av ordningen ut fra de kriteriene som ble diskutert i avsnitt 1.3.

5.1 Om organisering av ordningen

Alle fire helseforetakene opplyser at forvaltningen av ordningen har blitt overlatt til lokale samarbeidsfora, men har vært oppe som sak i møter i samarbeidsorganet. Dermed rapporteres det om

at samarbeidsorganene/de regionale helseforetakene ikke opplever seg selv som de rette til å mene noe om ordningen, de opplever at de sitter for langt unna selve arbeidet med organisering av midler. Gjennom møter i samarbeidsorganene har man sørget for å gjøre ordningen kjent, men man har i liten grad arbeidet med å gjøre den kjent utover dette. Brevene som fulgte innføringen av ordningen var informasjonen som ble gitt.

Det meldes om forskjellige startvansker ved innføringen. I Helse Nord opplyses det om at når ordningen kom på bordet i 2005 og 2006 ble det tatt opp i det regionale samarbeidsorganet, og der kom det tydelig frem at samarbeidsorganet skulle ha en rolle. Men alle som var representert i samarbeidsorganet var ikke enige i dette: Noen høyskoler ville ikke la samarbeidsorganet ta del i dette, i og med at midlene kom fra høyskolenes budsjetter, og ble oppfattet som høyskolens midler. Foretakene og RHF var ikke enige i dette og dermed var det en viss uenighet om hvem som skulle forvalte midlene. Helse Nord har hatt som rolle å ha oversikt over midler etter dette, men dette har ikke blitt fulgt opp, og det har vært lite oppfølging i samarbeidsorganet av ordningen. Den har blitt løftet frem muntlig i møter, men i liten grad fulgt opp fra utdanningenes side. Det har vært lite innsyn i hvordan midlene ble brukt. Samtidig understrekes det at det har vært en variasjon innen regionen – noen utdanningsinstitusjoner følger opp og inkluderer det regionale helseforetaket på en god måte.

Fra Helse Vest oppgis det at man i starten hadde vanskeligheter med å få oversikt over hvor mye midler det egentlig var snakk om, og hva som var det reelle omfanget av midlene.

Helse Midt-Norge er det eneste regionale helseforetaket som oppgir at samarbeidsmidlene er nevnt spesielt i avtaleverket mellom det regionale helseforetaket og høgskolene. De andre oppgir at det i varierende grad er inkludert i avtaler på lokalt nivå, men at dette er noe de ikke har en konkret oversikt over. Helse Nord gjorde en ekstra sjekk av det lokale nivået i forbindelse med evalueringen, og opplyser om at to av tre helseforetak oppgir at det ikke er nevnt i det lokale avtaleverket, men at det arbeides for å inkludere det.

Det regionale samarbeidsorganet vurderes å ha varierende innflytelse og legitimitet. Fra Helse Sør-Øst oppgis det at samarbeidsorganet fungerer godt og har funnet en solid samarbeidsform mellom høgskolene og helseforetakene. Det har blitt gjennomført store prosjekter som har ført til konkrete tiltak. Samarbeidsorganet er en viktig arena for samarbeid om utdanning og praksisplasser og helsefaglig forskning. De har to ordinære møter og en fagkonferanse årlig. I Helse Midt-Norge oppgis det også at samarbeidsorganet fungerer bra, men at *statusen* til samarbeidsorganet er noe man har slitt med. Et tegn på dette er at eiersiden, direktørene, ikke stiller, og dermed ikke virker å vurdere det som viktig. Dette har bedret seg de siste årene. Alt i alt beskrives det likevel som et velfungerende organ. Siden samarbeidsorganet er et lovpålagt organ, må det få legitimitet og autoritet av eier. Det bør inn i foretaksprotokoll og oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, hevdes det fra Helse Midt-Norge. På møtene er praksisplasser ofte på agendaen, og det er et stort engasjement. Samarbeidsorganet har i utgangspunktet fire møter i året, og i tillegg til dette har det vært avholdt ekstraordinære møter og telefonmøter.

I Helse Nord oppgis det at samarbeidsorganet fungerer bra, men at arbeidet med samarbeidsmidlene ikke har vært satset nok på. Tilsvarende oppgis også for Helse Vest. Her har arbeidet vært organisert

rundt to møter i året, med innspill i forkant. Erfaringene er at høyskolene ikke er spesielt ivrige etter å melde inn saker, men opptatt av å ha møtene.

5.2 Om rapportering

I Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst innhentes det årlige rapporter om bruk av midlene, mens i Helse Nord har ikke rapportering vært gjort før 2010, og der oppgis det nå at dette arbeidet skal systematiseres. I Helse Vest oppgis det at ordningen har vært oppe som sak i samarbeidsorganet etter at den ble innført, men at det ikke har foregått en samlet rapportering. Bergensområdet laget en rapport i 2009 som viste prosjektstøtte for 2008, og det ble da gjennomført en sjekk mot de andre helseforetaksområdene i regionen om tilsvarende fantes. Det viste seg at mange hadde problemer med å komme opp med dette, og det ble da ikke gjort ytterligere anstrengelser for å samle inn rapporter.

I Helse Sør-Øst er det hentet inn årlige rapporter som er lagt frem som orienteringssaker i samarbeidsorganet. Det har ikke vært noen problemer med å få disse rapportene, og det har blitt brukt egne skjemaer. Helse Midt-Norge har etterspurt rapporter, men kun noen institusjoner har sendt inn rapporter. Disse oppgis også å ha vært av varierende kvalitet og tilgjengelighet. I Helse Nord har man fra 2010 definert samarbeidsmidlene som et satsningsområde, og man har dermed etterspurt rapporter fra dette tidspunktet. Da rapportene først ble etterspurt var institusjonene raske med å sende inn rapporter, og det virket som om utdanningene hadde god oversikt over midlene. Diskusjonen omkring rapportene viste stor interesse, og i det regionale samarbeidsorganet for Helse Nord ble det vedtatt å utarbeide strategiske føringer for bruk av midlene i regionen. Dette vil følges opp fremover med årlige rapporter. Helse Vest har etterspurt rapportene muntlig på møter i samarbeidsorganet når midlene har vært oppe som sak, men dette har ikke ført til at rapporter har kommet.

Rapportering videre til departementene ble gjort i Helse Sør-Øst og Midt-Norge ved oppstarten av ordningen. Dette ga ingen respons fra departementene, og har heller ikke blitt etterlyst siden. Helse Vest og Nord har aldri sendt inn rapporter til departementene og det har heller aldri blitt etterlyst. Rapporteringen har altså være mangelfull, men dette skyldes også en manglende etterspørsel og respons på rapportene fra departementenes side.

5.3 Forholdet til sosialfagene og kommunesektoren

I kapittel tre og fire kom det frem at også sosialfagene har mange prosjekter i spesialisthelsetjenesten, som da også berører arbeidet i samarbeidsorganet. I kommentarene kom det også frem at sosialfagene opplever problemer med å få til prosjekter i spesialisthelsetjenesten fordi helsefagutdanningen har mer ressurser til å dra i gang samarbeidsprosjekter. I hvilken grad er dette noe som reflekteres i arbeidet i samarbeidsorganene? Ingen av de regionale helseforetakene oppgir at dette har vært et tema. Sosialfagene har selvsagt mulighet til å søke på prosjekter på lik linje med de andre utdanningene, men dette er noe utdanningsinstitusjonene må styre, i og med at midlene administreres lokalt. Dette understrekes av alle de fire regionale helseforetakene. Samtidig erkjennes det at disse utdanningene får mindre midler også nå, i og med at de også hadde mindre midler under den gamle ordningen. Et regionalt helseforetak peker på en omfordeling av midlene som sikrer at også denne gruppen får tilstrekkelige midler bør vurderes. Samtidig er midlene som fordeles også avhengig av antall studenter

ved utdanningen og hvor mye tid det brukes på ekstern veiledet praksis, og dette er med på å sørge for at helsefagene får større del av potten.

Ingen av de regionale helseforetakene har etablert noe formelt samarbeid med kommunesektoren, men tanken om å etablere et felles samarbeidsorgan der også kommunene er representert har blitt drøftet. Samtidig blir det understreket at dette spørsmålet er svært komplekst, i og med at det er mange kommuner, med varierende størrelse, varierende ressurser og med svært forskjellige problemstillinger. Og hva skjer med høyskolenes status dersom kommunene også blir representert i et fellesorgan? Det er gjort forskjellige fremstøt for å inkludere kommunesektoren i større grad uten å gi de en formell representasjon. I Helse Sør-Øst var Fagkonferansen 2010 ("Samarbeid for utdanning – økt kvalitet og kvantitet") viet trepartssamarbeid mellom høgskole, helseforetak og kommuner. Kommunene i regionen var invitert, spesielt innenfor områdene undervisningssykehjem, undervisningshjemmetjeneste og for øvrig personer som arbeider med veiledning, oppfølging og koordinering av praksis for høgskoleutdanningene innen helse- og sosialfag. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenster i kommunene ble også invitert til organets møte 9. 2011, og Fagkonferansen 2011 blir en oppfølger fra fjoråret med temaer som fokuserer på samarbeid. Kommunesamarbeid er altså på dagsorden her også, selv om det ikke er vedtatt som en formell ordning.

Det er med andre ord en tendens til at kommunesektoren får økt oppmerksomhet, og det virker som om de regionale helseforetakene er opptatt av denne sektoren. Men så langt har man gjort lite for å håndtere denne problematikken.

5.4 Vurdering av ordningen

De regionale helseforetakene har i tillegg til kriteriene diskutert i avsnitt 1.3 også fått spørsmål om ordningen med samarbeidsmidler har påvirket arbeidet i samarbeidsorganen i noen retning, og om det eventuelt har blitt styrket. Fra Helse Midt-Norge trekkes det frem at Samarbeidsorganet fikk FoU midler ganske tidlig, omtrent 1-1,5 mill i året, som en del av regionale forskningsmidler. Dermed var Helse Midt-Norge vant til å diskutere fordeling av midler i samarbeidsorganet, og ønsket å forvalte samarbeidsmidlene på lokalt nivå. Samarbeidsmidlene har i stor grad gått til praksis og praksismodeller. Man har jobbet mot å få større andel av forskningspotten, og har tenkt at samarbeidsmidlene kan brukes til å bygge opp mot slike midler ved å heve kompetansen i praksisfeltet. Helse Midt-Norge har jobbet mye med å få midler inn i organet, men det er vanskelig å skille ut en egen effekt av samarbeidsmidlene. Samarbeidsorganet har mange oppgaver, og trenger midler for å få til dette. Blant annet driftsmidler og saksbehandlerstøtte. Samarbeidsmidlene løser ikke de store problemstillingene angående samarbeidet, for å gjøre dette på kostnadene til hele utdanningsoppgaven som pålegges helseforetakene og hvordan de fordeles og finansieres undersøkes og evalueres. Helse Midt-Norge fremholder at det kunne vært ønskelig med andre modeller for praksisplasser og kostnader på dette. Samtidig understrekes det også at ordningen bør fortsette samtidig med arbeidet med å utvikle nye praksismodeller. Selv om samarbeidsmidlene i sum ikke utgjør særlig mye penger er de viktige, og det understrekes at det vil være en "katastrofe" om de forsvinner.

I Helse Nord påpekes det også at det i liten grad ha fulgt med ressurser til å administrere arbeidet samarbeidsorganet er pålagt med ordningen. Det oppgis at dette også har vært varierende på lokalt nivå, og at det finnes noen suksesshistorier, men at dette varierer mye.

I Helse Sør-Øst legges det vekt på at i og med at midlene er plassert i høyskolenes budsjetter har det hatt lite innvirkning på arbeidet i samarbeidsorganet. Det ble ved innføringen av ordningen forsøkt å trekke inn en pott til organets disposisjon, men dette gikk ikke utdanningsinstitusjonene med på. I og med at samarbeidsorganet ikke har hatt midlene eller særlig innflytelse over midlene, opplever de også at midlene ikke har kunnet hatt særlig innflytelse på arbeidet i samarbeidsorganet.

I Helse Vest argumenteres det på samme vis: ordningen med samarbeidsmidler har ikke hatt noen innflytelse, i og med at det ikke har vært forvaltet midler i samarbeidsorganet. Det sies at samarbeidsorganet i regionen ikke tok den oppgaven den ble tildelt.

Problemer med å skaffe praksisplasser som følge av omleggingen ble trukket frem av en del av utdanningsinstitusjonene og av 40 % av studielederne. At dette er et problem som har oppstått ved enkeltinstitusjoner og ikke i hele regioner understrekes av svarene til de regionale helseforetakene. Alle fire oppgir at dette varierte lokalt. I Helse Nord oppgis det at det kanskje i større grad var problemer med kvaliteten på veiledningen som oppsto, enn kvantiteten, altså praksisplasser. I alle regionene oppgis det også at problemer med praksisplasser var et overgangsfenomen, som oppsto i starten, men som gikk seg til etter hvert. At problemet ikke vedvarte skyldes blant annet at helseforetakene er pålagt å drive med opplæring og stille praksisplasser til rådighet.

De regionale helseforetakene finner det nærmest umulig å svare på om ordningen har ført til bedre samarbeid mellom høyskolene og praksisstedene, bedre praksisopplegg og praksisveiledning, bedre integrering av teori og praksis i utdanningene og mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid i utdanningsinstitusjonene. Ordningen har blitt forvaltet i lokale avtaler og prosjekter, og det ikke har fremkommet i rapporteringen, i den grad rapportering har forekommet, hvorvidt utviklingen har vært slik man har ønsket. Det blir også sagt at det på alle disse områdene nok har skjedd en positiv utvikling, men at det er vanskelig å si hva som skyldes samarbeidsmidlene i seg selv, og hva som er generelle tendenser og eventuelt effekter av andre tiltak.

Hva mener de regionale helseforetakene at bør skje videre med ordningen? Helse Midt-Norge argumenterer for at ordningen helt klart bør fortsette, og at det bør arbeides med å utvikle nye praksismodeller. Dette er veldig viktig med tanken på antall studenter som kommer, og med tanke på kompetanseutfordringene som vil oppstå i helse-Norge. Forsknings og utviklingsarbeid bør styrkes. Midlene er viktige for å knytte utdanning, forskning og yrkesliv sammen. Et slikt fokus på økt sammenheng er viktig å styrke, da det vil stilles høye krav i helsesektoren fremover.

Helse Sør-Øst er mer kritisk i sin vurdering. Her beskrives ordningen som svak, og i og med at pengene ikke ligger hos samarbeidsorganet opplever man ikke å ha noen innflytelse på ordningen. Hvis dette skal endres må midlene overføres til samarbeidsorganet. En slik ordning diskuteres også av Helse Vest, og det pekes på at det er en vanskelig konstruksjon å legge midlene ut på tvers. Problemet er at det ikke er én pott med midler, men spredt utover mange forskjellige utdanningsinstitusjoner. Dette gjør at den sikkert fungerer godt lokalt i mange tilfeller, men ikke som en regional ordning. Samarbeidsorganet kan ikke stå som ansvarlig for midler som ligger i andre budsjetter. Samtidig understrekes det fra Helse Vests side at det ikke er ønskelig å disponere midlene. Det er en bedre ordning om høyskolene formelt

sett gjøres ansvarlig for rapportering av bruk av midlene, men at dette gjøres i samarbeid med aktuelle helseforetak, og at samarbeidsorganet får kopi av rapportene. I praksis minner denne modellen mye om beskrivelsen av arbeidet i Helse Sør-Øst.

Helse Nord mener at midlene er en positiv ordning som hjelper til å skape et tydeligere trykk på samarbeidet. Men det er et problem at det kan oppfattes som høyskolenes private midler som skal forvaltes der. Ordningen har gode intensjoner, men den burde kanskje hatt et større omfang. Mange utdanningsinstitusjoner opplever begrenset spillerom. Fremover bør forvaltningen foregå lokalt, med regionale styringer.

5.5 Generelt inntrykk av arbeidet med samarbeidsmidler i samarbeidsorganene

De regionale helseforetakene opplever seg selv som langt unna selve arbeidet som foregår, og synes det er vanskelig å ta stilling til og vurdere arbeidet som har foregått på lokalt nivå. De har også i liten grad vært holdt orientert om arbeidet, og kan sånn sett sies ikke å ha fått den rollen de var tiltenkt i utgangspunktet. Bare Helse Sør-Øst har hatt en fast arbeidsform med ordningen, som også har blitt fulgt opp av utdanningene. Ingen av de regionale helseforetakene oppgir at departementene har fulgt opp ordningen, eller etterspurt rapporter om bruk av midlene.

6 Departementenes vurdering

Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet var ansvarlige for overgangen fra ordningen med praksisveiledningsmidler til samarbeidsmidler. Det ble bestemt at høyskolene skulle rapportere på bruk av midlene til Kunnskapsdepartementet, mens de regionale samarbeidsorganene skulle rapportere videre til Helse- og omsorgsdepartementet. På bakgrunn av informasjonen som kom frem fra studieledere, regionale helseforetak og institusjonene ble samtalene med departementene rettet mot å høre deres syn på hvordan ordningen har fungert, hvordan rapporteringen har fungert og hvorfor den ikke har vært etterlyst fra departementene, og hvordan man ser for seg videreføringen av ordningen. Representantene fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har ikke jobbet i departementet siden innføringen av ordningen, men kjenner ordningen fra andre stillinger i feltet.

Kunnskapsdepartementet oppgir at det har ikke vært noen systematisk oppfølging fra departementet, og dermed har det vært varierende rapportering. Helse Sør - Øst oppleves som flittigst til å rapportere. Noe av grunnen til at Kunnskapsdepartementet ikke har etterspurt rapportering har vært en vekslende bemanning i departementet, og at det ikke har vært noen med et klart definert ansvar for ordningen. Rapporteringen har dermed blitt tilfeldig, og oppfølgingen fra departementet har også blitt tilfeldig.

Kunnskapsdepartementet oppgir at overgangen fra veiledningsmidler til samarbeidsmidler nok kom brått på for utdanningsinstitusjonene, selv om de aller fleste visste at noe kom til å skje med den daværende ordningen. Det var skjevheter i systemet som måtte rettes opp, blant annet at kommunene kom dårlig ut.

Fra Helse- og omsorgsdepartementet oppgis det at det i noen grad har blitt rapportert på bruk av samarbeidsmidlene, men dette har ikke blitt fulgt opp. I den siste omorganiseringen – samhandlingsreformen – ble de som hadde ansvar for utdanning og personell samlet i én seksjon i

departementet, mens de før jobbet i forskjellige avdelinger. Totalt er det fire personer i avdelingen i dag. Disse er relativt nye på området, og selv om de kjenner til ordningen har det vært lite oppfølging av den. Samtidig hevdes det at dette ikke betyr at man ikke har fulgt opp ordningen. Praksis har vært beskrevet i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene, og rapporteringen som har kommet tilbake har båret tydelig preg av å inkludere samarbeidsprosjekter som hører til samarbeidsmidlene, selv om dette ikke er spesifisert

Fra Helse- og omsorgsdepartementet understrekes det også at det er samlet lite kunnskap om hvordan ordningen har fungert i kommunene, samtidig som kommunene er et viktig felt med tanke på blant annet samhandlingsreformen. Det etterlyses praksisplasser i kommunene, men det er en oppfatning at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten går bra. Det oppgis at dette kan skyldes at det går en rett linje fra departementet til det regionale helseforetaket gjennom oppdragsdokument og foretaksrapport. Tilsvarende linje/styring finnes ikke for kommunene.

På spørsmål fra NIFU om man burde få inn samarbeidsmidlene i oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene oppgir Helse- og omsorgsdepartementet at det ikke er vurdert som så nødvendig. Det er ikke nødvendigvis penger og prosjekter man ønsker informasjon om, men den praktiske nytten. Og den oppgis det at man får kjennskap til gjennom rapporteringen som allerede foregår fra de regionale helseforetakene.

Selv om Helse- og omsorgsdepartementet *vet* lite om hvordan denne ordningen har foregått i kommunene, har man i departementet *inntrykk av* at det er mye som foregår. Utfordringene som trekkes frem med tanke på å få opp samarbeidsprosjekter knyttes i stor grad til kompetanse i kommunene. Har man den tilstrekkelige kompetansen for å aktivt delta i ordningen?

Samarbeidsorganenes rolle i arbeidet med samarbeidsmidlene oppfattes som varierende av departementene. Kunnskapsdepartementet oppgir at det ved mange utdanningsinstitusjoner og helseforetak ønsket brudd med tidligere tradisjoner, mens andre steder har vært forsiktige og ikke gått så raskt frem. Helse Sør-Øst trekkes frem som en organisasjon der man har lagt opp til at det skulle bli en endring og har gjennomført den deretter.

Helse- og omsorgsdepartementet opplever at samarbeidsorganet har vært lite synlige for departementet, i og med at samarbeidsorganene ikke har noen egentlig linje til departementet. Departementet har dermed lite føling med arbeidet med samarbeidsmidler som har foregått der. Det spørres om det kanskje ikke hadde vært like greit med rapportering direkte fra de regionale helseforetakene i stedet? Disse viser til at samarbeidet med utdanningsinstitusjonene fungerer bra i sin rapportering.

I Kunnskapsdepartementet tror man at midlene har bidratt til bedre samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisarenaene. Mange steder var det et tett samarbeid fra før, men samarbeidet fikk en ny giv i og med ansvarliggjøringen som lå i ordningen med samarbeidsmidler. Helse Midt-Norge trekkes frem som et eksempel på en institusjon med godt engasjement, og som har gått systematisk igjennom hele helseforetaket for å se hvordan mulighetene i ordningen kunne utnyttes bedre. Blant annet ble det opprettet en kontaktperson med institusjonsansvar. Samtidig er det kanskje

et inntrykk av at det var en energi i begynnelsen som har dabbet litt av. En utfordring i dette var at det var en vanskelig overgang fra individansvar til institusjonsansvar. Før kunne praksisarenaene takke nei til å ta i mot praksisstudenter på grunn av langtidssykemeldinger eller andre bemanningsutfordringer i personalet. Det er ikke mulig lenger, i og med at institusjonene er mer bundet, og det trekkes frem som en positiv utvikling.

Departementene har ikke diskutert en styrking av ordningen siden den ble innført. Det eneste unntaket fra dette var i forbindelse med finanskrisen, da nye studieplasser ble opprettet. Dette medførte at helseforetakene ville ha mer penger for fler studenter, og dette ble diskutert av departementene. Man konkluderte da med at hele sakskomplekset omkring praksis var for komplekst til en rask løsning, og at man for å gjøre grep må gå gjennom hele omfanget og organiseringen av praksis. Dette blir gjort i forbindelse med arbeidet til en kommende stortingsmelding.

Når det gjelder departementenes syn på videreføring av ordningen, så oppgir Kunnskapsdepartementet at dette er noe som kommer i forbindelse med den nevnte stortingsmeldingen og gjennomgangen av ordningen der. Helse- og omsorgsdepartementet oppgir at dersom ordningen skal videreføres er det svært viktig å ha spesielt fokus på kommunene. Det finnes arenaer for å holde kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningene, men ikke med kommunene, og dette må gjøres noe med.

Kommunene styres av andre lovverk, og styres også på andre måter, og dette gir store utfordringer. For Helse- og omsorgsdepartementets del innebærer dette at de ikke har en direkte styringslinje til kommunene på samme måte som de har til de regionale helseforetakene. Måten departementene kan påvirke arbeidet med kommunesektoren er dermed blant annet gjennom å styre de regionale helseforetakene. Dette er gjort gjennom oppdragsbrevene, for eksempel ved å understreke i oppdragsbrevet til Helse Sør-Øst at kommunene skal inkluderes: "I 2011 hvor samhandlingsreformen forberedes blir det svært viktig å utnytte etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner på en god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunene om utdanningsbehov og praksis bør vurderes."

Oppsummert tyder informasjonen fra departementene på at de i liten grad har fulgt opp ordningen med samarbeidsmidler, og i liten grad fått informasjon om arbeidet med ordningen som har pågått. Samarbeidet med kommunesektoren pekes ut som en utfordring fremover, og det diskuteres hvordan de regionale samarbeidsorganene skal forholde seg til dette. Til en viss grad virker det som om departementene har valgt å ikke forholde seg til den eksisterende ordningen, men vente på en endring og nye forslag i forbindelse med den kommende stortingsmeldingen om utdanning for velferstjenestene. I og med at ordningen ikke har vært fulgt opp av departementene må synspunktene på ordningen forstås som personlige synspunkter på ordningen, ikke departementenes samlede erfaringer.

7 Erfaringer fra kommunene

Kommunesektoren har i de foregående kapitlene blitt pekt ut både som vanskelig og viktig i arbeidet med ekstern veiledet praksis i helse- og sosialfagene. Midlene ser ut til å i stor grad bli brukt innen spesialisthelsetjenesten, og antall prosjekter er også klart størst her. Å undersøke kommune-norges erfaringer som praksisarenaer på en systematisk måte ville vært for omfattende for denne evalueringen, i og med det store antallet kommuner, og det store antallet praksisplasser som da måtte undersøkes. For å likevel få et bilde av hva som kan sies å være viktig for å få til et godt samarbeid med kommunene har to studieledere blitt spurt om sine erfaringer med samarbeidet med kommunene, og hva som skal til for å få det til å fungere godt. Formålet med dette er dermed ikke å forsøke å tegne et bilde av hvordan samarbeidet med fungert i kommune-norge. Ut fra resultatene i de andre kapitlene kan vi slå fast at dette har variert. Formålet med kapitlet er heller å tegne et bilde av noen tilnærminger som kan sies å ha fungert i samarbeidet med kommunene, altså en "best practice" tilnærming. Studielederne er valgt ut på bakgrunn av at de i spørreskjemaet til studielederne (kapittel 4) oppga at samarbeidet med kommunene fungere svært godt ved deres utdanning.

7.1 Gode erfaringer fra Bergen

Den ene studielederen er studieleder ved sosionom og vernepleierutdanningene ved Høgskolen i Bergen, og har vært instituttleder i åtte år:

Arbeidet i Bergen er organisert på den måten at man har satt sammen en samarbeidsgruppe som består av de to private sykepleieutdanningene i tillegg til sosionom- og vernepleierutdanningen, pluss et par institutter. Søknaden om samarbeidsmidlene kommer som en samlet bunke til denne gruppen, uavhengig av hvilken arena eller hvilket praksisområde det hører til. Gruppen lager deretter en innstilling som dekanene fra de tre utdanningene tar stilling til. Det er en saksbehandler som arbeider med fremstilling av sakene, og ordningen fremstår som relativt lite byråkratisk.

Ved utdanningen arbeider man med å komme i kontakt med folk i Bergen kommune som kan ha interessante prosjekter. I noen tilfeller er det utdanningen som initierer samarbeidet, i andre tilfeller er

det kommunen. Søknadsprosessen for å få prosjektmidler fra samarbeidsmidlene er slik at det lyses ut midler en gang i året, med frist i april, for det kommende studieåret. Denne forutsigbarheten gjør det mulig å etablere samarbeid der man mener det er interessant. Det er de ansatte ved høyskolen som skriver selve søknaden, og kommunene er stort sett prosjektledere. I noen tilfeller er det også delt prosjektledelse mellom utdanningen og kommunen. Hjemmesykepleie og sykehus får naturlig nok mange prosjekter på grunn av størrelsen på utdanningene, men også barnevern og sosialsektoren får mange prosjekter.

Når en søknad er innvilget etableres en prosjektstyringsgruppe, bestående av representanter fra kommune og utdanning, som har ansvar for å drive prosjektet fremover. Prosjektleder har ansvar for faglig styring av prosjektet i tillegg til budsjettansvar for samarbeidsmidlene. I de tilfeller der kommunene har prosjektledelsen og budsjettansvaret overføres midlene til kommunen og forvaltes der.

Prosjektene som har vært gjennomført har vært i sosialtjenesten, spesielt i forhold til rusomsorg, botilbud og brukermedvirkning; de har vært rettet mot fagutvikling i bofellesskap for utviklingshemmede, nettverksbygging for utviklingshemmede; dagsenter for eldre demente og nye typer avlastningstiltak. Prosjektporteføljen kan altså sies å være forholdsvis bred. Det har også vært prosjekter på tverrfaglig samarbeid i barnevern, i samarbeid med helsesøster.

Samarbeidsmidlene har vært med på å skape ordnede forhold, sikrere finansiering og langsiktige prosesser i samarbeidet. Det var samarbeid med kommunene også før ordningen kom i gang, men den gang fantes det ikke økonomiske midler som kunne sikre og understøtte arbeidet. Prosjekter har også blitt videreført utover prosjektperioden. Det største prosjektet som har vært gikk over to år, og har siden blitt videreført og knyttet til FoU-midler i stedet. Det har ikke vært noen nødvendig link mellom FoU-midler og samarbeidsmidler, eller mellom FoU og samarbeidsprosjekter, men i dette tilfellet ble altså arbeidet videreført. Gjennom UH-nett Vest (Universitets- og høgskolenettet på Vestlandet) har det også vært arbeidet for å få prosjektmidler til større prosjekter, med utgangspunkt i samarbeidsmidlene. Dette har ikke lyktes enda, men arbeidet vil fortsette. Det oppleves også slik at kommunen har blitt mer og mer interessert i samarbeidsmidlene og prosjektene, og interessen har også økt blant de tilsatte. Det er også en opplevelse at samarbeidsmidlene har gitt en effekt på samarbeid utover de aktuelle prosjektene. Spesielt når det gjelder samarbeid om praksisplasser har dette vært tydelig. Dette var jo et av de store stridstemaene i starten, men kontakten som har kommet blant annet gjennom samarbeidsmidlene har medført at dette har gått greit etter hvert.

Det er flere betingelser som må være på plass for at samarbeidsmidlene skal fungere godt som ordning. Det må på begge sider være engasjerte folk, som kan avsette tid, og som brenner litt for tematikken i prosjektene. Der dette har vært til stede har prosjektene fungert best. Videre er det viktig at det er støtte i ledelsen på kommunal side, og at man på kommunal side dermed får avsatt tid. I ordningen med samarbeidsmidler (kontra veiledningsmidlene i den gamle ordningen) har man i liten grad penger for å frikjøpe folk, derfor er lokal forankring viktig, slik at det settes av tid og ressurser også lokalt. Det er også viktig å ha prosjekter som kan gå over flere år, ett år er kort i en prosjektsammenheng. Ved høyskolen vurderer man generelt å gå over til toårsperioder i stedet for dagens ordning der man søker på nytt etter ett år, og der gode prosjekter vanligvis får midler i to år hvis de rapporterer. En slik mulig omlegging er basert på tilbakemelding fra de som har deltatt i prosjektene.

7.2 Gode erfaringer fra Østfold

Den andre studielederen er studieleder ved barnevern, sosialt arbeid og vernepleie ved Høgskolen i Østfold, og har vært i stillingen i siden 1999:

Ved utdanningen har man organisert arbeidet omkring samarbeidsmidlene på en lignende måte som man har gjort i Helse Sør-Øst, ved å etablere et koordinatorforum der de store kommunene er representert. Samarbeidet med Fredrikstad har vært svært vellykket, og det har også vært jobbet litt med Sarpsborg, men dette samarbeidet har ikke vært like formalisert. Man har også jobbet med å etablere møteplasser for samarbeid med NAV. Dette er også et viktig felt.

Det er representanter fra Halden, Sarpsborg og Fredrikstad kommune som er representert i møtene der fordelingen av samarbeidsmidlene avgjøres. Denne gruppen innstiller og tar avgjørelsene om hvilke prosjekter som får midler. Ordningen ble etablert i 2006 i forbindelse med overgangen til samarbeidsmidler, og man har sørget for faste søknadsfrister og klare tildelingskriterier basert på retningslinjene som ble lagt til grunn ved overgangen til ordningen.

Det er utarbeidet egne skjemaer for rapportering og styring av prosjektene, dette er gjort av økonomiavdelingen ved høyskolen. Økonomiavdelingen har også bidratt til utarbeidelsen av budsjetter i søknader, dette har vært veldig viktig for søknadene. Prosjektledelsen er stort sett fra høyskolene, men det har også vært prosjektledelse fra praksisfeltet, og dette har også vært svært vellykket.

Et av de store bidragene til ordningen og etableringen av avtalene har vært etableringen av fastere avtaler med praksisstedene. Det har hjulpet til å gå bort fra private, personlige avtaler, og heller gå over til et virksomhetsansvar. Dette har også medført en endring i praksisfeltet, der man er klar over at man skal ha studenter i praksis, og man er klar over hvor mange studenter det er snakk om. Det gir selvfølgelig også en indikasjon på hvor mange studenter utdanningen kan planlegge å ha per praksissted.

Mye av samarbeidet med praksisfeltet var jo etablert fra før, i det at man hadde enkeltprosjekter med enkeltvirksomheter. Det var da særlig noen virksomhetsledere som var engasjerte, og samarbeidet var basert på interesse fra disse. Det var særlig i to store virksomheter det foregikk prosjekter, som også involverte studentprosjekter, og dette spredde seg og genererte en viss interesse utenfor virksomheten også. Men samtidig ble dette også veldig sporadisk. Med ordningen med samarbeidsmidler har det blitt mer system, og mer organisert, og på riktigere administrativ nivå. De ansvarlige er nå med i koordinatorforum, man er ikke bare henvist til å samarbeide med de interesserte.

I forbindelse med etablering av ordningen har man også hatt veilederkurs på 10 studiepoeng, som har vært dekket av samarbeidsmidlene. Dette har jo vært et spleiselag, og kommunene, som ofte har dårlig råd, har kun vært nødt til å dekke vikarutgifter, ikke noe mer. Det har vært god søkning til disse kursene.

De viktigste kriteriene for å få til et godt samarbeid med kommunene er for det første god informasjon om ordningen. Dette er fortsatt ikke bra nok i dette tilfellet. Det arrangeres et høstmøte med informasjon om ordningen, og også et oppfølgingsmøte senere på høsten, der søknadene til samarbeidsmidlene er

det viktigste. Dette skjer altså i god tid før søknadsfristen 1. mars. Det kreves tid for å lage gode søknader, og tid er mangelvare både i praksisfeltet og på høyskolene. Det er umulig å lage en god søknad på fjorten dager eller en måned. Det er viktig å skape kontakt mellom praksisfelt og høyskole, slik at samarbeidet kan settes i gang. Det kommer jo frem på den måten at der det er flest studenter er det også mest kontakt og flest prosjekter. Størrelse har altså noe å si. Her er det også en viss forskjell på kommunene, det er ikke alle kommuner som er like interessert i samarbeid. Det er viktig med en lokal forankring for at resultatet skal bli bra.

7.3 Oppsummering

Begge studielederne oppgir at det å etablere faste, tydelige rutiner med lokal forankring er svært viktig for å få til et godt samarbeid. Informasjon til kommunene, samt det å etablere et godt samarbeid med lokal forankring på praksisplassene, er også med på å skape gode forutsetninger for et godt samarbeid. Begge studielederne trekker frem fordelene ved at det med omleggingen til samarbeidsmidler ble mulig å etablere langsiktige avtaler som ikke var knyttet til enkeltpersoner. Praksisfeltet må ha en egeninteresse i prosjektet, som gjør at det blir avsatt ressurser, særlig i form av tid. Dette gjør at man må arbeide målrettet med å finne gode samarbeidspartnere.

8 Oppsummering og diskusjon

Samarbeidsmidlene ble innført med det formål å skape

- bedre samarbeid mellom høyskolene og praksisstedene, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (både offentlig og privat);
- bedre praksisopplegg og praksisveiledning i praksisfeltet
- bedre integrering av teori og praksis i utdanningene,
- mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid i utdanningsinstitusjonene.

Har ordningen tilrettelagt for dette? Bildet som kommer frem i denne rapporten må sies å være variert. Det ser ut til å være stor variasjon mellom utdanningsinstitusjoner og utdanninger på institusjonene i synet på hvordan ordningen har fungert, og i hvilken grad man har fulgt opp ordningen slik den var tenkt. Rapportering på bruk av midlene har i liten grad foregått, og har i varierende grad blitt etterlyst.

Åtte av 27 utdanningsinstitusjoner (30 %) oppgir at de har fått større problemer med å skaffe praksisplasser som følge av ordningen. 40 % av studielederne svarer på samme måte at de har fått nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser som følge av ordningen. Samtidig virker det som fortsatt betaling for praksisveiledning, altså videreføring av den gamle ordningen, kun i liten grad har blitt brukt som en løsning på problemene. I de tilfeller betaling er brukt gis det uttrykk for at det har blitt gjort som en overgangsordning for å løse problemer som har oppstått.

Blant studielederne, som er de som har hatt tettest erfaring med arbeidet med ekstern veiledet praksis, oppgir totalt 57 % at ordningen har ført til større interesse for praksisnær forskning og utviklingsarbeid, 57 % oppgir at flere er involvert i samarbeidet med praksisfeltet enn tidligere, mens bare 8 % oppgir at den ikke har hatt noen effekt på personalet.

Studieledernes svar viser også at det er stor variasjon mellom utdanningene og hvilket praksisfelt de forholder seg til om ordningen har fungert etter hensikten. Sykepleiestudieledere oppgir at

praksisoppleggene har blitt bedre i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Men studielederne i sosialfagene opplever ikke at samarbeidet med barneverntjenesten og NAV har bedret seg like mye.

Sosialfag og sykepleie fremstår generelt som ytterpunktene i vurderingen av ordningen: studielederne fra sosialfag er jevnt over de mest negative, mens studielederne fra sykepleie er jevnt over de mest positive. Svært få av studielederne oppgir at ordningen bør avvikles. I alle utdanningsgruppene er det flest som sier at ordningen bør styrkes for å sikre mer midler til forskningsbaserte prosjekter.

Tilsvarende mønster kommer også frem i svarene fra utdanningsinstitusjonene. Det oppgis at det er sykepleie og kommunal helse- og omsorgstjeneste som har størst bedring i samarbeidet med praksisfeltet, og det er der i disse praksisarenaene praksisveiledningen og praksisopplegget oppgis å ha blitt bedret.

Det er stor variasjon mellom institusjoner i hvor store summer samarbeidsmidlene utgjør. Dette medfører at det er store forskjeller i hvor store summer man bruker per student. Dette henger selvsagt sammen med hvilke utdanningsgrupper som studerer ved institusjonen, og hvor mye praksis disse gruppene har.

De regionale samarbeidsorganene var tildelt en klar rolle i innføringen av ordningen, men informasjonen som er hentet inn viser at de har spilt en ganske uklar rolle. Dette kommer godt frem i tabell 3-6, der beskrivelsen av samarbeidsorganets rolle i tildelingene av samarbeidsmidler varierer stort mellom utdanninger innen samme helseforetak. Det ble ved innføringen av ordningen sagt at samarbeidsorganene skulle "vurdere og prioritere mellom de ulike prosjektene". Det har ikke skjedd i noe tilfelle, det har heller blitt overlatt til lokale avtaler mellom utdanningene og helseforetak. Fra de regionale helseforetakene understrekes det at dette i og for seg er en grei løsning som kan institusjonaliseres ytterligere, og at de regionale samarbeidsorganene kan holdes informert gjennom rapporter. Unntaket er Helse Sør-Øst, som argumenterer at midlene bør overføres til samarbeidsorganet og fordeles derfra. At samarbeidsorganet ikke forvalter midlene gjør at man i Helse Sør-Øst beskriver ordningen som svak.

Rapportering og tydeliggjøring av hva midlene har blitt brukt til kan sies å være et punkt som klart kan forbedres. Kun i Helse Sør-Øst har det vært en fast årlig rapportering som har vært oppe til diskusjon i det regionale samarbeidsorganet. At samarbeidsorganene ikke har mottatt rapporter og hatt disse som saker på møtene må ikke bare sees som manglende oppfølging fra samarbeidsorganenes side. I mange tilfeller har samarbeidsorganene etterspurt rapporter uten å få det fra utdanningene. I denne evalueringen har vi også bedt institusjonene sende inn oversikter over alle prosjekter i perioden. 19 av utdanningsinstitusjonene leverte slike lister, og mange fremstår som gjennomarbeidede rapporter som er laget uavhengig av forespørselen ved denne evalueringen. Det virker dermed som høyskolene selv har en ganske god oversikt over hva samarbeidsmidlene har blitt brukt til, men ikke har innrapportert til samarbeidsorganene. Hva som er årsaken til at de andre åtte utdanningsinstitusjonene som har deltatt i evalueringen ikke har svart vites ikke. Institusjonene som ikke innførte egne budsjettposter for samarbeidsmidler ved innføringen av ordningen er ikke de samme som ikke har levert oversikter.

Ordningen har også i beskjeden grad blitt fulgt opp fra departementene. Helse- og omsorgsdepartementet oppgir at de har hatt en viss oversikt over hvordan midlene har blitt benyttet gjennom rapporteringen som følger av de regionale helseforetakenes oppdragsdokument, men ingen av departementene har hatt en tydelig plan for oppfølging av ordningen med samarbeidsmidlene, og ansvaret for dette har ikke vært klart plassert i departementene. Årsakene som oppgis er personalendringer, omorganisering og uklar ansvarsfordeling.

Kommunesamarbeidet er noe av det mest sårbare i ordningen. Resultatene tyder på at de store utdanningene, med dermed større ressurser, også opplever at samarbeidet har blitt bedre. Utdypende intervjuer med studieledere som har gode erfaringer med samarbeid med kommunene viser at å etablere faste, tydelige rutiner med lokal forankring i praksisfeltet har vært viktig for å få til et godt samarbeid. Informasjon til kommunene, samt det å etablere et godt samarbeid med lokal forankring på praksisplassene, er også med på å skape gode forutsetninger for et godt samarbeid. Det understrekes at det ved overgangen til samarbeidsmidler ble mulig å etablere langsiktige avtaler som ikke var knyttet til enkeltpersoner. Kommunene som praksisfelt må ha en egeninteresse i prosjektet, som gjør at det blir avsatt ressurser, særlig i form av tid. For å oppnå dette må man arbeide målrettet med å finne gode samarbeidspartnere. Det må understrekes at dette er tiltak som har fungert for kommunesamarbeidet i utdanningene disse to studielederne er ledere for. En større kartlegging av kommunenes erfaringer ville kanskje, og mest sannsynlig, gjort at det hadde kommet frem både tiltak som fungerer og ikke fungerer. En slik kartlegging har vært utenfor rammene til denne evalueringen.

Ordningen med samarbeidsmidler i stedet for praksisveiledningsmidler innebar en overgang fra en ordning der praksisarenaene fikk betaling per student, til en situasjon der institusjonene måtte konkurrere om midlene, i samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Studentene har krav på ekstern, veiledet praksis som en del av utdanningen sin, og ordningen innebærer at praksisfeltet har gått fra en betalingsituasjon til en konkurransesituasjon. Slikt sett er det ikke overraskende at funnene i denne rapporten viser at det er store utdanninger som samarbeider med store praksisfelt som får flest prosjekter og flest midler. Det er også bekymringsfullt at det er såpass store forskjeller mellom utdanningsinstitusjonene i hvor mye penger som brukes per student. Hva slags utslag dette faktisk gir for studentenes praksis er ikke dekket systematisk i denne rapporten, men kan også være en interessant problemstilling for andre undersøkelser.

8.1 Hva bør gjøres videre med ordningen?

Alternativene for ordningen med samarbeidsmidler, slik de er skissert opp i rapporten er:

- Bør avskaffes som ordning – midlene ligger i høyskolenes budsjett og bør ikke øremerkes
- Bør øremerkes fellesprosjekter der samarbeidet er svakt/må utvikles
- Bør styrkes for å sikre mer midler til forskningsbaserte samarbeidsprosjekter
- Annet

Det er få som foretrekker at ordningen avvikles, og det kommer frem at de fleste mener at ordningen bør styrkes og videreføres. Dette må nok også sees som et uttrykk for et ønske om at pengene som per

i dag brukes til praksis, altså de 54 millionene som utgjør samarbeidsmidlene, ikke skal forsvinne. På samme måte må nok også ønsket om å styrke ordningen forstås. Det trekkes frem at midler bør øremerkes for å oppnå de ønskede virkninger. For å sikre tilstrekkelige midler til sosialfagene og at alle midlene ikke ender i spesialisthelsetjenesten foreslås det at midler øremerkes med dette som formål. Kun syv av utdanningsinstitusjonene har oppgitt at de har styrket samarbeidsmidlene siden innføringen.

Utdanninger som har stor andel av praksis i spesialisthelsetjenesten ser ut til å få en stor andel av midlene. Dette skyldes både at dette i stor grad er store utdanninger med ressurser til personalet (som sykepleie), med omfattende praksis, og også at spesialisthelsetjenesten er en samarbeidspartner som har mulighet til å være med å etablere samarbeid og søke om prosjekter. Mindre utdanninger, med praksis i andre arenaer enn spesialisthelsetjenesten, opplever dette som et problem. Innføringen av ordningen med samarbeidsmidler skulle, i tillegg til å arbeide mot de målsettingene som ble diskutert tidligere, også være med på å sikre at de små utdanningene med praksis i blant annet kommunene ikke ble forfordelt. Dette ser i liten grad ut til å ha blitt resultatet av ordningen. I fremtiden bør forskjellige tiltak vurderes for å sikre at midlene når frem til disse områdene, for eksempel gjennom øremerking av midler i disse praksisarenaene, eventuelt gjennom å dele opp summen av samarbeidsmidler til forskjellige grupper. Å sikre at kommunene får en tydelig stemme opp mot utdanningsinstitusjonene, gjennom enten etablering av egne samarbeidsorgan eller inkludering i nåværende samarbeidsorgan bør også være et tydelig mål. Mye godt arbeid med dette er allerede i gang mange steder, blant annet som et resultat av Samhandlingsreformen, men bør vurderes i forbindelse med en diskusjon omkring ekstern veiledet praksis også.

De regionale samarbeidsorganene for helseforetak og høyskoler har i liten grad fått den rollen de var tiltenkt. Dette skyldes både at utdanningsinstitusjonene ikke har gitt samarbeidsorganene mulighet til å oppfylle denne rollen, samt at samarbeidsorganene ikke har noen kobling til utdanningsinstitusjonene som gjør at de kan pålegge institusjonene noe som helst. Samarbeidsorganenes uklare rolle er også noe av bakgrunnen for departementenes fraværende oppfølging av ordningen. I fremtiden bør man vurdere hva rollen til samarbeidsorganet bør være. To alternativer kommer frem i denne rapporten: enten å legge midlene formelt over til samarbeidsorganene og la fordelingen av samarbeidsmidlene skje der, eller å la midlene fordeles i lokale koordineringsråd, som rapporterer til samarbeidsorganene. Å flytte midlene fra høyskolenes budsjett og over til samarbeidsorganene vil neppe bli ansett som en god løsning fra utdanningsinstitusjonenes side. Heller ikke samarbeidsorganene ser ut til å ønske dette (med unntak av samarbeidsorganet i Helse Sør-Øst). Å styrke de regionale samarbeidsorganene er en viktig oppgave, men om det vil skje ved å overføre midler fra utdanningsinstitusjonene til samarbeidsorganene er tvilsomt, og det bør heller satses på andre virkemidler for å oppnå dette.

Dermed virker det som et mer realistisk alternativ å legge opp til en forvaltning av samarbeidsmidlene på et lokalt nivå, i samarbeidsfora der praksisarenaer og utdanningsinstitusjoner er representert. De regionale samarbeidsorganene vil være en viktig instans for rapportering, og kan viderebringe dette til departementene. Departementene bør også utvikle bedre rutiner og tydeligere ansvarsforhold med tanke på ordningen.

Litteratur

Frøseth, M. W., & Caspersen, J. (2008). Tilbakeblikk på utdanningen yrkesaktivitet, mestring av yrke, oppfølging i arbeidslivet og vurdering av utdanningen. Oslo: Høgskolen i Oslo. Senter for profesjonsstudier

Grønn, T. (2010). Fokus på praksisstudier og kvalitetssikring av praksis. Komparativ kartlegging og analyse av de av HiOs heltids bachelorstudier som har ekstern, veiledet praksis som krav i rammeplanen. Oppdrag fra rektoratet ved HiO. Oslo: Høgskolen i Oslo

Hatlevik, I. K. R. (2009). Avgangstudenten : studentenes vurdering av undervisning, praksis, studieforhold, tilegnet kompetanse, studieatferd og fremtidig utdanning. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier

Hatlevik, I. K. R., Caspersen, J., Vindegg, J., & Smeby, J.-C. (2011). Praksis og teori. En undersøkelse blant undervisningspersonalet ved fem profesjonsutdanninger. Oslo: Høgskolen i Oslo

Heggen, K. (2010). Kvalifisering for profesjonsutøving : sjukepleiar - lærar - sosialarbeidar. Oslo: Abstrakt forl.

Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier : en introduksjon. I Molander, A. og Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Munthe, E., & Ohnstad, F. O. (2008). Ensomme svaler? En studie av praksisskolelæreres rapportering om identitet, kollektivitet og gjennomføring av praksisopplæringsperioder. Norsk pedagogisk tidsskrift(6), 471-482

Stortingsmelding 30 (2008-2009). *Klima for forskning*. Kunnskapsdepartementet.

Stortingsmelding 47, 2008-2009. *Samhandlingsreformen*. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse og omsorgsdepartementet.

Vedlegg: Tabeller

V 1 Antall studenter per utdanning per institusjon.

Institusjon	Utdanning														Ant. BA-studenter per institusjon	Ant. videreutdannings-studenter per institusjon	Totalt antall studenter per institusjon
	Audiograf	Bioingeniør	Ergoterapeut	Farmasøyt /reseptar	Fysio-terapeut	Optiker	Ortopedi-ingeniør	Radiograf	Sykepleier	Tann-pleier	Tann-teknikker	Vernepleier	Barneverns-pedagog	Sosionom			
Betanien diakonale høegskole								210							210	120	330
Haraldsplass diakonale høegskole								243							243	0	243
Diakonhjemmet høegskole			86					465				216		374	1141	85	1226
Høgskolen i Akershus								358				570			928	186	1114
Høgskolen i Bergen		109	105		199		103	640				22		177	1355	249	1604
Høgskolen i Buskerud						57	57	402							516	516	1032
Høgskolen i Finnmark												105	210		315	20	335
Høgskolen i Gjøvik							70	680							750	24	774
Høgskolen i Harstad**								127				81	133		341	0	341
Høgskolen i Hedmark								587	23						610	110	720
Høgskolen i Lillehammer												188	268	239	695	66	761
Høgskolen i Molde								300				147			447	61	508
Høgskolen i Narvik								125							125	0	125
Høgskolen i Nord-Trøndelag				83				632				102			817	95	912
Høgskolen i Oslo		135	200	160	472		15	120	1423		47		463	339	3374	385	3759
Høgskolen i Sør-Trøndelag	96	170	188		186			111	581			251	225	242	2050	273	2323
Høgskolen i Telemark***								428				428	151		1007	93	1100
Høgskolen i Vestfold								347							347	407	754
Høgskolen i Østfold		76						475				228	118	146	1043	95	1138
Høgskolen i Ålesund		60						352							412	98	510
Høgskolen Stord-Haugesund								550							550	82	632
Høgskolen i Sogn og Fjordane								363				102	93	142	700	230	930
Høgskolen i Volda*																0	0
Universitetet i Agder		63						640				111		191	1005	44	1049
Universitetet i Nordland								595					132	138	865	106	971
Universitetet i Stavanger								527							527	126	653
Universitetet i Tromsø		45	57		94		57	339	36						628	188	816
Total	96	658	636	243	951	57	15	518	11389	59	47	2446	1688	2198	21001	3659	24660
Gjennomsnitt antall studenter per utdanning	96	94	127	122	238	57	15	86	475	30	47	204	188	220	808	136	913

*Har oppgitt at de har barnevernspedagog og sosionom, men ikke oppgitt antall studenter. Ikke tall for 2010 i NSD.

**Har ikke oppgitt utdanninger eller antall studenter. Tallene er derfor hentet fra NSD

***Tall for barnevernspedagogutdanning ikke oppgitt, tall hentet fra NSD

Ikke svar: Høgskolen Diakonova, Høgskolen i Nesna, Lovisenberg Diakonale Høgskole

V 2 Antall prosjekter som har mottatt prosjektstøtte fra "samarbeidsmidler i perioden 2007 til 2010, etter regionale helseforetak.

Regionale helseforetak		Hvor mange prosjekter har mottatt prosjektstøtte fra "samarbeidsmidler" i perioden 2007-2010?			
		2007	2008	2009	2010
Helse Sør-Øst	Gjennomsnitt	10	12	16	12
	N	11	11	12	12
	Minimum	2	2	2	4
	Maksimum	36	32	46	32
	Median	8	9	12	10
Helse Vest	Gjennomsnitt	10	10	14	18
	N	4	4	4	4
	Minimum	2	5	6	11
	Maksimum	23	21	24	28
	Median	8	8	14	17
Helse Nord	Gjennomsnitt	3	5	7	7
	N	4	5	5	5
	Minimum				
	Maksimum	6	9	13	15
	Median	3	4	6	6
Helse Midt-Norge	Gjennomsnitt	8	12	11	10
	N	4	4	4	4
	Minimum		4	7	5
	Maksimum	25	28	16	17
	Median	3	9	11	9
Total	Gjennomsnitt	8	10	13	12
	N	23	24	25	25
	Minimum				
	Maksimum	36	32	46	32
	Median	6	7	10	10

V 3 Antall prosjekter per utdanning.

Antall prosjekter per utdanning													
	Audio- graf	Bio- ingeniør	Ergoterapeut	Farmasøyt/ reseptar	Fysioterapeut	Optiker	Ortopedi- ingeniør	Radiograf	Sykepleier	Tann- teknikker	Vernepleier	Barnevernsp edagog	Sosionom
Gjennomsnitt	2,0	3,0	8,4	1,0	10,0	,0	,0	5,3	28,2	,0	6,6	3,3	6,0
N	1	6	5	1	4	1	0	6	23	0	12	7	8
Minimum	2	1	3	1	7	0	0	1	4	0	2	0	0
Maximum	2	4	24	1	12	0	0	17	98	0	19	8	19
Median	2,00	3,50	5,00	1,00	10,50	,00	,00	4,00	24,00	,00	4,00	2,00	4,50

V 4 "Ordringen har ført til bedre samarbeid". Etter praksisfelt

	Spesialist- helsetjenesten	Kommunal helse- og omsorgs- tjeneste	Privat sektor	Sosialtjenesten utenom NAV	Frivillig sektor	Andre arenaer	NAV	Barnehage/ skole	Barnevern
I liten grad	1	1	4	5	5	5	6	6	7
2	2	2	3	1	1	2	1	2	1
3	7	7	6	4	3	1	2	1	3
4	10	10	13	1	2	0	0	1	1
I stor grad	5	5	2	1	0	1	1	0	1
Ikke svar	2	2	16	16	18	18	16	17	14
Total	27	27	27	27	27	27	27	27	27

V 5 “Ordningen har ført til bedre praksisopplegg og praksisveiledning”, etter praksisfelt.

	Spesialist- helse-tjenesten	Kommunal helse- og omsorgs- tjeneste	Privat sektor	Andre arenaer	Sosialtjenesten utenom NAV	Frivillig sektor	NAV	Barnehage/ skole	Barnevern
I liten grad	1	1	4	4	6	6	6	6	7
2	2	2	3	1	0	1	1	1	0
3	5	8	1	1	6	1	2	2	2
4	14	11	0	0	0	0	0	0	1
I stor grad	2	2	1	1	0	1	1	1	1
Ikke svar	3	3	18	20	15	18	17	17	16
Total	27	27	27	27	27	27	27	27	27

V 6 Ordningen har ført til bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten, etter utdanningsgruppe

	Bedre samarbeid: Spesialisthelsetjenesten					Total
	I liten grad	2	3	4	I stor grad	
Helsefaglige teknologi- utdanninger	4	0	3	2	1	10
	40 %	0 %	30 %	20 %	10 %	100 %
Helsefaglige terapeut- utdanninger	2	1	5	2	3	13
	15 %	8 %	38 %	15 %	23 %	100 %
Sosialfag	4	0	3	2	0	9
	44 %	0 %	33 %	22 %	0 %	100 %
Tannpleie- fagene	1	0	0	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Sykepleie	0	2	2	7	2	13
	0 %	15 %	15 %	54 %	15 %	100 %
	11	3	13	13	6	46
	24 %	7 %	28 %	28 %	13 %	100 %

V 7 Ordningen har ført til bedre samarbeid med kommunal helse og omsorgstjeneste, etter utdanningsgruppe

	Bedre samarbeid: Kommunal helse- og omsorgstjeneste					Total
	I liten grad	2	3	4	I stor grad	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	2	1	0	0	0	3
	67 %	33 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	1	2	3	9	1	16
	6 %	13 %	19 %	56 %	6 %	100 %
Sosialfag	3	1	3	0	0	7
	43 %	14 %	43 %	0 %	0 %	100 %
Tannpleie-fagene	1	0	0	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Sykepleie	0	2	3	4	3	12
	0 %	17 %	25 %	33 %	25 %	100 %
	7	6	9	13	4	39
	18 %	15 %	23 %	33 %	10 %	100 %

V 8 Ordningen har ført til bedre samarbeid med barneverntjenesten, etter utdanningsgruppe

	Bedre samarbeid: Barneverntjenesten					Total
	I liten grad	2	3	4	I stor grad	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	2 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	1 20 %	0 0 %	2 40 %	1 20 %	1 20 %	5 100 %
Sosialfag	5 63 %	1 13 %	2 25 %	0 0 %	0 0 %	8 100 %
Tannpleie-fagene	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Sykepleie	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
	10 59 %	1 6 %	4 24 %	1 6 %	1 6 %	17 100 %

V 9 Ordningen har ført til bedre samarbeid med NAV, etter utdanningsgruppe

	Bedre samarbeid: NAV			Total
	I liten grad	3	4	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	2 100 %	0 0 %	0 0 %	2 100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	1 25 %	1 25 %	2 50 %	4 100 %
Sosialfag	2 40 %	2 40 %	1 20 %	5 100 %
Tannpleiefagene	1 100 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Sykepleie	1 100 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
	7 54 %	3 23 %	3 23 %	13 100 %

V 10 Ordningen har ført til bedre samarbeid med barnehage/skole, etter utdanningsgruppe

	Bedre samarbeid: Barnehage/skole					Total
	I liten grad	2	3	4	I stor grad	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	2	0	0	0	0	2
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	1	2	2	1	0	6
	17 %	33 %	33 %	17 %	0 %	100 %
Sosialfag	4	0	1	0	1	6
	67 %	0 %	17 %	0 %	17 %	100 %
Tannpleie-fagene	1	0	0	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Sykepleie	1	0	0	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	9	2	3	1	1	16
	56 %	13 %	19 %	6 %	6 %	100 %

V 11. Ordningen har ført til bedre samarbeid med privat sektor, etter utdanningsgruppe

	Bedre samarbeid: Privat sektor			Total
	I liten grad	2	3	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	2	1	0	3
	67 %	33 %	0 %	100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	3	1	2	6
	50 %	17 %	33 %	100 %
Sosialfag	6	1	0	7
	86 %	14 %	0 %	100 %
Tannpleie-fagene	1	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	100 %
Sykepleie	0	0	1	1
	0 %	0 %	100 %	100 %
	12	3	3	18
	67 %	17 %	17 %	100 %

V 12 Ordningen har ført til bedre samarbeid med frivillig sektor, etter utdanningsgruppe

	Bedre samarbeid: Frivillig sektor				Total
	I liten grad	2	3	I stor grad	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	1 17 %	2 33 %	2 33 %	1 17 %	6 100 %
Sosialfag	4 80 %	0 0 %	1 20 %	0 0 %	5 100 %
Tannpleie-fagene	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Sykepleie	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
	8 57 %	2 14 %	3 21 %	1 7 %	14 100 %

V 13 Ordningen har ført til bedre praksisopplegg med spesialisthelsetjenesten, etter utdanningsgruppe

	Bedre praksisop: Spesialisthelsetjenesten					Total
	I liten grad	2	3	4	I stor grad	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	3	1	2	4	0	10
	30 %	10 %	20 %	40 %	0 %	100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	2	3	5	1	1	12
	17 %	25 %	42 %	8 %	8 %	100 %
Sosialfag	3	2	0	4	0	9
	33 %	22 %	0 %	44 %	0 %	100 %
Tannpleie-fagene	1	0	0	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Sykepleie	0	1	3	7	2	13
	0 %	8 %	23 %	54 %	15 %	100 %
	9	7	10	16	3	45
	20 %	16 %	22 %	36 %	7 %	100 %

V 14 Ordningen har ført til bedre praksisopplegg med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter utdanningsgruppe

	Bedre praksisop: Kommunal helse- og omsorgstjeneste					Total
	I liten grad	2	3	4	I stor grad	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	1	0	0	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	2	4	3	6	1	16
	13 %	25 %	19 %	38 %	6 %	100 %
Sosialfag	2	2	1	1	0	6
	33 %	33 %	17 %	17 %	0 %	100 %
Tannpleie-fagene	1	0	0	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Sykepleie	0	0	3	6	3	12
	0 %	0 %	25 %	50 %	25 %	100 %
	6	6	7	13	4	36
	17 %	17 %	19 %	36 %	11 %	100 %

V 15 Ordningen har ført til bedre praksisopplegg med NAV, etter utdanningsgruppe

	Bedre praksisop: NAV				Total
	I liten grad	2	3	4	
Helsefaglige teknologiutdanninger	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Helsefaglige terapeututdanninger	0 0 %	0 0 %	3 75 %	1 25 %	4 100 %
Sosialfag	1 25 %	1 25 %	1 25 %	1 25 %	4 100 %
Tannpleiefagene	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Sykepleie	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
	4 36 %	1 9 %	4 36 %	2 18 %	11 100 %

V 16 Ordningen har ført til bedre praksisopplegg med barnehage/skole, etter utdanningsgruppe

	Bedre praksisop: Barnehage/skole				Total
	I liten grad	3	4	I stor grad	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	2 33 %	3 50 %	1 17 %	0 0 %	6 100 %
Sosialfag	4 67 %	1 17 %	0 0 %	1 17 %	6 100 %
Tannpleie-fagene	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Sykepleie	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
	9 60 %	4 27 %	1 7 %	1 7 %	15 100 %

V 17 Ordningen har ført til bedre praksisopplegg i barneverntjenesten, etter utdanningsgruppe

	Bedre praksisop: Barneverntjenesten				Total
	I liten grad	2	3	4	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	2 40 %	0 0 %	1 20 %	2 40 %	5 100 %
Sosialfag	5 63 %	1 13 %	1 13 %	1 13 %	8 100 %
Tannpleie-fagene	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Sykepleie	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
	10 63 %	1 6 %	2 13 %	3 19 %	16 100 %

V 18 Ordningen har ført til bedre praksisopplegg i privat sektor, etter utdanningsgruppe

	Bedre praksisop: Privat sektor			Total
	I liten grad	2	3	
Helsefaglige teknologi-utdanninger	1	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	100 %
Helsefaglige terapeut-utdanninger	2	2	3	7
	29 %	29 %	43 %	100 %
Sosialfag	5	0	0	5
	100 %	0 %	0 %	100 %
Tannpleiefagene	1	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	100 %
Sykepleie	1	0	0	1
	100 %	0 %	0 %	100 %
	10	2	3	15
	67 %	13 %	20 %	100 %

V 19 Ordningen har ført til bedre praksisopplegg i frivillig sektor, etter utdanningsgruppe

	Bedre praksisop: Frivillig sektor				Total
	I liten grad	2	3	I stor grad	
Helsefaglige teknologi- utdanninger	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Helsefaglige terapeut- utdanninger	0 0 %	1 20 %	3 60 %	1 20 %	5 100 %
Sosialfag	4 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	4 100 %
Tannpleie- fagene	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
Sykepleie	1 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	1 100 %
	7 58 %	1 8 %	3 25 %	1 8 %	12 100 %



DET KONGELEGE
UTDANNINGS- OG FORSKINGSDEPARTEMENT

KOP1

Statlige høyskoler
Private høyskoler med helse- og sosialfagutdanninger

Universitets- og høyskolerådet	
Dato 24/1-06	Saksnr. 06/20
Saksbeh. TRT	Dok.nr. 1
Måttode 405.5	

Deres ref

Vår ref
200500328/IWA

Dato
22.12.2005

Praksisundervisning for helse- og sosialfagstudenter ved statlige og private høyskoler

Dette brevet er utarbeidet i felleskap mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD) og sendes parallelt til de regionale helseforetakene og statlige og private høyskoler med helse- og sosialfagutdanninger. Brevet supplerer styringskrav formidlet i bestillerdokumentet til de regionale helseforetakene og tildelingsbrev til de statlige og private høyskolene.

Omlegging av praksisfinansieringen

Finansieringen av helseforetakenes utdanningsoppgaver inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. I tillegg har *Tilskudd til utdanning Kap 732 Post 78* vært et eget tilskudd til praksisfinansiering for medisinstudenter. I statsbudsjettet for 2006 (St.prp. nr. 1 (2005-2006), jf. Innst. S. nr. 11 (2005-2006)) ble *Tilskudd til utdanning*, for å sikre likeartet praksisfinansiering for studenter fra høyskoler og universitet, overført til de regionale helseforetakenes basisbevilgning. Tilskuddet utgjør 491,8 mill kroner i 2006. Helseforetakenes ansvar for praksisundervisning av medisinstudenter er imidlertid uendret.

Bakgrunnen for omleggingen av praksisfinansieringen var at Stortinget ved behandling av St. meld. nr. 5 (2003-2004) "Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten" ba om at meldingens forslag om "en mer likeartet praksisfinansiering" for studenter fra universiteter og høyskoler med praksisundervisning i helseforetakene ble påskyndet (jf. Innst. S. nr. 82 (2003-2004)).

Omlegging av "praksisveiledningsmidlene"

I forbindelse med omlegging av praksisfinansieringen ble også bruken av de såkalte "praksisveiledningsmidlene" vurdert. Dette var en ordning som ble etablert i 1992 for å bedre kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen. Midlene ble etter forpliktende avtaler mellom høyskolene og praksisstedene utbetalt til praksisstedene. Flere høyskoler etablerte tilsvarende ordninger for andre helse- og sosialfagutdanninger.

Praksisveiledningsmidlene har i noen grad utydeliggjort ansvarsforholdene mellom høyskolene og praksisstedene. I statsbudsjettet for 2006 endres bruken av praksisveiledningsmidlene. Dette innebærer at midlene blir videreført på samme nivå som tidligere, men skal benyttes til prosjekter/særskilte tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høyskolene og praksisstedene, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Den konkrete fordelingen av midlene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten gjøres utfra en samlet behovsvurdering.

NOKUTs reakkreditering av sykepleierutdanningen viste bl.a. at det er for lite kontakt mellom høyskolene og praksisstedene, og at teori og praksis er for lite integrert, samt at FoU-aktiviteter i for liten grad er rettet inn mot praksisfeltets behov. Tilsvarende gjelder trolig i ulik grad andre helse- og sosialfagutdanninger. Det legges til grunn, i samsvar med innarbeidet praksis ved flere høyskoler, at midlene benyttes til prosjekter/tiltak innen alle helse- og sosialfagutdanninger - også videreutdanninger.

Midlene skal som nevnt gis til prosjekter/tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høyskolene og praksisstedene. Det er en grunnleggende forutsetning at midlene gis til samarbeidsprosjekter, dvs fellesprosjekter mellom høyskolene og praksisstedene, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forsknings- og utviklingsarbeid. Aktuelle områder er bl.a. utvikling og dokumentasjon av praksismodeller, ulike hospiteringsordninger samt andre tiltak begrunnet i NOKUT-evalueringen.

Når det gjelder bruk av midler til samarbeidsprosjekter mellom høyskolene og helseforetakene, skal Samarbeidsorganene vurdere og prioritere de ulike prosjektene. Samarbeidsorganene skal også årlig rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet om arbeidet, samt hvordan midlene er nyttet.

Særlig om praksis i primærhelsetjenesten

Praksis i primærhelsetjenesten er også offentlig finansiert og kan prinsipielt sidestilles med spesialisthelsetjenesten, bl.a. ved at den har forpliktelse til å stille virksomheten til disposisjon for praksisopplæring. I lov om helsetjeneste i kommunene av 19. november 1982 § 6-1, 1. ledd heter det: "Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning." Det vises til dette og legges til grunn at det også i primærhelsetjenesten skal tilrettelegges for praksisplasser for helse- og sosialfagstudenter uten økonomisk kompensasjon fra høyskolene.

Uendret ansvars- og oppgavefordeling

Endringen i praksisfinansieringen bidrar til en likeartet praksisfinansiering for studenter i grunnutdanning med praksis i helseforetakene. Denne endringen, sett i sammenheng med endringen i bruken av "praksisveiledningsmidlene" bidrar til tydeligere ansvarsdeling mellom høyskolene og helseforetakene, og en klargjøring av at helseforetakene skal tilrettelegge for praksisplasser uten økonomisk kompensasjon fra høyskolene.

For å understøtte endringene og samtidig sikre ivaretagelse av kvalitative og kvantitative krav til praksisplasser, vil departementene understreke at endringene ikke innebærer endringer i gjeldende ansvars- og oppgavefordeling mellom høyskolene og helseforetakene. Dette innebærer at høyskoleansattes tilstedeværelse i praksis og praksisstedets veiledning av studentene må videreføres minimum på dagens nivå.

Etter instruks for de regionale helseforetakene skal det etableres samarbeidsavtaler mellom høyskolene og helseforetakene. Disse skal tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling for praksisundervisningen. Dette gjelder spesielt en klargjøring av ansvar, oppgaver og kompetansekrav i relasjon til praksisundervisningen for høyskoleansatte, samt for praksisveileder og kontaktperson i helseforetaket. Dette gjelder eksempelvis krav til høyskoleansattes tilstedeværelse ved praksisstedet og krav til praksisveileders veiledningskompetanse og egen yrkeserfaring som kliniker.

Praksisstedene skal videre, i samarbeid med høyskolen, tilrettelegge praksisundervisningen slik at studentene oppfyller læringsmålene for praksisperioden. Praksisundervisningen av helse- og sosialfagstudenter skal være lederforankret i de ulike ledd, og bidra til at dette arbeidet (herunder veiledning) er en integrert del av virksomheten ved praksisstedene.

Det vises for øvrig til styringskrav i bestillerdokumentene til de regionale helseforetakene.

Med vennlig hilsen

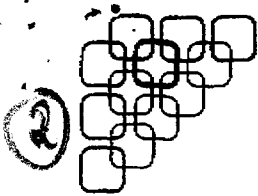


Toril Johansson (e.f.)
ekspedisjonssjef



Knut Sletta
avdelingsdirektør

Kopi: Universitetene
Universitets- og høgskolerådet



UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET

THE NORWEGIAN ASSOCIATION OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS

Vår dato:
24.01.06

Vår referanse:
06/20

Deres dato:

Deres referanse:

Saksbehandler:
Tor Rynning Torp

Kunnskapsdepartementet
Postboks 8119 Dep

0032 OSLO

Kommentarer til brev fra UFD datert 11.12.05 om Praksisundervisning for helse- og sosialfagstudenter ved statlige og private høyskoler

Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning har behandlet ovennevnte brev i sitt møte 24. januar d.å. Rådet har flere merknader til brevet..

Generelt:

Vi har merket oss at brevet er stilet til høyskolene. Ettersom også Universitetet i Stavanger har bachelorutdanninger innen helse- og sosialfag burde brevet vært stilet også til den institusjonen.

Brevets overskrift gir inntrykk av å omfatte både helse- og sosialfagstudenter. For oss ser det ut som om skrevet kun gjelder begge grupper når spesialisthelsetjenesten nevnes. Sosialfaglige studenter har vel bare i svært begrenset grad praksis i kommunehelsetjenesten.

Vi har notert oss at sosialtjeneste på kommunenivå ikke omfattes av skrevet. Særlig på bakgrunn av at det ikke foreligger noen lov hjemmel som pålegger sosialtjenesten å ta i mot studenter, anser vi dette som en alvorlig mangel ettersom det kan komme til å oppstå ulik praksis med tanke på betaling av veileder i henholdsvis helse- og sosialtjenestene.

I brevets s. 2, 2. avsnitt heter det følgende:

"Dette innebærer at midlene blir videreført på samme nivå som tidligere, men skal benyttes til prosjekter/særskilte tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom høyskolene og praksisstedene, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Den konkrete fordelingen av midlene mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten gjøres utfra en samlet behovsvurdering."

Vi opplever at det ikke er tydelig hvem som skal foreta den samlede behovsvurderingen.

S. 2, 5. avsnitt lyder slik:

"Når det gjelder bruk av midler til samarbeidsprosjekter mellom høyskolene og helseforetakene, skal Samarbeidsorganene vurdere og prioritere de ulike prosjektene. Samarbeidsorganene skal også årlig rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet og Utdannings- og forskningsdepartementet om arbeidet, samt hvordan midlene er nyttet."

Etter vår oppfatning reises det tvil om det er utdanningsinstitusjonene eller Samarbeidsorganene som "eier" praksisveiledningsmidlene. Er det tenkt ut noen fordelingsnøkkel mellom andelen midler som skal gå til prosjekter i foretakene versus kommunene/privat sektor?

S. 2, siste avsnitt:

"Med bakgrunn i Lov om helsetjenesten i kommunene § 6-1, 1. ledd fastslås det at praksis i primærhelsetjenesten kan sidestilles med spesialisthelsetjenesten med tanke på at begge tjenestene har et lovgrunnlag samt er offentlig finansiert."

Under denne henvisningen hevdes det videre:

"Det vises til dette og legges til grunn at det også i primærhelsetjenesten skal tilrettelegges for praksisplasser for helse- og sosialfagstudenter uten økonomisk kompensasjon fra høyskolene."

Vi er enige om lovgrunnlaget, og om at helsetjenesten er offentlig finansiert. Imidlertid har spesialisthelsetjenesten en særskilt finansiering for å ta i mot studenter til opplæring. Finansieringen har en relativt lang historie bak seg, og det er tydeliggjort i statsbudsjettet fra HOD hvor stort beløp det er tale om. Det samme er ikke tilfelle for kommunene. Så langt er ikke vi kjent med at innføringen av kommunehelsetjenestelovens § 6-1 - "Undervisning og praktisk opplæring" utløste økt finansiering. Kommunene er heller ikke organisert på en måte som gjør at utdanningssektoren har det samme grunnlaget å inngå avtaler på som i spesialisthelsetjenesten.

Konsekvensene av at utdanningsinstitusjonene ikke skal betale for praksis i kommunehelsetjenesten kan være at vi mister praksisplasser og dermed får et problem med å utdanne faglig gode nok yrkesutøvere.

Videre er det en alvorlig mangel at praksis i privat sektor ikke er nevnt. Mange yrkesutøvere, også de innenfor pleie og omsorg, vil ha en arbeidshverdag innen private tilbud som fysioterapi, apotek, barnevern, rusomsorg, private sykehus og ikke minst privatiserte pleie- og omsorgstjenester. Eftersom privatiseringen av tidligere offentlige tjenester øker og det ikke er lagt inn i anbudsdokumentene som en foreutsetning at virksomheten skal ta i mot studenter, vil vi risikere å få tilgang på færre praksisplasser med mindre vi betaler for dette.

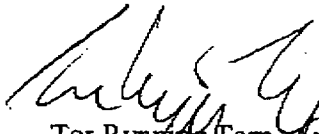
S. 3, andre avsnitt:

"Dette innebærer at høyskoleansattes tilstedeværelse i praksis og praksisstedets veiledning av studentene videreføres minimum på dagens nivå."

De høyskoleansattes tilstedeværelse i praksis varierer i svært stor grad fra kun å rykke ut ved problemer til å rutinemessig oppfølging av enkeltstudenter flere dager gjennom den enkelte praksisperiode. Den siterte setningen ovenfor gir, etter vår oppfatning, ingen mening så lenge standarden det vises til er "...på minimum dagens nivå". Vi foreslår at denne setningen sløyfes. Dette punktet dekkes bedre av neste avsnitt i brevet, i hvertfall når det gjelder spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Lene Bakke (Sign.)
Leder NRHS


Tor Rynning/Forp
rådgiver/sekretær NRHS

3



**DET KONGELIGE
KUNNSKAPSDEPARTEMENT**

17/9-06 494
KODP
DORP

Kommunene

Deres ref

Vår ref

Dato

200600037/iwa

12.09.2006

Praksisundervisning for helse- og sosialfagstudenter ved statlige og private høyskoler Omdisponering av praksisveiledningsmidlene til utviklings-, forsknings- og samarbeidsprosjekter

Dette brevet er utarbeidet i fellesskap mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet og sendes til alle landets kommuner med kopi til statlige og private høyskoler.

I 1992 ble det etablert en ordning med såkalte praksisveiledningsmidler for å styrke kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen. Midlene ble etter avtaler mellom praksisstedene og høyskolene utbetalt til praksisstedene. Flere høyskoler etablerte tilsvarende ordninger for andre helse- og sosialfagutdanninger.

Praksisveiledningsmidlene har i noen grad utydeliggjort ansvarsforholdet mellom høyskolene og praksisstedene. Plikten til å veilede studenter i praksis er nedfelt i lov om kommunal helsetjeneste. I statsbudsjettet for 2006 endres bruken av praksisveiledningsmidlene. Midlene vil bli videreført på samme nivå som tidligere, men skal benyttes til prosjekter/særskilte tiltak som har til hensikt å fremme samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene. Pro-rata utbetaling til kommunene som en økonomisk kompensasjon faller dermed bort.

Også lov om sosiale tjenester har bestemmelser om opplæring av personell, og vi legger til grunn at omleggingen også gjelder for praksis ved tjenestesteder som kommer inn under denne loven.

Vi er informert om at implementeringen går sakte i mange kommuner og ber derfor om

Postadresse
Postboks 8119 Dep
0032 Oslo

Kontoradresse
Akersg. 44

Telefon 22 24 90 90*
postmottak@kd.dep.no
Internett kd.dep.no
Org no. 872 417 842

Universitets- og høyskoleavdelingen
Telefon 22 24 77 01
Telefaks 22 24 27 33

Saksbehandler
Ivar Walle
22247753

at kommunene bidrar til at ordningen trer i kraft. Samtidig er det nødvendig å vise fleksibilitet ved innføringen. Partene kan være bundet opp av inngåtte avtaler, og det bør derfor være rom for overgangsordninger. Dette gjelder særlig for praksis i sosialtjenesten.


Det er ikke grunn til å anta at beløpet som tilfaller helse- og sosialtjenesten i kommunene blir mindre enn før. Vi vil be utdanningsinstitusjonene rapportere om bruken av midlene. Midlene blir lagt inn i budsjetttrammene til den enkelte utdanningsinstitusjon, og det vil være lærestedene som etter vurdering av behovet fordeler mellom sektorene og som dessuten tar avgjørelse dersom det ikke oppnås enighet med kommunene.

Den enkelte kommune kan imidlertid ikke påregne samme beløp hvert år. Ordningen åpner for samarbeid mellom flere kommuner slik at det blir mulig med prosjekter av en viss størrelsesorden, for eks. FOU-arbeid med sikte på evaluering og bedring av yrkesutøvelsen på praksisstedene. Vi regner ellers med at kommunene både i rekrutteringssøyemed og i kompetanseutvikling av eget personell ser seg tjent med utvikling av gode praksissteder.

Vi vil videre understreke at det også må legges til rette for praksisundervisning av studenter i privat virksomhet. Private aktører har fått en økende rolle i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Vi ber om at kommunene ved anbudsutsetting gjør det klart at vedledning av studenter er en del av anbudsgrunnlaget.

Med hilsen


Toril Johansson (e.f.)
ekspedisjonssjef
Kunnskapsdepartementet


for Andreas Diesen (e.f.)
ekspedisjonssjef
Helse- og omsorgsdepartementet

Kopi: Statlige høyskoler
Private høyskoler med helse- og sosialfagutdanning
Universitetet i Stavanger
Sosial- og helsedirektoratet
Landets fylkesmenn

Tor Arne



MOTTATT

18 SEPT 2006

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

(4)

De regionale helseforetak

Deres ref
200600060

Vår ref
200600113 SHA1/bls

Dato
15 09.2006

Praksisundervisning for helse- og sosialfagstudenter – omlegging fra "praksisveiledningsmidler" til "samarbeidsmidler"

Vi viser til brev fra Helse Øst RHF datert 27.06.2006, samt også brev fra Helse Midt-Norge RHF datert 16.06.2006, med spørsmål knyttet til "samarbeidsmidlene". Dette brevet er utformet som svar på begge disse henvendelsene og sendes alle de regionale helseforetakene. Innledningsvis vises til at "samarbeidsmidlene" er midler som overføres fra Kunnskapsdepartementet til høyskolenes rammer, og at informasjonen nedenfor er utformet i samarbeid mellom de to departementene.

Historikk

Ordningen med "praksisveiledningsmidler" ble etablert i 1992 for å bedre kvaliteten på praksisundervisningen i sykepleierutdanningen. I årene som fulgte ble bevilgningen økt til totalt 37 mill. kroner. Midlene ble etter forpliktende avtaler mellom høyskolene og praksisstedene utbetalt til praksisstedene. Flere av høyskolene etablerte tilsvarende ordninger for andre helse- og sosialfagutdanninger og finansierte dette i hovedsak over egne budsjett.

"Samarbeidsmidler"

I statsbudsjettet for 2006 ble ordningen med "praksisveiledningsmidlene" lagt om, til såkalte "samarbeidsmidler". Det har i den forbindelse oppstått spørsmål om størrelsen på midlene og hvordan midlene skal fordeles mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten.

I vårt brev av 09.01.2006, utformet i fellesskap mellom departementene, ble det lagt til grunn at "midlene skulle videreføres på samme nivå som tidligere".

Postadresse
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Kontoradresse
Einar Gerhardsens plass 3

Telefon
22 24 90 90
Org no.
983 887 406

Spesialisthelsetjenesteavdelingen
Telefaks
22 24 95 78

Saksbehandler
Björg Leinum Seim
22 24 81 68

I følge Kunnskapsdepartementet anslås det at høyskolene benyttet vel 50 mill kroner til formålet i 2004, med en relativ lik fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom institusjonene.

Som konsekvens av at dette er midler som overføres fra Kunnskapsdepartementet til høyskolenes rammer, er det høyskolene som årlig vil foreta den konkrete fordelingen av midler mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Dette skal gjøres ut fra en samlet behovsvurdering, f eks i forhold til hvor høyskolen vurderer at "samarbeidsmidlene" vil kunne bidra til å forbedre praksisundervisningen og samarbeidet med praksisstedene. Dette er vurderinger som skal være transparente og høyskolene skal gi innsyn i sine vurderinger og beslutninger. I tillegg rapporterer høyskolene til Kunnskapsdepartementet, slik at det i etterkant kan kontrolleres hvordan "samarbeidsmidlene" er benyttet.


Når det gjelder bruk av "samarbeidsmidlene" inn mot spesialisthelsetjenesten, er det samarbeidsorganene som skal vurdere og prioritere mellom de ulike prosjektene. Samarbeidsorganene må selv finne hensiktsmessige arbeidsformer for å håndtere arbeidet. Det er normalt høyskolene som vil disponere midlene, men midlene kan overføres til helseforetakene eller andre dersom fordelingen av midlene eller den praktiske gjennomføringen av prosjekter tilsier at dette er mest hensiktsmessig. Samarbeidsorganene er bedt om å innrapportere fra arbeidet, samt hvordan midlene er benyttet slik at departementene får kunnskap om hvordan omleggingen fungerer.

Ytterligere spørsmål knyttet til bruken av "samarbeidsmidlene" kan rettes til Kunnskapsdepartementet, med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet.

Med vennlig hilsen



Maiken Engelstad e.f.
underdirektør



Bjørg Leinum Seim
seniorrådgiver

Kopi
Kunnskapsdepartementet
Universitets- og høyskolerådet

Tabelloversikt

Tabell 1-1. Bakgrunnsinformasjon om ordningen med samarbeidsmidler.....	12
Tabell 3-1. Innførte institusjonene en egen post i budsjettet for samarbeidsmidler?	23
Tabell 3-2. Hva utgjorde midlene i den nye potten for samarbeidsmidler?	23
Tabell 3-3. Styrking av ordningen etter 2006.	24
Tabell 3-4. Kriterier som legges til grunn for størrelsen på "samarbeidsmidlene" i dag	24
Tabell 3-5. Budsjettsum samarbeidsmidler per år per institusjon, og per student med ekstern veiledet praksis (både bachelor og videreutdanning).	25
Tabell 3-6. Hvilken rolle spiller RSO i tildelingsprosessen. Institusjonenes vurdering	27
Tabell 3-7. Utdanningsinstitusjonenes organisering av arbeidet med samarbeidsmidler.....	28
Tabell 3-8. Institusjonenes rapportering på bruk av samarbeidsmidler, etter RHF (flere valg er mulig)	30
Tabell 3-9. Områder med problemer med å skaffe praksisplasser, og betaling som løsning på problemet	37
Tabell 3-10. Hva bør skje videre med ordningen? Total og etter regionale helseforetak	42
Tabell 4-1. Antall studieledere per faggruppe	45
Tabell 4-2. Studielederens erfaring, etter utdanningsgrupper.	46
Tabell 4-3. Studieledere per faggruppe og helseforetak	47
Tabell 4-4. Antall fellesprosjekter med praksisfeltet per faggruppe i perioden 2007-2010.....	47
Tabell 4-5. Gjennomsnittlig antall prosjekter per arena og faggruppe i perioden 2007 til 2010.....	48
Tabell 4-6. Prosjektene innretting etter faggruppe. Antall og prosent.....	49
Tabell 4-7. Studentinvolvering i samarbeidsprosjekter.....	50
Tabell 4-8. Mulige problemer ved gjennomføringen av ordningen. Flere svar mulig.....	50
Tabell 4-9. Nye eller større problemer med å skaffe praksisplasser i bachelorutdanningene, etter utdanningsområde.	52
Tabell 4-10. Praksisområder der det har vært problemer med å skaffe praksisplasser etter omleggingen, etter utdanningsområde (flere svar er mulig).	53
Tabell 4-11. Fortsatt betaling for veiledning.....	54
Tabell 4-12 Effekt på personalet.....	55
Tabell 4-13. Gjennomsnittlig vurdering av bedring av samarbeidet mellom fagområdene og praksisområdene.....	57
Tabell 4-14. Gjennomsnittlig vurdering av bedring av praksisopplegg og praksisveiledning i praksisfeltet.	58
Tabell 4-15. Bedre integrering av teori og praksis i utdanningene, etter utdanningsgruppe. Frekvens og gjennomsnitt.	59
Tabell 4-16. Mer praksisnær forskning og utviklingsarbeid i utdanningsinstitusjonene. Frekvens og gjennomsnitt.....	60
Tabell 4-17. Generell vurdering av ordningen for bachelorutdanningen. Frekvens og gjennomsnitt.....	61
Tabell 4-18. Generell vurdering av ordningen for videreutdanningene. Frekvens og gjennomsnitt.....	62
Tabell 4-19. Hva bør skje videre med ordningen?	63

V 1 Antall studenter per utdanning per institusjon.	83
V 2 Antall prosjekter som har mottatt prosjektstøtte fra "samarbeidsmidler i perioden 2007 til 2010, etter regionale helseforetak.	84
V 3 Antall prosjekter per utdanning.	85
V 4 "Ordnningen har ført til bedre samarbeid". Etter praksisfelt	85
V 5 "Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg og praksisveiledning", etter praksisfelt.	86
V 6 Ordnningen har ført til bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten, etter utdanningsgruppe	87
V 7 Ordnningen har ført til bedre samarbeid med kommunal helse og omsorgstjeneste, etter utdanningsgruppe	88
V 8 Ordnningen har ført til bedre samarbeid med barneverntjenesten, etter utdanningsgruppe	89
V 9 Ordnningen har ført til bedre samarbeid med NAV, etter utdanningsgruppe	90
V 10 Ordnningen har ført til bedre samarbeid med barnehage/skole, etter utdanningsgruppe	91
V 11. Ordnningen har ført til bedre samarbeid med privat sektor, etter utdanningsgruppe	92
V 12 Ordnningen har ført til bedre samarbeid med frivillig sektor, etter utdanningsgruppe	93
V 13 Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg med spesialisthelsetjenesten, etter utdanningsgruppe	94
V 14 Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg med kommunal helse- og omsorgstjeneste, etter utdanningsgruppe	95
V 15 Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg med NAV, etter utdanningsgruppe	96
V 16 Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg med barnehage/skole, etter utdanningsgruppe	97
V 17 Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg i barneverntjenesten, etter utdanningsgruppe	98
V 18 Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg i privat sektor, etter utdanningsgruppe	99
V 19 Ordnningen har ført til bedre praksisopplegg i frivillig sektor, etter utdanningsgruppe	100

Figuroversikt

Figur 1.1. kart over aktører og informanter i evalueringen	15
Figur 2.1. Oversikt over innkomne svar fra utdanningsinstitusjonene per dato.....	17
Figur 2.2. Oversikt over innkomne svar fra studielederne per dato.	18
Figur 3.1. Antall studenter på bachelor og videreutdanning med ekstern veiledet praksis høsten 2010.	22
Figur 3.2. Kommunesamarbeid og prioritering av samarbeidsmidler.	29
Figur 3.3. Gjennomsnittlig og median antall prosjekter per år, fordelt etter geografisk tilhørighet.	32
Figur 3.4. Antall prosjekter per utdanning 2007-2010, gjennomsnitt og median	33
Figur 3.5. Prosjekter per praksisarena 2007-2010, gjennomsnitt og median.....	34
Figur 3.6. Prosjektenes innretting ved hver utdanningsinstitusjon.....	35
Figur 3.7. Institusjonenes svar på bruk av samarbeidsmidler i perioden 2007-2010.	36
Figur 3.8 Bedre samarbeid med forskjellige praksisområder.	38
Figur 3.9. Bedre praksisopplegg og praksisveiledning.....	39
Figur 3.10 Bedre integrering av teori og praksis	40
Figur 3.11. Hvilke utdanninger ordningen har fungert godt og dårlig for.....	41

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no