



# FOKUS PÅ PRAKSISSTUDIENE I HELSE- OG SOSIALFAGUTDANNINGENE

Rapport fra UHRs kartleggingsundersøkelse  
av ekstern, veiledet praksis som del av  
studieførløpet for 115 helse- og  
sosialfagutdanninger.



April 2010



**UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET**

THE NORWEGIAN ASSOCIATION OF HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS



## FORORD

Det er med glede at Universitets- og høgskolerådet (UHR) nå legger fram en rapport som omhandler praksisstudiene i 21 helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger fordelt på 115 studieprogrammer ved landets universiteter og høgskoler. Det var en stor utfordring å lage et spørreskjema som skulle favne så bredt som de fagstrategiske organene for helse- og sosialfag i UHR ønsket. Det viste seg da også at utfyllingen av skjemaet av flere grunner bød på utfordringer for respondentene, noe som igjen gjorde behandlingen av det innsamlete datamaterialet krevende.

Til tross for disse utfordringene har arbeidet med data ført til resultater som gir et godt bilde av hovedtrekk ved situasjonen for profesjonsutdanningenes praksisstudier. Det har ikke tidligere vært gjort en så stor kartlegging og sammenlignende analyse av praksisstudier over hele bredden av helse- og sosialfagutdanninger i Norge. Utdanning av helse- og sosialpersonell sorterer under og påvirkes av flere departementer med tilhørende lovverk og avledete føringer og systemer. Politisk og fagstrategisk koordinering på tvers av forvaltningsgrenser er derfor en kritisk faktor i arbeidet med kvalitetssikring av praksisstudiene. Vi håper at rapportens resultater og konklusjoner vil bidra til at departementene ser grunn til å gå mer samordnet inn i arbeidet med å løse kjente utfordringer knyttet til rammebetingelsene for eksternt, veiledet praksis for helse- og sosialfagstudenter i både statlig, fylkeskommunal, kommunal og privat sektor.

Rapporten bringer fram fellestrekk og variasjoner i hvordan helse- og sosialfagutdanningene bruker praksisfeltet. Vi håper rapporten vil bidra til at utdanningsinstitusjonene ser grunn til å gå mer aktivt inn i problemstillinger knyttet til forholdet mellom kvantitet og kvalitet i praksisstudiene. Her trengs mer data, men de variasjonene som er observert i denne undersøkelsen bør føre til faglige diskusjoner om begrunnelser for praksisstudier og for de utplasserings- og veiledningsmodellene studieprogrammene i dag har. Det er også vårt håp at rapporten vil være til nytte som bakgrunnsmateriale i arbeidet med å utvikle stabile og gjensidig utviklende relasjoner mellom utdanningene og alle deler av praksisfeltet.

Vi vil rette en takk for innsatsen både til arbeidsgruppen og referansegruppen som ble oppnevnt for dette prosjektet. En særskilt stor takk rettes til seniorrådgiver Trine Grønn i Universitets- og høgskolerådet og høgskolelektor Britt Andersen fra Høgskolen i Akershus, som begge har gjennomført et komplisert analysearbeid og skrevet rapporten. Til slutt retter vi en takk til Kunnskapsdepartementet som har vist stor interesse for prosjektet og bidratt økonomisk til gjennomføring av analysearbeidet.

Oslo 26.03.10

Ola Stave

Generalsekretær  
UHR

Tor Rynning Torp

Rådssekretær  
NRHS

## SAMMENDRAG

Praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene byr på utfordringer for alle involverte parter. UHR oppnevnte en arbeidsgruppe med representanter fra de fem helse- og sosialfaglige organene som organiserer profesjonsstudier innen helse- og sosialfagene. Gruppen fikk i oppdrag å foreta en større kartleggingsundersøkelse med fokus på å ”beskrive omfang, organisering og finansiering av praksisstudiene for helse- og sosialfagutdanningene i statlig, fylkeskommunal, kommunal og privat sektor med tanke på å identifisere sterke og svake sider ved dagens ordninger.”

Målgruppen for undersøkelsen var alle landets universiteter og høyskoler som tilbyr grunnutdanninger i helse- og sosialfag der ekstern og veiledet praksis er en del av studieforløpet (videreutdanninger og masterstudier med innslag av praksisstudier var ikke inkludert i undersøkelsen). Målgruppen bestod av 33 offentlige og private institusjoner for høyere utdanning som tilbyr 21 profesjonsutdanninger fordelt på 115 studieprogrammer. Det ble utarbeidet et omfattende sett med spørsmål om praksisstudiene for studieåret 2007-2008 og 2008-2009, og undersøkelsen ble gjennomført som en nettbasert spørreskjemaundersøkelse. Spørreskjemaet hadde visse svakheter, men den varierende datakvaliteten gjenspeiler også på mange måter hvor uoversiktlig, uensartet og/eller uavklart mange forhold rundt fenomenet praksisstudier i helse- og sosialfagutdanningene fortsatt er.

Undersøkelsen har vist at sterke og svake sider ved dagens ordninger er knyttet til forholdet mellom utdanningenes syn på hensikten med praksisstudiene, og deres opplevelse av mulighetene for å oppfylle denne hensikten:

- Utdanningsinstitusjonene er i sine svar entydig klare på betydningen av praksisstudiene for utdanningens berettigelse, kvalitet og relevans, formingen av studentenes yrkesidentitet og rekrutteringen av egnet helse- og sosialpersonell til morgendagens helse- og sosialtjeneste.
- De er også bortimot samstemte på hvilke utfordringer de opplever i tilknytning til ansvaret for å tilby, gjennomføre og kvalitetssikre praksisstudiene. Disse er knyttet til tilgang på riktig antall og riktig type praksisplasser på riktig tidspunkt og i riktig mengde i forholdet til studentenes progresjon gjennom studiet; til stabilitet og forutsigbarhet for tilgang både til praksisplasser og veiledningskompetente praksisveiledere; til behovet for bedre og tydeligere føringer i lov- og styringsverk med hensyn til forventet samarbeid om praksisstudier; og sist – men kanskje tydeligst – behovet for samstemte avklaringer på tvers av departementer og sektorer om finansieringen av den veiledningen i praksisfeltet som gode praksisstudier forutsetter.

Disse utfordringene kan i liten grad løses på studieprogramnivå eller av det enkelte praksissted. På det samarbeidsnivået har ikke partene riktig makt og myndighet til å kunne gjøre det. Mye vil kunne la seg løse gjennom tydeligere lov- og avtaleverk og andre styringssignaler som påvirker partenes forståelse av praksisfeltets medansvar for utdanning og yrkeskvalifisering av alle typer personell til alle aktuelle yrkesarenaer.

Hva alle sider ved praksisgjennomføring koster, og hvem som dekker hvilke kostnader bør ikke være ukjente eller skjulte størrelser. Hva som går med av ressurser for å utvikle og bruke praksisstudier som en integrert del av en god profesjonsutdanning, bør vektlegges i budsjetteringen av utdanningene. Målbar innsats for utdanning og rekruttering gjennom å tilby gode praksisplasser, god veiledning og tett samarbeid, bør gi direkte uttelling i budsjettsammenheng for praksisstedene.

# Innhold

<b>Figurliste .....</b>	<b>6</b>
<b>Tabelliste.....</b>	<b>7</b>
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>10</b>
1.1 Undersøkelsens målgruppe, respondenter og analyseenhet .....	11
<b>2.0 Rammebetingelsene for praksisstudier og samarbeidet mellom UH-sektoren og yrkesfeltet</b>	<b>14</b>
2.1 Styringslinjer, sektoransvar og lovverk.....	14
2.2 Regulering av praksisstudienes omfang og innhold .....	16
2.2.1 Nasjonale føringer .....	17
2.2.2 Internasjonale føringer.....	18
2.3 Strukturer for samarbeidet mellom UH-sektoren og praksisfeltet .....	19
2.3.1 UH-sektoren og spesialisthelsetjenesten .....	19
2.3.2 UH-sektorens samarbeid om praksis med kommunal og privat sektor .....	22
<b>3.0 Metode og metodiske begrensninger.....</b>	<b>23</b>
3.1 Metode .....	23
3.2 Spørreskjemaets begrensninger og måten de er håndtert på .....	25
3.2.1 Utfordringer knyttet til utformingen av spørreskjemaet .....	25
3.2.2 Nytt praksisarena-kart til grunn for analysene.....	28
3.2.3 Mulig misforståelse mht utregningsmåten for antall studenter og antall uker.....	30
3.2.4 Spørsmålene om samarbeidsavtaler og samarbeidsprosjekter .....	30
3.2.5 Spørsmålene om kvalitetssikring og kostnader ved praksis.....	32
3.3 Konklusjon vedrørende datamaterialet .....	33
<b>4.0 Positive sider og utfordringer ved gjennomføring av ekstern, veiledet praksis .....</b>	<b>33</b>
4.1 Positive sider ved gjennomføring av praksis. ....	33
4.2 Utfordringer ved gjennomføring av praksis .....	34
<b>5.0 Hvor er studentene i praksis, og hvordan fordeler de seg på de ulike praksisarenaene? .....</b>	<b>38</b>
5.1 Den relative fordelingen av volum studenter og praksisuker mellom 8 hovedarenaer for praksisstudier .....	38
5.2 Hovedarena 1 (HA1): Offentlig spesialisthelsetjeneste.....	42

5.2.1 Studentvolum per subarena, og sykepleierstudentenes andel.....	42
5.2.2 Sykepleierstudentenes bruk av subarenaer i sin sykehuspraksis.....	43
5.2.3 Andre profesjonsutdanningers bruk av den offentlige spesialisthelsetjenesten som praksisarena .....	45
5.3 Hovedarena 3 (HA3): Kommunehelsetjenesten.....	48
5.4 De øvrige hovedarenaene .....	52
5.4.1 Statlig og kommunal sosialtjeneste, barnevernstjeneste og NAV .....	52
5.4.2 Fylkeskommunal tannhelsetjeneste.....	53
5.4.3 Privat sektor (HA 5-6) .....	54
5.4.4 Barnehage og skoleverk (HA7) .....	58
<b>6.0 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene med hensyn til hvor og hvor lenge studentene utplasseres til praksisfeltet .....</b>	<b>61</b>
6.1 Bredden i profesjonsutdanningenes bruk av praksisarenaer for sine studenter.....	61
6.2 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene med hensyn til hvor og hvor lenge studentene utplasseres til praksisfeltet.....	62
6.2.1 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene i bruk av praksisarenaer.....	63
6.2.2 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene i omfanget av praksisstudier på samme praksisarena .....	64
<b>7.0 Regionale samarbeidsorgan, samarbeidsavtaler, samarbeidsmidler og -prosjekter .....</b>	<b>67</b>
7.1 De regionale samarbeidsorganenes rolle.....	67
7.2 Samarbeidsavtaler.....	68
7.2.1 Områder som dekkes i samarbeidsavtalene med praksissted .....	70
7.3 Samarbeidsmidler og -prosjekter .....	73
7.3.1 Samarbeidsmidler.....	73
7.3.2 Bruk av samarbeidsmidler .....	74
7.3.3 Samarbeidsmåter mellom utdanning og kommunene/andre aktører i fht samarbeidsmidlene. ....	78
7.3.4 Typer samarbeidsprosjekter.....	79
<b>8.0 Kvalitet og relevans i praksisstudiene .....</b>	<b>81</b>
8.1 Ordninger for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på yrkesfeltet .....	81

8.2	Veilederopplæring av praksislærere .....	85
8.3	Kriterier for bestått praksis .....	86
8.4	Fjernpraksis .....	89
8.5	Praksisveiledning og honorering ved særskilte studieprogrammer.....	92
<b>9.0</b>	<b>Oppsummering av hovedfunn med kommentarer .....</b>	<b>93</b>
9.1	Mangfold og relevans .....	93
9.2	Volum studenter i praksis og volum praksisstudier .....	94
9.2.1	Profesjonsutdanningenes relative bruk av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Et innspill til samhandlingsreformen.....	96
9.2.2	Sykepleierstudentenes praksisstudier.....	97
9.2.3	Praksisutplassering i sosialtjenesten, barnevernstjenesten og NAV.....	98
9.2.4	Praksisutplassering til privat sektor.....	98
9.2.5	Praksisutplassering til barnehage og skoleverk.....	98
9.3	Variasjoner innad i profesjonsutdanningene .....	99
9.4	Samarbeid, avtaler og bruken av samarbeidsmidler til prosjekter .....	100
9.5	Kvalitet og relevans i praksisstudiene .....	101
9.6	Å ha ansvar for noe som pågår på andres hjemmebane – en oppsummerende kommentar på systemnivå.....	103
<b>10.0</b>	<b>Synspunkter og forslag til tiltak .....</b>	<b>104</b>
	<b>Litteratur.....</b>	<b>109</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>110</b>

## Figurliste

Figur 1:	Antall helse- og sosialfaglige studieprogram per utdanningsinstitusjon (33 institusjoner ).....	12
Figur 2:	Oversikt over strukturer og føringer bak de regionale samarbeidsorganene .....	20
Figur 3:	Det relative forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mht rapportert antall studenter og antall uker praksisutplassering i 2008-2009. ....	40
Figur 4 :	Sammenlignet praksisvolum i spesialisthelsetjenesten (HA1)og offentlig tjenesteyting i kommunal sektor (HA3+HA4) .....	41
Figur 5:	Sykepleierstudentenes fordeling på subarenaer for praksis i den offentlige spesialisthelsetjenesten. ....	43
Figur 6:	Radiografutdanningenes bruk av praksisarenaer i sykehus innen somatikk (klinisk sykepleiepraksis, obligatorisk del av radiografutdanningen) .....	44

Figur 7: Volum studenter og ukevolum praksis for de øvrige profesjonsutdanningene (28 sykepleierutdanninger holdt utenfor).....	45
Figur 8: Psykologstudentenes praksisprofil i den offentlige spesialisthelsetjenesten .....	46
Figur 9: Barnevernspedagog-, sosionom- og vernepleierstudentenes praksisprofil i den offentlige spesialisthelsetjenesten.....	47
Figur 10: Ergoterapi- og fysioterapistudentenes praksisprofil i den offentlige spesialisthelsetjenesten .....	48
Figur 11: Fordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mht antall medisinerstudenter i praksisutplassering 2007-2008 .....	49
Figur 12: Det relative forholdet mellom volum studenter og volum uker i ekstern praksis for medisinerstudentene (4 studieprogram) .....	49
Figur 13: Fysioterapi- og ergoterapistudenters praksis i kommunehelsetjenesten .....	50
Figur 14: Profesjonsutdanningenes bruk av barnehage og grunnskole som praksisarena.....	59
Figur 15: Profesjonsutdanningenes bruk av PPT og andre spes.ped.-tiltak som praksisarena.....	60
Figur 16: Oversikt over hvor mange av de 36 inkluderte praksisarenaene hver profesjonsutdanninge rapporterte studenter på i 2007-2008.....	61
Figur 17: Områder som reguleres av samarbeidsavtale mellom praksissted og studieprogram, totalt på tvers av studieprogrammene (N=104) <sup>1)</sup> .....	70
Figur 18: Antall studieprogram som svarer positivt på hver av de forhåndsoppsatte svarkategoriene for hva som inngår i samarbeidsavtaler med praksisfeltet (N=104). .....	71
Figur 19: Studieprogrammernes bruk av samarbeidsmidler 2006-2008; planer for bruk 2008-2009 <sup>1</sup> .....	75
Figur 20: Ordninger profesjonsutdanningene oppgir at de har for å sikre praksis sin relevans og kvalitet for yrkesfeltet studentene utdannes til kategorisert etter kvalitative beskrivelser (N= 21). .....	82
Figur 21: Antall utdanningsinstitusjoner med helse- og sosialfaglige utdanninger som har studiepoenggivende veilederutdanninger. ....	85
Figur 22: Kriterier som må oppfylles for å bestå praksis som profesjonsutdanningene rapporterer (N=21). ..	87
Figur 23: Antall studieprogrammer i forhold til de hyppigst nevnte vurderingskriteriene for bestått praksis (N=105) .....	88
Figur 24: Antall studenter i pålagt fjernpraksis i studieåret 2007/2008 etter profesjonsutdanninger (N=84) .	90
Figur 25: Oversikt over hvem som betaler kostnader ved pålagt fjernpraksis (N=64) .....	91
Figur 26: Hvem honorar for praksisveiledning betales til ved ulike studieprogrammer ved universitetene (N=17).....	92

## Tabelliste

Tabell 1: Fordelingen av respondenter på institusjonskategori og antall inkluderte studieprogram per kategori (analyseenhet i undersøkelsen) .....	11
Tabell 2: Profesjonsutdanninger som er inkludert i undersøkelsen, og antall studieprogram som tilbys per utdanningsgruppe (2008-2009). .....	13
Tabell 3: Oversikt over involverte departementer med underliggende aktører og sentrale praksisarenaer ...	14
Tabell 4: Oversikt over hvilke utdanningsprogram som har hvilke overordnede føringer for arbeidet med fag- eller studieplan .....	17
Tabell 5: Hvordan antallet studieprogram fordeler seg ut fra institusjonstype og helseregion .....	21
Tabell 6: Forenklet skisse av avtalenivåer og møtearenaer relatert til praksisstudiene i det løpende samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene i helseregion Sør-Øst .....	22
Tabell 7: Opprinnelig utgangspunkt: Hvilke praksisarenaer (hovedarenaer og subarenaer) som var inkludert i spørreskjemaundersøkelsen .....	24
Tabell 8: Modifisert arenkart: Oversikt over hvilke hovedarenaer og underarenaer for praksisstudier som blir brukt i den videre analysen.....	29



Tabell 9: Illustrasjon av den relative fordelingen av studenter i praksis i løpet av et studieår på de 8 hovedarenaene (HA1-8) for praksisstudier. ....	39
Tabell 10: Antall registrerte studenter våren 2008 ved de inkluderte studieprogrammene i NSDs database for høyere utdanning (DBH) .....	39
Tabell 11: Oversikt over studieprogram som oppgir å ha internklinikk.....	41
Tabell 12: Studentvolum per subarena i den offentlige spesialisthelstjenesten (HA1), og sykepleierstudentenes relative andel av studentmassen per subarena. ....	42
Tabell 13: Studenter i praksis i kommunehelsetjenesten, og sykepleierstudenters andel av disse .....	48
Tabell 14: Vernepleierutdanningene og sosialfagutdanningenes bruk av kommunehelsetjenesten som praksisarena .....	51
Tabell 15: Psykologutdanningenes bruk av kommunehelsetjenesten som praksisarena .....	51
Tabell 16: Tannlege- og tannpleierutdanningenes bruk av kommunehelsetjenesten som praksisarena .....	51
Tabell 17: Antall studieprogram, studenter og uker som anvender HA4 som praksisarena, etter profesjonsutdanninger og subarenaer. ....	52
Tabell 18: Oversikt over praksisareaner og volum studenter og uker for 7 tannhelsefaglige studieprogram..	53
Tabell 19: Antall studenter og ukevolum praksis i privat spesialisthelstjeneste og privat sektor for øvrig; medisinerstudenter unntatt. Medisinerstudenters praksis i primærhelstjenesten tatt med som tilleggsinformasjon. ....	54
Tabell 20: Oversikt over bruken av privat sektor som praksisarena: Profesjonsutdanninger og antall studieprogram. Medisinstudienes praksis i primærhelstj tatt med også her, som tilleggsinformasjon.	56
Tabell 21: Oversikt over profesjonsutdanningenes bruk av pedagogisk sektor som praksisarena. ....	58
Tabell 22: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 28 studieprogram for sykepleie .....	63
Tabell 23: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 11 studieprogram for barnevernspedagogikk .....	64
Tabell 24: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 7 studieprogram for bioingeniørutdanning.....	65
Tabell 25: Variasjon i bioingeniørstudentenes tidsbruk på aktuelle praksisarenaer .....	65
Tabell 26: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 4 studieprogram for fysioterapeututdanning .....	66
Tabell 27: Variasjon i fysioterapeutstudentenes tidsbruk på aktuelle praksisarenaer .....	66
Tabell 28: Antall studieprogram innen ulike profesjonsutdanninger som oppgir at de ikke har samarbeidsavtale med praksis (N=104).....	71
Tabell 29: Antall studieprogram innen den enkelte profesjonsutdanninge og hvilke områder som dekkes i samarbeidsavtaler med praksis (N=104) .....	72
Tabell 30: Praksisarenaer hvor profesjonsutdanningene og antall studieprogrammer i 2006-2007 og 2007-2008 honorerte veiledere/praksissted og som i 2008-2009 planla bruk av samarbeidsmidler til honorering ved praksis etter (N=38 – 2006-2007, N=33 – 2007-2008, N=29 – 2008/2009). ....	76
Tabell 31: Antall samarbeidsprosjekter mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfelt ut fra hovedområder for samarbeidsprosjekter.....	79
Tabell 32: Beregning av hvilket praksisvolum som inngår i å ferdigutdanne ett kull fra alle studieprogram som inngår i praksisundersøkelsen, per profesjonsgruppe, og totalt over 21 profesjonsgrupper .....	95



## 1.0 Innledning

Praksisstudier, som del av de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene ved universiteter og høyskoler, byr på mange utfordringer for alle involverte parter. Ettersom mange av profesjonsutdanningene melder om de samme typer av problemer i planlegging, organisering, gjennomføring og kvalitetssikring av praksisdelen av studieprogrammene, bestemte ledelsen for de seks helse- og sosialfaglige organene i UHR i 2006 å starte arbeidet med å få kartlagt visse sider ved praksisstudiene på tvers av alle helse- og sosialfagutdanninger i Norge.

En arbeidsgruppe med bred representasjon fra UH-sektoren fikk i oppdrag å lede et prosjekt som skulle omfatte forberedelse til og gjennomføring av en større kartleggingsundersøkelse. Formålet med prosjektet ble oppsummert slik ved UHRs henvendelse til utdanningsinstitusjonene ved oppstart av selve undersøkelsen i juni 2008 (vedlegg V1):

- *”Beskrive omfang, organisering og finansiering av praksisstudiene for helse- og sosialfagutdanningene i statlig, fylkeskommunal, kommunal og privat sektor med tanke på å identifisere sterke og svake sider ved dagens ordninger.*
- *Kartlegge finansieringen av praksisstudiene innenfor alle praksisområder*
- *Ved prosjektets avslutning skal arbeidsgruppen foreslå eventuelle tiltak som bør iverksettes innad i sektoren og/eller overfor Kunnskapsdepartementet og evt. andre departementer og samarbeidspartnere for å forbedre praksisstudiene.”*

Finansiering av praksis, dvs bruk av utdanningsinstitusjonenes midler til veiledning eller kvalitetsforbedrende tiltak, ble lagt om i 2006. I den forbindelse ble det bl.a. viktig å undersøke om overgangen fra ”praksismidler” til ”samarbeidsmidler” fungerte etter intensjonen. En ønsket også å få en oversikt over hvordan de regionale samarbeidsorganene fungerte, og hvilke typer samarbeidsprosjekter det var mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet.

Arbeidsgruppen i prosjektet har bestått av følgende personer:

- Vencke Hvidsten, universitetslektor, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger (Prosjektets leder), *NRHS*
- Elisabeth Rørvik Moen, høyskolelektor, bachelorutdanningen i farmasi, Høgskolen i Nord-Trøndelag, *Nasjonalt profesjonsråd for farmasiutdanning*,
- Kristin Nordseth, kontorsjef, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, *Nasjonalt profesjonsråd for psykologiutdanning*,
- Britt Ingjerd Nesheim, professor, prodekan for undervisning, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo, *Dekanmøtet i medisin*
- Morten Rykke, professor, prodekan for studier, Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo, *Nasjonalt fakultetsmøte i odontologiske fag*
- Tor Rynning Torp, seniorrådgiver, Universitets- og høyskolerådet (gruppens sekretær).

I tillegg til arbeidsgruppen ble det etablert en referansegruppe bestående av ulike interessenter i Kunnskapsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Barne- og likestillingsdepartementet, ulike fagforeninger, pasientombud, bransjeorganisasjoner m.fl.

Fordi begrepsbruk og begrepsinnhold er forskjellig og har ulike tradisjoner mellom de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene, har undersøkelsen lagt til grunn følgende definisjon av ”praksisstudier”:

*”Praksisstudier kjennetegnes av at studenten for en tidsbestemt periode befinner seg i en situasjon hvor han/hun skal arbeide omtrent som en yrkesutøver. Kravene til oppgaver, omfang og utførelse vil være ulike avhengig av hvor i studieløpet studenten befinner seg. (...) Situasjonen er som oftest kjennetegnet av at praksisstudiene gjennomføres utenfor utdanningsinstitusjonens egen ramme, og at en fagperson på praksisstedet er veileder.” (fra UHRs brev til profesjonsutdanningene 22.6.08)*

Arbeidsgruppen utarbeidet selv spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble omfattende på grunn av bredden i de tema undersøkelsen skulle dekke. Spørreskjemaet ble pilottestet ved Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, og Høgskolen i Nord-Trøndelag. Det ble også bedt om innspill og kommentarer fra noen aktuelle aktører som Helse Sør Øst, Kunnskapsdepartementet, Helsetilsynet, Sosial- og helsedirektoratet og Norsk sykepleierforbund. Guide for utfylling av skjema fulgte med. Pilottesting medførte en rekke endringer i spørreskjemaet. Se vedlegg V1: Spørreskjema, svarguide og brev til institusjonene ved oppstart av datainnsamlingen.

## 1.1 Undersøkelsens målgruppe, respondenter og analyseenhet

Målgruppen for undersøkelsen var alle landets universiteter og høyskoler som tilbyr grunnutdanninger i helse- og sosialfag der praksisstudier er en del av studieforløpet (videreutdanninger og masterstudier med innslag av praksisstudier var ikke inkludert i undersøkelsen).

Som vist i tabell 1, omfatter undersøkelsen totalt 33 institusjoner fordelt på 3 institusjonskategorier: Statlige og private høyskoler og universiteter. I så henseende er institusjonene undersøkelsens respondenter (representert ved den eller de personene som fikk i oppdrag å fylle ut spørreskjemaet). Men hver institusjon ble bedt om å fylle ut **ett spørreskjema per studieprogram** som skulle inkluderes i undersøkelsen. Studieprogrammene er undersøkelsens analyseenhet.

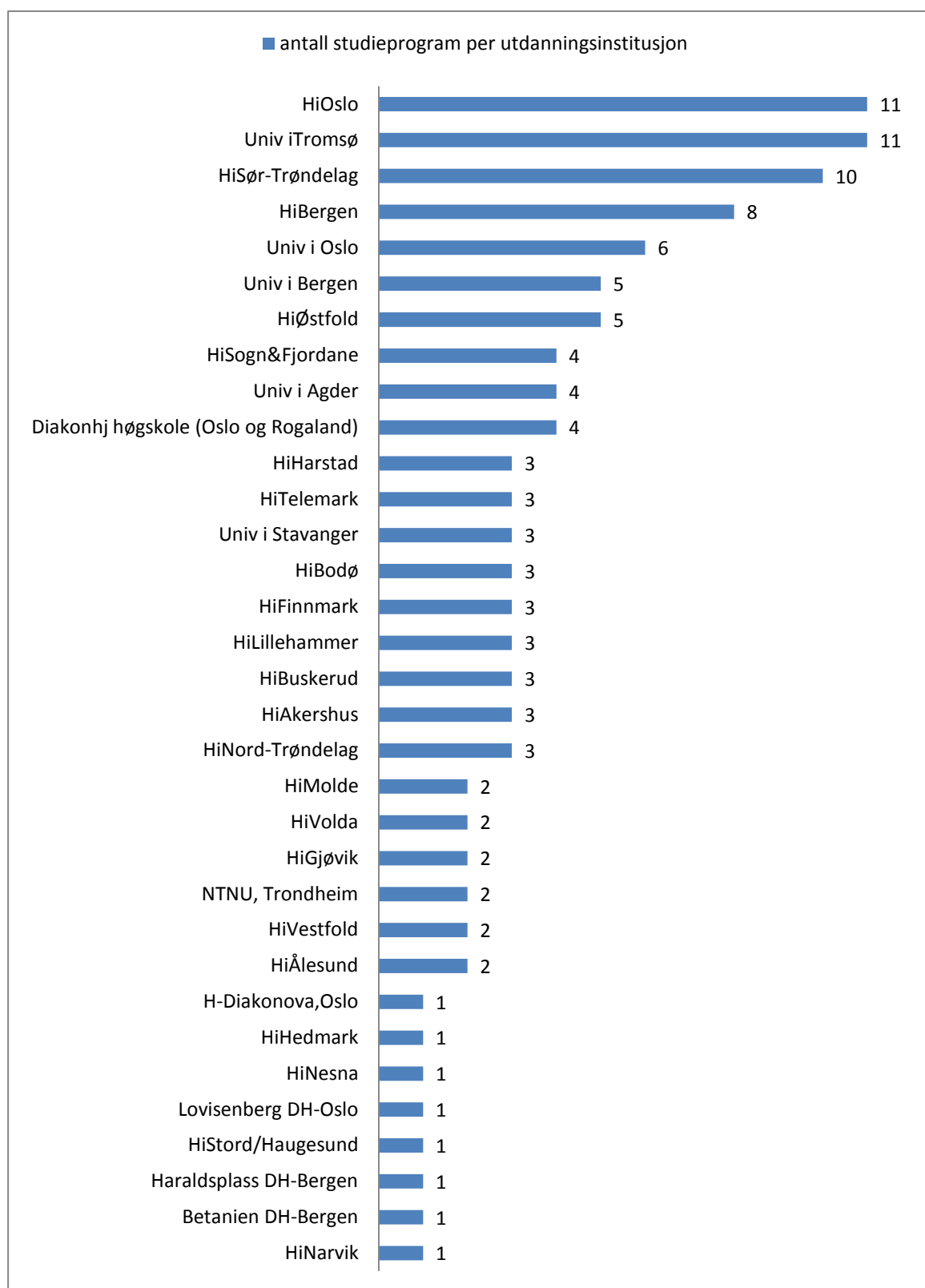
**Tabell 1: Fordelingen av respondenter på institusjonskategori og antall inkluderte studieprogram per kategori (analyseenhet i undersøkelsen)<sup>1</sup>**

Institusjons-kategori	statlig høyskole	privat høyskole	universitet	sum
Antall institusjoner	22	5 <sup>1)</sup>	6	<b>33</b>
Antall inkluderte studieprogram (analyseenhet)	83	8	24	<b>115</b>

Hensikten med undersøkelsen var å få svar fra de 33 utdanningsinstitusjonene på spørsmål som dekket visse sider ved eksternt, veiledet praksis for hvert av studieprogrammene, totalt 115 studieprogram. Spørsmålene som omhandlet antall studenter i praksis og antall uker i praksisfeltet, etterspurte tall for studieåret 2007-2008. For noen av spørsmålene som angikk organisering, finansiering og kvalitetssikring, var opplysninger fra studieåret 2008-2009 også aktuelle.

<sup>1</sup> Universitetet i Tromsø inkluderer da tidligere Høgskolen i Tromsø, og Diakonhjemmet høyskole er 1 institusjon med flere studiesteder (Oslo og Rogaland).

Figur 1: Antall helse- og sosialfaglige studieprogram per utdanningsinstitusjon (33 institusjoner <sup>2</sup>)



<sup>2</sup> Tall for Universitetet i Tromsø omfatter også studieprogram ved tidligere Høgskolen i Tromsø. Diakonhjemmet Høgskole har flere studiesteder (i Oslo og Rogaland), men teller som 1 utdanningsinstitusjon

Figur 1 viser fordelingen mellom utdanningsinstitusjonene med hensyn til antall helse- og sosialfaglige studieprogram som tilbys per institusjon, altså bredden i studietilbudet per utdanningsinstitusjon. Her framgår blant annet at 8 av 33 institusjoner har kun 1 helse- eller sosialfaglig profesjonsutdanning. De fire utdanningsinstitusjonene med den største bredden i programtilbudet (HiO 11, UiT 11, HiST 10 og HiB 8) har ansvar for 25% av alle inkluderte profesjonsutdanningsprogrammer.

De 115 studieprogrammene som undersøkelsen omfatter, fordeler seg på 21 forskjellige utdanningsgrupper:

**Tabell 2: Profesjonsutdanninger som er inkludert i undersøkelsen, og antall studieprogram som tilbys per utdanningsgruppe (2008-2009).<sup>3</sup>**

Utdanningsgruppe	profesjonsutdanning	Antall studieprogram per profesjon	NSD/DBH: antall registrerte stud. per profesjon V 2008
1.	sykepleier	28	12041
2.	sosionom	12	2519
3.	vernepleier	12	2831
4.	barnevernspedagog	11	2081
5.	bioingeniør	7	676
6.	radiograf	6	525
7.	ergoterapeut	5	610
8.	jordmor	5	227
9.	fysioterapeut	4	866
10.	medisiner	4	3518
11.	psykolog	4	1305
12.	farmasøyt-provisor	3	563
13.	tannlege	3	697
14.	tannpleier	3	159
15.	farmasøyt-reseptar	2	267
16.	audiograf	1	102
17.	klinisk ernær-fysiolog	1	90
18.	optiker	1	182
19.	ortopediingeniør	1	12
20.	tanntekniker	1	38
21.	velferdsviter <sup>1</sup>	1	166
	<b>21 profesjonsutdanninger</b>	<b>115 studieprogram</b>	<b>29475 DBH-reg. studenter V-08</b>

Av tabell 2 framgår det at 6 av 21 profesjonsutdanninger tilbys kun ett sted i landet, mens sykepleierutdanning tilbys ved 28 institusjoner. De tre sosialfaglige utdanningene tilbys ved mer enn 10 utdanningsinstitusjoner, mens de øvrige profesjonsutdanningene foregår ved 2 til 7 utdanningssteder.

<sup>3</sup> Universitetet i Agder (UiA) tilbyr bachelorprogram i arbeids- og velferdsforvaltning som kvalifiserer til samme yrkesarenaer som velferdsviterstudiet ved Høgskolen i Oslo. Men studiet ved UiA omfattet ikke praksisstudier i 2007-2008, og er derfor ikke inkludert i undersøkelsen.

For å få en ide om hvilket volum studenter undersøkelsens tema og tidsangivelse omfatter, viser Database for høyere utdanning (DBH) at det våren 2008 var registrert totalt 29.475 studenter ved de 115 inkluderte studieprogrammene (alle årskull per studieprogram).

## 2.0 Rammebetingelsene for praksisstudier og samarbeidet mellom UH-sektoren og yrkesfeltet

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen må sees i lys av eksisterende lovverk, styringssignaler, avtaleverk og samarbeidsstrukturer. I det følgende gis en kort oversikt over noen av de sentrale bakgrunnsfaktorene som i vesentlig grad påvirker hvordan UH-institusjonene og det enkelte studieprogram løser sin utdanningsoppgave generelt, og praksisdelen av studiene spesielt.

### 2.1 Styringslinjer, sektoransvar og lovverk

Som den meget forenklede oversikten i tabellen under viser, påvirkes rammebetingelsene for arbeidet med praksisstudier i helse- og sosialfagutdanningene ved universiteter og høyskoler av mange departementer og de lovverk hver av disse skal følge opp.

**Tabell 3: Oversikt over involverte departementer med underliggende aktører og sentrale praksisarenaer**

Dept	KD <sup>4</sup> + NOKUT	HOD				AD	BLID	JD
<b>Mest relevante lovverk</b>	UH-loven; opplæringsloven	Spesialisthelsetj.-loven	Kommunehelsetj.-loven og sosialtj.-loven	Tannhelsetj.-loven	Apotekloven	Lov om sosiale tj. i arbeids- og velferdsforvaltningen	Barnvernsløven	Straffelovboken
<b>Hovedaktører ifbm gjennomføring av prx-studier</b>	Universiteter og høyskoler (off og private)	Fire Regionale helseforetak (RHF) og deres underliggende Helseforetak (HF)	Kommunene og privat virksomhet m/avtaler med kommunen	Fylkeskommuner	Norsk Apotekerforening (alle norske apotek medl.)	Statlige og kommunale virksomheter i kommunesektoren, og privat virksomhet med refusjonsrett	Kommuner og privat virksomhet m/avtaler med komm.; Statlig barnevern	Stat/JD og 6 underliggende regioner
<b>Noen viktige prx-arenaer</b>	Barnehage Grunnskole Vg skole, med mer	Helseforetak og alle virksomheter (off og priv) de har avtaler med	Off helse- og sosialtj. + private aktører m/avtale	Tannhelsetj. (DOT) <sup>5</sup>	Apotekene	NAV og ymse tj.tilbud i privat sektor	Barnevernstj; priv bv-tiltak mm	Fengsler mm
							Asylmottak mm	

<sup>4</sup> KD – Kunnskapsdepartementet, HOD – Helse- og omsorgsdepartementet, AD – Arbeidsdepartementet, BLID – Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, JD – Justisdepartementet.

<sup>5</sup> Den offentlige tannhelsetjenesten forvaltes av fylkeskommunen underlagt KRD, men sorterer likevel i hht lovverket under HOD

Sektoransvarsprinsippet til grunn for politikk og forvaltning representerer en utfordring for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av praksisstudiene, ettersom det ikke er gitt at alle disse departementene kommuniserer om eller samordner sine styringssignaler med tanke på effekten de kan ha på denne viktige delen av utdanningsprogrammene for alle typer helse- og sosialpersonell.

Når det gjelder lovverk av direkte betydning for praksisstudiene, er følgende særlig viktig:

### **Studenters status som helsepersonell og krav til egnethet/skikkethet**

Studenters status når de er i praksis i helsetjenesten, er regulert i **Lov om helsepersonell**:

- fra §3 Definisjoner: *Med helsepersonell menes i denne lov: (...) Pkt 3: elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd*
- fra §5. Bruk av medhjelpere: *Elever og studenter skal som regel bare gis oppgaver ut fra hensynet til opplæring.*

Helsepersonellovens bestemmelse om helsepersonells egnethet og UH-lovens *Forskrift om skikkethetsvurdering* er begge virkemidler som skal benyttes for å sikre at helsepersonell og helse- og sosialfagstudenter som opptre slik at de vurderes som ikke egnede eller skikket for yrket, blir stoppet.

### **Lovfesting av plikt til å ta imot og veilede studenter i praksisstudier**

Helse- og sosialfagutdanningene benytter et vidt spekter av yrkesfelt og praksisarenaer til gjennomføring av praksisstudier for sine studenter. I noen tilfelle er tjenestenes plikt til å ta imot og veilede studenter som skal ha praksis, tydelig forankret i lovverk. Dette gjelder spesialisthelsetjenesten og apotekvesenet. For disse to praksisarenaene foreligger det en udiskutabel, lovhjemlet plikt til å ta imot og veilede studenter:

#### ***Spesialisthelsetjenesteloven: § 3-5. Om deltakelse i undervisning og opplæring***

- *De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.*
- *Departementet kan gi forskrifter om plikten til å delta i undervisning og opplæring, herunder om private helseinstitusjoners plikt.*

#### ***Apotekloven: § 4-6. Praktisk opplæring i praksisapotek***

- *Elever ved teknikerutdanningen i videregående skole, reseptar- og farmasiststudenter samt farmasøyter med utenlandsk utdannelse som skal ta norsk tilleggsprøve, har rett til praktisk opplæring i apotek som departementet har godkjent som praksisapotek.*
- *Departementet fastsetter hvilke apotek som er praksisapotek og som plikter å motta elever og studenter til praktisk opplæring. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om opplæringens lengde og innhold*

For skolesektoren gir opplæringsloven like klare føringer for plikt til å ta imot og veilede studenter, men det kan være uklart om denne plikten gjelder overfor alle profesjonsutdanninger som ser skolen som en relevant praksisarena, eller bare for lærerutdanningene:

#### ***Opplæringslova: § 10-7. Praksisplassar i skolen***

- *Departementet kan i det enkelte tilfellet eller i forskrifter gi pålegg om at kommunar eller fylkeskommunar skal gi studentar frå universitet og høgskolar praksisopplæring og rettleiing i skolen, og om val av den som skal stå for praksisopplæringa.*

Lærerutdanningenes praksisopplæring har også støtte i en sentralt forhandlet avtale om øvingslærere som spesifiserer både krav, rettigheter og lønnsbetingelser knyttet til denne funksjonen i skoleverket. Det er også lagt inn et vesentlig økonomisk insitament for de skoler og barnehager som



stiller som praksissted for lærerstudenter. De helse- og sosialfagutdanningene som ser barnehage og skoleverk som en viktig praksisarena, har ikke denne typen avtaler.

Når det gjelder praksis i kommunehelsetjenesten, er lovteksten formulert slik:

**Kommunehelsetjenesteloven: § 6-1. (Undervisning og praktisk opplæring):**

- *”Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.”*

Både Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet mener at kommunehelsetjenesteloven er like juridisk forpliktende med hensyn til å ta imot og veilede studenter som de før nevnte lovene. Men lovteksten er ikke formulert i samme klartekst på dette punktet som f.eks. spesialisthelsetjenesteloven, og kan derfor bli gjenstand for ulik tolkning av aktuelle praksissteder i praksisfeltet.

Heller ikke for tannhelsetjenesten er forpliktelsene like klart formulert i lovteksten som i spesialisthelsetjenesteloven:

**Tannhelsetjenesteloven: § 6-1. (Undervisning og praktisk opplæring):**

- *”Enhver fylkeskommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.”*

Lovbestemmelsene gir mulighet for ansvarlig departement til å fastsette forskrifter. Så langt er det ikke fastsatt forskrifter med hjemmel i ovennevnte lovparagrafer som har betydning for gjennomføring av praksisstudier.

Praksisarenaer som ikke har noen bestemmelser om gjennomføring av praksisstudier er bl.a., barnevernstjeneste, kriminalomsorg, ortopediske verksted, optiske forretninger, private laboratorier, sosialtjeneste m.m. Ikke alle ovennevnte virksomhetsområder er regulert med egne lover, men dersom for eksempel sosialtjenesteloven, barnevernsloven og straffegjennomføringsloven hadde hatt klare bestemmelser om sektorenes medansvar for utdanning gjennom tilrettelegging for praksisstudier, ville det gjort det lettere for UH-institusjonene å få på plass gode avtaler basert på en tydeliggjort ansvars- og arbeidsdeling.

## 2.2 Regulering av praksisstudienes omfang og innhold

Respondentene ble bedt om å krysse av for hvilke typer av bestemmelser og reguleringer som gir føringer for praksisstudienes mål, formål, omfang, innhold og praksisarenaer. I spørsmålet var det gitt 6 svaralternativer: EU-direktiv, lov, forskrift, rammeplaner utstedt av Kunnskapsdepartementet, fagplan og studieplan. Alle studieprogram har enten studieplan eller fagplan. Fagplan betyr at den er avledet fra en nasjonal rammeplan, mens studieplan betyr at institusjonen selv utvikler planen, uten føringer fra en rammeplan. Begge plantyper må forholde seg til eventuelle EU-direktiv og krav om skikkethetsvurdering.

**Tabell 4: Oversikt over hvilke utdanningsprogram som har hvilke overordnede føringer for arbeidet med fag- eller studieplan**

	EU-direktiv	Rammeplan	Skikkethetsforskrift
<b>Audiograf</b>			X
<b>Barnevernspedagog</b>		X	X
<b>Bioingeniør</b>		X	X
<b>Ergoterapeut</b>		X	X
<b>Farmasi provisor</b>	X		X
<b>Farmasi reseptar</b>			X
<b>Fysioterapeut</b>		X	X
<b>Jordmor</b>	X	X	X
<b>Klinisk ernæringsfysiolog</b>			X
<b>Lege</b>	X		X
<b>Optiker</b>			X
<b>Ortopediingeniør</b>			X
<b>Psykolog</b>			X
<b>Radiograf</b>		X	X
<b>Sosionom</b>		X	X
<b>Sykepleier</b>	X	X	X
<b>Tannlege</b>	X		X
<b>Tannpleier</b>			X
<b>Tanntekniker</b>			X
<b>Velferdsviter</b>			
<b>Vernepleier</b>		X	X

Tabell 4 viser at 9 av 21 utdanninger styres av rammeplaner, og at 5 utdanninger er underlagt et overnasjonalt EU-direktiv som legger føringer for studiemodell/studieinnhold. Alle utdanningene, med unntak av den nye velferdsviterutdanningen, er underlagt Forskrift om skikkethetsvurdering.

### 2.2.1 Nasjonale føringer

Generelt reguleres utdanningene gjennom Lov om universiteter og høyskoler av 1.april 2005 (UH-loven). I henhold til UH-loven § 3-3 om faglige fullmakter tredje ledd, fastsetter styret "... studieplan for det faglige innholdet i studiene, herunder bestemmelser om obligatoriske kurs, praksis og lignende og om vurderingsformer."

Ved at UH-loven i § 3-10 andre ledd gir institusjonene anledning til å nekte en kandidat å melde seg opp til eksamen dersom obligatorisk praksis ikke er gjennomført, gis et sterkt signal om at praksisstudier anses som en del av utdanningen. UH-loven § 4-8 omhandler utestengning og bortvisning. Andre ledd gir anledning til – på visse vilkår – å stenge ute studenter fra studier med klinisk undervisning og praksisopplæring i inntil tre år. I de tilfellene en student som følger et studieprogram som leder til autorisasjon som helsepersonell blir utstengt etter denne bestemmelsen, skal Helsedirektoratet varsles.

§ 4-10 innehar bestemmelser om skikkethetsvurdering. Denne paragrafen hjemler Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning § 4 inneholder bestemmelser om vurderingskriteriene for helse- og sosialfagutdanningene. Av helse- og sosialfagutdanningene er det kun velferdsviteutdanningene som ikke omfattes av skikkethetsvurdering.

Når det gjelder begrepene fag- og studieplaner, er begrepene brukt i tråd med NOKUTs forskrift om Forskrift om standarder og kriterier for akkreditering av studier og kriterier for akkreditering av

*institusjoner i norsk høyere utdanning*” Forskriften benytter begrepet ”plan” og spesifiserer hvilke elementer planen skal inneholde. Forskriften sier bl.a.:

*”Opplegg for og gjennomføring av eventuell praksis skal være relatert til målene for studiet, den øvrige undervisningen og den kompetansen kandidatene skal ha ved gjennomført studium.”*

Denne bestemmelsen gjelder for studier på både lavere og høyere grads nivå og, jf” § 2-1 (1) niende ledd samt § 2-2 (2) tiende ledd.

Ni av utdanningene innen helse- og sosialfag er regulert av nasjonale rammeplaner. Rammeplanene for barnevernpedagog- og sosionomstudiene var gjennom en stor revisjon i 1999. De øvrige utdanningene som er styrt av rammeplaner – bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, jordmor, radiograf, sykepleier og vernepleier - var gjennom en større revisjon i 2004. Sykepleie ble revidert når det gjaldt praksisstudiene i 2007. Rammeplanene er gitt i form av forskrift med veiledning hjemlet i UH-loven § 3-2 andre ledd. Rammeplanene gir bl.a. en rekke føringer for praksisstudier. Særlig detaljert er dette for sykepleierutdanningene. En psykologutdanning viser til Norsk standard for Psykologutdanning. Denne er utarbeidet av Nasjonalt profesjonsråd for psykologutdanning og er ikke et formelt bindende dokument.

## 2.2.2 Internasjonale føringer

*Europa-parlamentets og rådets direktiv 2005/36/EF af 7. september 2005 om anerkendelse av erhvervsmæssige kvalifikationer (EØS-relevant tekst)*<sup>6</sup> inneholder bestemmelser om utdanning til lege, tannlege, provisorfarmasøyt, sykepleier og jordmor. Utdanningene reguleres både direkte i direktivet og i vedlegg til direktivet. Det gis ikke føringer på hvilket nivå utdanningene skal gjennomføres. Det er også i liten eller ingen grad angitt målsettinger. Derimot er det gitt en rekke detaljer på innholdet i utdanningene, særlig for sykepleierutdanning. Her er det bl.a. fastsatt både innhold og hvilke faglige områder sykepleierstudentene må ha vært innom i løpet av studiet. Disse bestemmelsene er forpliktende for Norge, og utdanningene kan da ikke fravike de kravene som er satt.

To ergoterapiutdanninger oppgir at utdanningen er godkjent i henhold til standarder utarbeidet av **World Federation of Occupational Therapists**<sup>7</sup> (WFOT). Optikerutdanningen viser til **ECOO European Diploma in Optometry**<sup>8</sup>. En psykologutdanning viser til **EuroPsy**<sup>9</sup> som er et sett med standarder for utdanning til psykolog. Dette er ikke forpliktende for utdanningene.

---

<sup>6</sup> Direktiv 2005/36: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:da:PDF>

<sup>7</sup> WFOT: <http://www.wfot.org/>

<sup>8</sup> ECOO European Diploma in Optometry <http://www.ecoo.info/mm/ENGLISH.pdf>

<sup>9</sup> Europsy: <http://www.efpa.eu/europsy/what-is-europsy>

## 2.3 Strukturer for samarbeidet mellom UH-sektoren og praksisfeltet

### 2.3.1 UH-sektoren og spesialisthelsetjenesten

De medisinske fakultetene ved landets universiteter har lange tradisjoner for tett integrasjon med universitetssykehusene både innen grunnforskning og anvendt forskning, og om undervisning av medisinerstudenter særlig, men også annet helsepersonell. Det har til alle tider vært overføring av penger til forskning og undervisning i dette integrerte systemet, inklusive gode modeller for ansettelse av undervisnings- og forskningspersonell ved begge typer institusjoner (kombinerte stillinger).

De fleste av de nå 3-årige helsefaglige profesjonsutdanningene har en fortid som bedriftsinterne utdanninger i helsesektoren, og underlagt helsedepartementets ansvarsområde. Overføringen av utdanningsansvaret for helsepersonell til utdanningsdepartementet og utviklingen via distriktshøgskoler til dagens høgskoler, har brutt den opprinnelig tette forbindelsen mellom disse utdanningene og helsetjenestens institusjoner. Sosialfagutdanningene har ikke samme historikk, men stiller i dag mer likt med helsefagutdanningene med hensyn til sitt behov for tilgang til institusjonene i helsetjenesten som praksisarena, og som samarbeidspartner i fagutvikling og forskning. For disse helse- og sosialfagutdanningene har det ikke vært etablert ordninger om faste overføringer fra noe departement av forskningsmidler eller midler øremerket undervisning og veiledning i helsetjenesten.

#### **Instruks til regionale helseforetak om forholdet til universiteter og høgskoler**

Som følge av Helsereformen i 2001 ble det etablert fem regionale helseforetak (RHF) i Norge fra 2002, og disse fikk da en egen instruks om hvordan forholdet til universiteter og høgskoler skulle ivaretas. 2002-versjonen av denne instruksen sa bare at *”Regionalt helseforetak... skal opprette samarbeidsorgan med universiteter og høgskoler for drøfting av saker av felles interesse.”*<sup>10</sup>

Det lå ikke i instruksen av 2002 at det skulle være to samarbeidsorgan mellom et RHF og UH-sektoren. Men over mange år før 2002 var det utviklet gode kontakter og etablerte strukturer og samarbeidsorgan mellom de medisinske fakultetene og universitetssykehusene, primært knyttet til strategi for og fordeling av de statlig øremerkete tilskuddene til forskning ved universitetssykehusene. Disse allerede etablerte relasjonene ble nå raskt formalisert som samarbeidsorganet på universitetssiden (heretter omtalt i kortform som USAM, universitetssamarbeidet).

Ser en på sakspapirene fra styremøtene i RHF’ene i 2002, var en hovedbegrunnelse for etablering av to samarbeidsorgan fra start av nettopp forvaltningen av de statlige overføringene til forskning ved universitetssykehusene. Ettersom høgskolesiden ikke var part i tildeling og bruk av disse forskningsmidlene, mente man at det var mest hensiktsmessig at universitetene hadde sitt eget samarbeidsorgan med RHF, der bruk og fordeling av tildelte forskningsmidler var hovedsaken. Samarbeidsorganet mellom RHF og høgskolesektoren skulle da mer fokusere på utdanningssamarbeidet mellom høgskoler og sykehus, selv om det også i dette organet skulle diskuteres forskning og utvikling i helse- og sosialfagene – men altså uten midler å fordele. (Høgskolesamarbeidet omtales heretter i kortform som HSAM)

---

<sup>10</sup> Etter sammenslåingen av Helse Øst og Helse Sør til Helse Sør-Øst fra 1.juni 2007, er det fire regionale helseforetak i Norge

I 2004 kom Revidert instruks til RHF'ene om forholdet til i universiteter og høyskoler. Endringer gjort gjelder særlig samarbeidsorgan, og fra nå synes todelingen å være en del av instruksen:

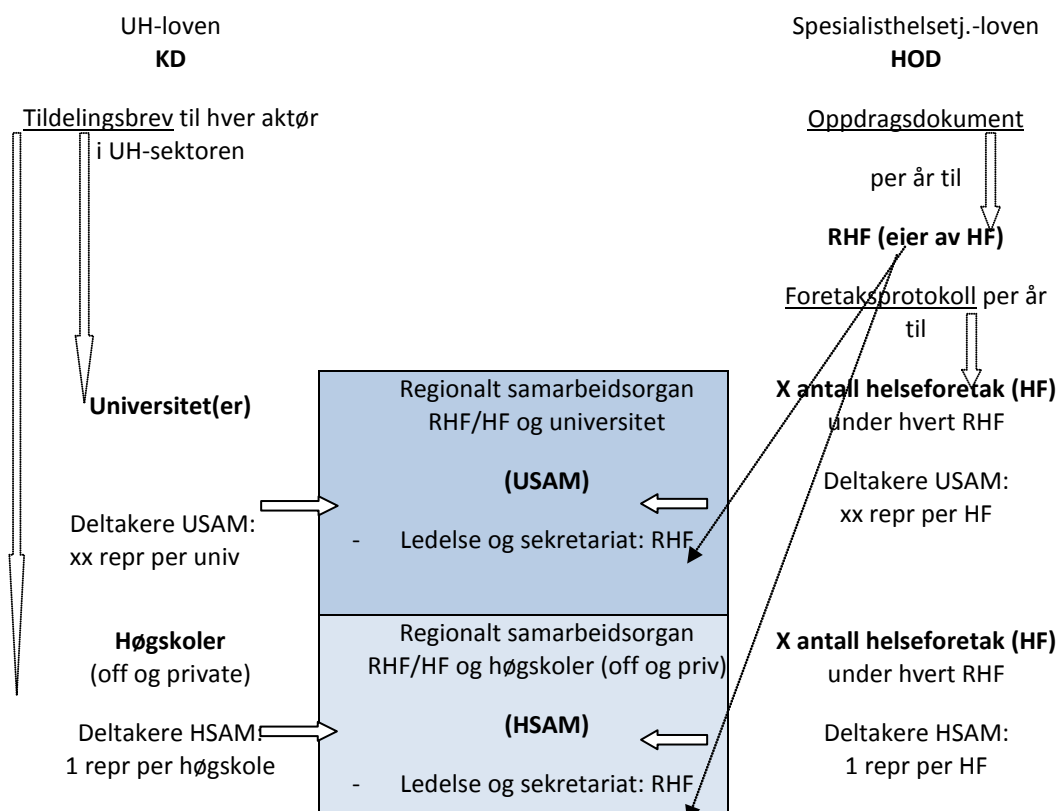
*"Helse xxxRHF skal i samarbeid med henholdsvis Universitetet i yyy og høyskolene i regionen opprette samarbeidsorganer. (...) Samarbeidsorganene skal utarbeide forslag til mandat eller rammeavtale som spesifiserer organiseringen av organets ledelse og hvilke arbeidsoppgaver og fullmakter som bør gis til organet. Mandatet eller rammeavtalen skal vedtas i styret til Helse xxxRHF"*

Her er det altså instruksfestet at institusjonstype legges til grunn for inndelingen i to ulike samarbeidsorganer, selv om begge har felles oppdrag: *"Samarbeidsorganene skal være rådgivende for Helse xxxRHF's besluttsende organer i saker som gjelder forskning og utdanning"*.

Det viktige skillet går på at universitetsorganet fortsatt er tillagt beslutningsmyndighet for fordelingen av det statlig øremerkete tilskuddet til forskning, og Norges Forskningsråd skal derfor ha rett til å være observatør i samarbeidsorganet for RHF og universitetene.

Noen steder var det allerede i 2002 snakk om å lage et overbyggende organ for de to samarbeidsorganene, men det ble ikke realisert i noen region. I stedet innførte man etter hvert en ordning med representasjon som observatør i hverandres samarbeidsorgan.

**Figur 2: Oversikt over strukturer og føringer bak de regionale samarbeidsorganene**



### Om eksistensen av "samarbeidsmidler"

Fra departementenes side var det opprinnelig tenkt at samarbeidsorganene mellom høyskoler og helseforetak (HSAM) skulle spille en sentral rolle i fordelingen av og kontrollen med prosjektmidler hentet fra det som fra 2006 ble kalt "samarbeidsmidler". Slik Kunnskapsdepartementet har vurdert dette, framkommer midlene som summen av flere poster: For det første fra en ordning fra mange år tilbake med årviss overføring i størrelsesorden 30-40 millioner fra departementet fordelt til de høyskolene som tilbyr sykepleierutdanning, og øremerket honorering for veiledning av sykepleierstudenter. Fra 2006 omdefinerte man disse midlene til å gjelde alle helse- og sosialfagutdanninger. For det andre la man da også inn i potten de midlene høyskolene over årene hadde hentet fra eget budsjett til honorering for veiledning av andre studentgrupper enn sykepleierstudenter, basert på regnskapstall for 2005. Summen utgjør da det som omtales som "samarbeidsmidler", og som er ment brukt til prosjekter som styrker praksisstudiene og samarbeidet om praksisstudiene.

Høyskolene ser disse midlene som høyskolens midler, og har i liten grad overlatt disponeringen av midlene til HSAM. Dessuten betales det fortsatt for veiledning ved mange praksissteder. Det varierer også mellom regionene i hvilken grad HSAM overhodet er involvert i disponeringen av disse midlene, og i hvilken grad det rapporteres til HSAM og videre til RHF og departementer hvordan midlene avsatt til prosjektsamarbeid mellom høyskole og praksisfelt blir brukt.

Viktig i denne sammenheng er at kompleksiteten i utfordringene knyttet til samarbeidet om praksisstudier for helse- og sosialfagstudenter varierer mellom regionene. Følgende oversiktstabell illustrerer dette:

**Tabell 5: Hvordan antallet studieprogram fordeler seg ut fra institusjonstype og helseregion**

Helseregion	studieprogram per institusjonskategori			Totalt antall studieprogram per helseregion
	Studieprogram ved statlige høyskoler	Studieprogram ved private høyskoler	Universitets-baserte studieprogram	
RHF Sør-Øst	33	4	10	47
RHF Vest	13	4	8	25
RHF Midt-Norge	19	0	2	21
RHF Nord-Norge	18	0	4	22
<b>Totalt antall studieprogram per institusjonstype</b>	<b>83</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>115</b>

I vedlegg V5 gis en oversikt over hvordan de 21 profesjonsutdanningenes til sammen 115 studieprogram fordeler seg i forhold til de fire helseregionene. Av den aggregerte tabellen over, framgår det at de største koordineringsutfordringene er i Helseregion Sør-Øst: Her er antallet helse- og sosialfaglige studieprogram nesten dobbelt så høyt som i de øvrige regionene.

Derfor var initiativet fra HSAM i tidligere Helse Øst, "Praksisprosjekt Helse Øst (2005-2006)", viktig for høyskolesektoren i denne regionen: Prosjektet førte fram til implementering av en løsningsmodell for fordeling og tildeling av praksisplasser mellom alle høyskoler og helseforetak i stor-regionen. I all hovedsak har modellen gjort planlegging og gjennomføring av praksisstudier lettere for partene fra år til år, selv om det fortsatt meldes om utfordringer og problemer.

Mer generelt virker det som at de RHF-ledede samarbeidsorganene i liten grad er direkte involvert i det løpende samarbeidet mellom helseforetak og høgskoler om rammer for og gjennomføring av praksisstudier. Dette overlates til andre typer av samarbeidsorganer og samarbeidsutvalg som hver høgskole velger å etablere med hvert helseforetak. Hvor mange avtalenivåer og møtearenaer som er i bruk, varierer mellom regionene ut fra behov. For helseregion Sør-Øst, for eksempel, og Oslo-regionen spesielt, er studenttallene så store og aktørene så mange at det er inngått avtaler og etablert møtearenaer av flere typer og på flere nivåer.

Følgende forenklete skisse gir en ide om hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene i Helseregion Sør-Øst nå er organisert:

**Tabell 6: Forenklet skisse av avtalenivåer og møtearenaer relatert til praksisstudiene i det løpende samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene i helseregion Sør-Øst**

	Aktørnivå	Avtalenivå		Møtearenaer; typer og nivå
Overordnet nivå	Høgskole og universitet	rammeavtale	Regionalt helseforetak	- HSAM/ USAM - Regionalt koordinatorforum
Overordnet nivå	høgskole	Nivå1-avtale	Helseforetak	- Lokale samarbeidsutvalg
Operativt nivå	studieprogram	Nivå 2-avtale	Helseforetak/ underavdeling/ praksissted	- Samarbeid via fagråd eller andre utvalg, mer fokus på innhold, gjennomføring, evaluering og kvalitetsutvikling; Identifisere og prioritere samarbeidsprosjekter
	Studieprogram	Andre typer av mer spesifikke avtaler og utveksling av skriftlig materiell	Det enkelte praksissted/ den enkelte veileder	- Samarbeidsmøter mellom utdanning og praksisveiledere - Fagseminarer - Prosjektsamarbeid osv

Som sagt, benytter ikke alle helseregioner eller høgskoler i hver region alle de nivåene av avtaler og møtearenaer som er skissert her. Det er primært behovet for samarbeid om fordeling av praksisplasser i eget nærområde som avgjør hvilke avtaler og samarbeids- og møtearenaer som trengs.

### 2.3.2 UH-sektorens samarbeid om praksis med kommunal og privat sektor

Tilrettelegging for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og UH-sektoren er, som vist, en lovfestet oppgave for de regionale helseforetakene. For UH-sektoren er dette derfor det samarbeidsområdet som per dato er best organisert. Når det gjelder samarbeidet om praksisutplassering og veiledning med praksissteder i **kommunesektoren** og **privat sektor** er bildet langt mindre oversiktlig, selv om det også for disse arenaene er gitt visse føringer i lovverket med hensyn til ansvar for å tilby praksisplasser og veiledning til studenter (se punkt 2.1).

Men for disse sektorene er det ingen fellesinstans med et opplagt koordineringsansvar, slik som de fire RHF'ene er pålagt å ta. Derfor må den enkelte utdanningsinstitusjon og/eller hvert enkelt studieprogram arbeide fram avtaler med en og en aktør i praksisfeltet. For å få gjennomført praksisstudier i kommunesektoren for det store volumet helse- og sosialfagstudenter det her er snakk om, må institusjonene eller det enkelte studieprogram år for år sikre seg kontakt og avtale med et stort antall relevante praksissteder. Dette arbeidet er meget ressurskrevende, også fordi ansvarlinjer og organisering av disse delene av praksisfeltet er svært varierende, enten det gjelder tjenester i offentlig sektor eller i privat sektor med eller uten avtale med det offentlige.

## 3.0 Metode og metodiske begrensninger

### 3.1 Metode

Undersøkelsen er gjennomført som en nettbasert spørreskjemaundersøkelse. Det ble utarbeidet et omfattende sett med spørsmål om praksisstudiene for studieåret 2007-2008 og 2008-2009. Spørreskjemaet ble distribuert til utdanningsinstitusjonene via institusjonenes representanter i de fem aktuelle fagstrategiske organene i UHR: Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning (NRHS), Dekanmøtet i medisin, Det nasjonale fakultetsmøtet i odontologi, Profesjonsrådet for farmasiutdanning og Profesjonsrådet for psykologiutdanning.

Disse representantene skulle sikre at den institusjonen hver av dem representerer, ble godt orientert om undersøkelsen og tok ansvar for at spørreskjemaet ble riktig utfylt for hvert av de studieprogrammene ved institusjonen som var inkludert i undersøkelsen. I tillegg ble spørreskjemaet oversendt direkte fra arbeidsgruppens sekretariat til hver av de private høyskolene som er inkludert i undersøkelsen, med de samme veiledende dokumenter og instruksjoner som til de øvrige institusjonene. Denne strategien skulle sikre at det ble samlet inn data om til sammen 115 inkluderte studieprogram.

Undersøkelsen består av 12 grupper spørsmål om praksis:

- Ni av spørsmålsgruppene har fokus på volum studenter i praksis og volum uker studentene er ute i praksisstudier. Det man har ønsket å få fram her er tall på hvor studentene har sine praksisstudier, hvor mange studenter som er hvor, og hvilket omfang i tid de er i et gitt praksisfelt (uker i løpet av studieåret 2007-2008).
- To spørsmålsgrupeer har fokus på kvalitetssikring og finansiering av praksisstudiene.
- I den avsluttende spørsmålsgruppen blir respondentene bedt om å beskrive "*positive sider ved gjennomføring av praksis*" og "*hvilke utfordringer som oppleves i forbindelse med gjennomføring av praksis*".

Spørsmål om antall studenter og uker i praksisstudier ble stilt i forhold til 54 forhåndsdefinerte praksisarenaer fordelt på 9 forhåndsdefinerte hovedarenaer for praksisstudier (se tabell 7).



**Tabell 7: Opprinnelig utgangspunkt: Hvilke praksisarenaer (hovedarenaer og subarenaer) som var inkludert i spørreskjemaundersøkelsen**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		offentlig spesialisthelse-tjeneste	offentlig fylkes-kommunal helsetjeneste	kommune-helsetjeneste	komm og statlig sosialtjeneste, barnevern og NAV	privat sektor: spesialist-helsetjenesten	privat sektor: aktører m/driftsavtale med kommune-helsetjenesten	privat sektor: annen praksis	barnehage og skoleverk	brukerrettet praksis internt
underarenaer for prx, under hver hovedarena	1	dagavd somatikk	offentl tann-helsetjeneste	Sykehjem	sosialkontor	dagavd somatikk	Sykehjem	ortopedisk verksted	barnehage	intern klinikk (o.l.)
	2	poliklinikk somatikk		hjemme-tjeneste	barnevern	poliklinikk somatikk	Hjemmetjeneste	privat tannklinikk	grunnskole	
	3	sengepost somatikk		omsorgs-boliger	NAV-kontor	sengepost somatikk	Omsorgsboliger	privat tannteknisk lab	PP-tjenesten	
	4	dagavd/senter psykisk helsevern		aldershjem		privat tannklinikk	Aldershjem	legekontor	andre spes-ped tiltak	
	5	poliklinikk, psykisk helsevern		dagavdeling		dagavd psykisk helsevern	helsestasjon	fysikalsk inst u/driftsavtale		
	6	sengepost, psykisk helsevern		helsestasjon		poliklinikk, psykisk helsevern	fysikalsk institutt	medisinsk senter u/driftsavtale		
	7	ambulante team		allmennlege-tjenesten		sengepost, psyk. Helsevern		privat sykehus u/driftsavtale		
	8	Rusomsorg		fysioterapi-tjenesten		rusomsorg		apotek		
	9	rehab-institusjoner				rehab-institusj		farmasøytisk lab		
	10	hjelpemiddel-sentral				hjelpemiddel-sentral				
	11	Sykehusapotek				sykehusapotek				
sum		11	1	8	3	11	6	9	4	1
<b>Sum antall praksisarenaer inkludert ved oppstart av analysearbeidet: 9 hovedarenaer og 54 underarenaer</b>										

Strukturen i oppsettet av hovedarenaer og underarenaer for praksis viser at undersøkelsen har hatt et særlig fokus på

- a) å skille mellom statlige og kommunale praksisarenaer på den ene siden, og praksisarenaer i privat sektor på den andre siden.
- b) å nyansere bildet av praksisstudier i privat sektor ved å dele privat sektor inn i tre hovedarenaer: Privat spesialisthelsetjeneste, private aktører med driftsavtale med kommunene, og private aktører uten slik avtale.
- c) å skille mellom mange underarenaer innen somatisk og psykisk helsevern i både offentlig og privat spesialisthelsetjeneste (sykehus og deres samarbeidspartnere).
- d) å skille mellom mange underarenaer innen pleie- og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten.

Ut over dette har man inkludert de praksisarenaer (hovedarenaer og underarenaer) man har ment vil bidra til et dekkende bilde av hvor helse- og sosialfagstudentene har sine praksisstudier.

### **3.2 Spørreskjemaets begrensninger og måten de er håndtert på**

Spørreskjemaet var meget omfattende og på et høyt detaljeringsnivå for noen typer av spørsmål. Prosessen med å få samlet inn data tok lang tid og flere purringer måtte til. Dette forsinket prosjektet, men tilslutt hadde alle inkluderte UH- institusjoner svart. Men det er likevel levert mangelfulle data på studieprogramnivå for en eller flere av noen institusjoners utdanninger. En mulig forklaring på dette kan være at de som har fylt ut spørreskjemaet per studieprogram har sittet på ulike nivå i institusjonen, og derfor har hatt ulik kunnskap om de tema som ble etterspurt. Der hvor manglende svar kan ha betydning for resultatene og tolkningen av dem, vil det blir gjort oppmerksom på dette.

Undersøkelsen ble, som før sagt, gjennomført som en nettbasert spørreskjemaundersøkelse. Det elektroniske skjemaet måtte fylles ut i én suksessiv økt. Det vil si at programmet ikke ga respondentene mulighet til å gå tilbake og korrigere tidligere svar. Man oppfordret respondentene til å gjøre seg kjent med spørsmålene og forberede svarene, for slik å kunne fylle ut skjemaet korrekt på første forsøk. Dataanalysen tyder på at dette i noen grad kan ha skapt flere typer feilkilder: Manglende svar fordi man ikke fant underkategorier som var dekkende for hvor studentene faktisk var (underrapportering både på studenter og ukevolum), og feilføringer eller dobbeltføringer som følge av at man har fylt inn tall på feil sted tidlig i skjemaet. Det siste vil kunne skje om man fant en riktigere kategori senere i skjemaet, uten å kunne gå tilbake og rette opp dette. Noen av disse dobbeltføringene er luket ut der respondentene selv har gjort oppmerksom på dette.

#### **3.2.1 utfordringer knyttet til utformingen av spørreskjemaet**

Den første gjennomgangen og analysen av rådata fra respondentene viste at spørreskjemaet av forskjellige grunner har bidratt til at svarprofilen per studieprogram varierte veldig. I det følgende vil de viktigste utfordringene ved råmaterialet bli beskrevet, samt hva som er gjort med materialet av de analyseansvarlige for å sikre et mer robust datamateriale som utgangspunkt for deskriptive og sammenlignende analyser.

##### **Manglende fleksibilitet i skjemaet.**

Respondentene, enten de fylte ut skjemaet for ett eller for flere studieprogram ved sin institusjon, fikk ikke anledning til, på en systematisk måte, og selv sette inn student- og uketall for praksisarenaer hvert studieprogram faktisk bruker, dersom disse ikke var inkludert i spørreskjemaet. Mange har brukt kommentarfeltet til å påpeke at de ikke finner kategorier som passer for de praksisarenaene deres studenter bruker (se neste punkt). Selv om mange har nevnt hvilke praksisarenaer de savner, har svært få oppgitt student- og uketall på den eller de arenaene de savnet. Dermed har det ikke vært mulig å bygge ut praksisarenakartet i etterkant på en måte som vil gi pålitelige tall.

2 nye underarenaer er lagt inn i analysene, basert på at tallmaterialet fra utdanningene var godt nok:

- Under Hovedarena 1 - Offentlig spesialisthelsetjeneste, er en subarena for praksis kalt "spesialavdelinger i sykehus" lagt til. Her er tallene fra følgende studieprogram lagt inn: *Bioingeniørutdanningene* som bruker sykehuslaboratorier som sin hovedarena for ekstern praksis, og fra *ortopediingeniørutdanningen* som bruker ortopedisk verksted i sykehus som praksisarena, og *audiografutdanningen* som har hele sin praksis ved de totalt 30 høresentralene ved offentlige sykehus.
- Under Hovedarena 7 – Privat sektor – annen virksomhet, er en subarena kalt "Annen privat virksomhet" lagt til. Her er tallene lagt inn for *optikerstudenters* praksis hos private optikerbedrifter, *psykologstudenters* praksis i ymse organisasjoner (arbeids- og organisasjonspsykologi praksis), *ergoterapeutstudenters* praksis i privat bedriftshelsetjeneste, *barnevernspedagogstudenters* praksis i private asylmottak, *bioingeniørstudenters* praksis i private laboratorier, *radiografstudenters* praksis i private radiologiske institutter og *sosionomstudenters* praksis i frivillighetsentraler, kommunale kulturtiltak, private organisasjoner og lignende.

Selv om resultatene for disse to nye underkategoriene bygger på oppgitte tall, må det også her sies at tallene kan bety en underrapportering for begge underkategorier. Det ville trolig vært svar fra flere studieprogram på disse 2 nye arenamulighetene dersom de hadde vært lagt inn fra start. Klare eksempler her er fysio- og ergoterapeututdanningene, som begge har studenter i praksis ved hhv egne fysio- og ergoterapiavdelinger i sykehus. Bruken av disse spesialavdelingene blir borte slik skjemaet er bygget opp, og respondentene ser ut til å ha plassert sine tall under kategoriene somatisk dagavdeling eller somatisk poliklinikk.

#### **For få underkategorier i forhold til profesjonenes faktiske praksisfelt.**

Spørreskjemaet dekker ikke godt nok hvordan hele bredden av profesjonsutdanninger som er inkludert (21 profesjonsutdanninger) bruker praksisfeltet. Den arenatekningen som er lagt til grunn for oppbyggingen av spørreskjemaet passer best for sykepleier- og medisinerutdanningene, og for sykehus som praksisarena. Mange av de øvrige profesjonenes aktive praksisarenaer er utelatt i skjemaet, eller de blir borte i mer generelle arena-termer. Noen eksempler på dette er:

- Radiografene har sin hovedpraksis i radiologiske avdelinger i sykehus og også krav om å ha stråleterapi praksis. Ingen av kategoriene framkommer av skjemaet, og utdanningene har da svart under henholdsvis 'somatisk poliklinikk' og 'dagavdeling' – noe som gjør radiografpraksis i sykehus usynlig.
- Psykologutdanningene har slitt med å finne kategorier for noe av sin eksterne praksis: De har for eksempel rapportert praksis ved familievernkontor under kategorien 'barnevern', og innplassert praksis i kriminalomsorgen og fengselsvesenet under kategorien 'rehabiliteringsinstitusjon'. Begge disse tolkningene er substansielt noe overraskende – men alternativet hadde vært ikke å rapportere denne praksisen overhode.
- Særlig sosialfagutdanningene og ergoterapeut- og fysioterapeututdanningene er tydelige på at undersøkelsen mangler mange underkategorier både under kommunehelsetjeneste-arenaen og privat sektor-arenaene, som begge er viktige praksisarenaer for dem. Særlig gjelder dette innen rehabilitering, habilitering, psykiatri og rus. En av ergoterapeututdanningene sier det så klart som dette: "Der majoriteten av våre studenter er, er det ikke kategorier for." Flere av utdanningene har valgt å sette inn sine student- og uketall under kategorien "hjemmetjenester", noe som ikke er godt nok for å få et bilde av variasjonsbredden i typer av praksisarenaer.
- Odontologi- og tannpleierutdanningene har kommentert at de har praksis i eldretannpleie i samarbeid med syke- og aldershjem i kommunehelsetjenesten, men at det ikke er en kategori som synliggjør dette. Odontologene har brukt kategorien "offentlig tannhelsetjeneste" selv om

denne er på fylkeskommunalt nivå, mens tannpleierne har plassert sine tall under kategorien "sykehjem".

- Sosialfagutdanningene sosialt arbeid, barnevern og vernepleie er tydelige på at kategorien "barnevern" er for unyansert i forhold til hvilke deler av de kommunale, statlige og private barnevernstjenestene studentene har praksis i. Man etterlyser blant annet mulighet for å melde tall fra praksisarenaer som kollektiver, mødre hjem, sosialmedisinske sentre, ungdomsinstitusjoner, fritidsklubber for barn og unge med spesielle behov, frivillig sektor samt kommunale kulturtiltak. Noen utdanninger har brukt underkategorien "andre spesialpedagogiske tiltak" under hovedarena 'Barnehage og skoleverk' for å få plassert sine tall, men dette er ikke gjort av alle eller på noen systematisk måte.
- Studenters praksisperioder i utlandet er ikke inkludert som egen kategori, noe flere av respondentene påpeker. Internasjonale studenter som studieprogrammene har ansvar for at får praksis i en norsk kontekst, er heller ikke dekket. For å få et helhetlig bilde av omfang, organisering og finansiering av praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene, mener flere respondenter at også disse inn- og utreisestudentenes praksisstudier er en del av bildet – og ikke minst på kostnadssiden.

En konsekvens av manglende samsvar mellom spørreskjemaets kategorier og det arenamangfoldet som benyttes av de inkluderte 21 profesjonsutdanningene, er en sannsynlig underrapportering mht antall studenter ute i praksis i løpet av studieåret, og derav antall uker studieprogrammene har studenter ute i løpet av et studieår. Flere respondenter har kommentert at manglende kategori for riktig avkryssing har ført til at man har latt spørsmålet stå åpent.

#### **For mange underkategorier på visse arenaer**

Undersøkelsen legger opp til veldig detaljert rapportering innenfor somatikk og psykiatri i offentlig og privat spesialisthelsetjeneste og i kommunehelsetjenesten. Med unntak av sykepleierutdanningene, svarer flere av de øvrige medisin- og helsefagutdanningene som har praksis på disse arenaene (medisinerstudenter, fysioterapeut-, ergoterapeut- og sosionomstudenter) at dette ikke gir mening for dem. Deres studenter beveger seg på tvers av disse enhetene innenfor samme praksisperiode, og de har derfor ikke eksakte tall per arena på dette nivået. Noen har fordelt tallene litt etter skjønn, andre har satt alt på en av arenaene, for eksempel dagavdeling eller sengepost. *I analysene er derfor disse kategoriene slått sammen for å få et rimelig riktig bilde av volumet innen henholdsvis somatikk og psykiatri i offentlige og private sykehus.*

#### **Manglende definisjoner og avgrensinger mellom hovedkategorier.**

Det ble ikke gitt noe definisjon av hva begrepet "offentlig spesialisthelsetjeneste" skal dekke, og hvilke underkategorier i skjemaet som da er dekket. Særlig blir dette uklart i forhold til inndelingen i egne kategorier for privat sektor og virksomheter med avtale.

Kommentarer fra flere respondenter kan tyde på at utdanningsinstitusjonene/studieprogrammene ofte ikke er klar over (eller interessert i) hvordan en gitt praksisplasstilbyder er organisert eller finansiert. Dette kan ha ført til at rapporteringen av antall studenter og uker per arenakategori i undersøkelsen er gjort forskjellig mellom respondentene. Særlig ser dette ut til å gjelde for sykehuseksterne samarbeidspartnere innen for eksempel rehabilitering, rusomsorg, apotek tjenester og andre spesialisttjenester, som er valgmuligheter både under hovedarena 1 (offentlig spesialisthelsetjeneste) og hovedarena 5 (privat sektor: spesialisthelsetjeneste). Hvordan respondentene har håndtert dette, er det ikke mulig å kontrollere for. Det er likevel grunn til å anta at tallene for Hovedarena 1, Offentlig spesialisthelsetjeneste, er rimelig dekkende for volum studenter og volum uker i praksis i offentlige sykehus.

#### **Uklare underkategorier.**

Hva som er ment å komme inn under hver av de mange underkategoriene er det ikke gitt noen veiledning for i forbindelse med undersøkelsen. Noen eksempler fra kommentarene er følgende:

- Flere medisin- og helsefagutdanninger kommenterer at de ikke skiller mellom utplassering av studenter til legekontor i allmennhelsetjenesten og legekontor i privat sektor. *For å få rimelig robuste tall for praksis i legekontor i primærhelsetjenesten vil svarene på disse to kategoriene bli slått sammen.*
- Under kommunehelsetjenesten som arena lurer noen på hva man mener med 'dagavdeling' som egen kategori, og hvorfor fysioterapitjenesten er tatt med som egen kategori (og da ikke ergoterapitjenesten, sosionomtjenesten osv). Noen vernepleierutdanninger lurer på om boliger for utviklingshemmede er tenkt inn under kategorien 'omsorgsbolig'.
- Under privat sektor-kategoriene viser det seg at å skille mellom praksis i fysikalsk institutt med eller uten driftsavtale ikke fungerer: Flere av utdanningene svarer at slik oversikt har de ikke, og de spør heller ikke etter dette. Det er dessuten flere steder vanlig at det er studenten selv som skaffer seg slik praksisplass, uten at spørsmål om driftsavtale eller ikke er et tema. Og det er for eksempel ingen respondent som har brukt kategorien 'omsorgsbolig' under privat sektor m/driftsavtale med kommunen. Er det fordi kategorien praksisplass knapt finnes, ikke brukes eller ikke er en kjent arena for utdanningene? Det kan ikke de foreliggende data bidra til å avklare.
- Noen kommenterer at det er uklart hva som er tenkt inn under kategorien "andre spesialpedagogiske tiltak" når PP-tjenesten er der, og det ikke er snakk om tiltak under hovedkategorien "kommunal og statlig sosialtjeneste, barnevern og NAV".

#### **Uaktuelle underkategorier**

I gjennomgangen av rådata viste det seg at det innenfor de opprinnelig 3 hovedkategoriene for Privat sektor, var flere subarenaer som ikke ble benyttet av noen av de 115 respondentene i deres svar. Dette kan ha sin forklaring i svakheter ved spørreskjemaet som skissert over, særlig knyttet til oppdelingen i for mange subarenaer og for uklare definisjoner av arenaer. Det er også mulig at noen av subarenaene ikke finnes og derfor ikke burde vært med i spørreskjemaet. Subarenaer som ingen respondent har brukt til noe studieprogram er tatt ut av analysen (se vedlegg 3).

### **3.2.2 Nytt praksisarena-kart til grunn for analysene**

Det opprinnelige praksisarenakartet undersøkelsen la opp spørsmålene i forhold til, er gjengitt i tabell 7. Ut fra de funn en første gjennomgang av rådata førte til, ble det tatt en beslutning om å basere den videre analysen av data på et **modifisert praksisarena-kart** (se tabell 8). Da er subarenaer ingen respondent benyttet i sine svar fjernet, og flere subarenaer er slått sammen av grunner som er beskrevet under punkt 3.2. Antallet hovedarenaer for privat sektor er også redusert fra tre til to, slik at skillet her går mellom privat spesialisthelsetjeneste og annen privat virksomhet. Vedlegg V3 gir oversikt over de grep som er gjort.

Med disse innledende grepene i forhold til hvilke praksisarenaer som er inkludert i de videre analyser av materialet, er målet å sikre:

- a) at kategoriene (inkluderte arenaer for eksterne praksisstudier) er mer i samsvar med det studieprogrammene sier er deres virkelighet, både i sine kommentarer i selve spørreskjemaet og i samtaler med representanter for mange av utdanningene i ettertid;
- b) at det relative forholdet mellom arenaene med hensyn til volum studenter ute i praksis i løpet av studieåret 2007-2008 bygger på mer robuste tall og blir mer pålitelig som tallmateriale. Særlig gjelder dette spesialisthelsetjenesten og privat sektor som aktuelle praksisarenaer for studentene.

Tabell 8: Modifisert arenakart: Oversikt over hvilke hovedarenaer og underarenaer for praksisstudier som blir brukt i den videre analysen.

		8 hovedarenaer for praksisstudier							
		1	2	3	4	5	6	7	8
		offentlig spesialist-helsetjeneste	fylkeskommunal helsetjeneste	kommune-helsetjeneste	komm og statlig sosialtjeneste, barnevern og NAV	privat sektor: spesialist-helsetjenesten	privat sektor: andre prx-arenaer	barnehage og skoleverk	brukerrettet praksis internt
underarenaer for prx, under hver hovedarena	1	somatiske avd	offentl tann-helsetjeneste	sykehjem og aldershjem	sosialkontor	somatiske avd	privat syke- og aldershjem	barnehage	intern klinikk (o.l.)
	2	psykisk helsevern-avd		hjemmebaserte tjenester	barnevern	psykisk helsevern-avd	priv hjemmebaserte tjenester	grunnskole	
	3	ambulante team		helsestasjon	NAV-kontor	rusomsorg	fysikalsk institutt	PP-tjenesten	
	4	Rusomsorg		all legetjeneste i primærhelsetj		rehab-institusjon	ortopedisk verksted	andre spes.-ped. tiltak	
	5	rehab-institusjoner		fysioterapi-tjenesten		sykehusapotek	privat tannklinikk		
	6	hjelpemiddel-sentral				privat sykehus u/driftsavtale	privat tannteknisk lab		
	7	Sykehusapotek					apotek		
	8	andre spesialavd i sykehus					annen privat virksomhet		
sum		8	1	5	3	6	8	4	1
<b>sum total: 8 hovedarenaer og 36 underarenaer inkludert i den videre analysen</b>									

### 3.2.3 Mulig misforståelse mht utregningsmåten for antall studenter og antall uker

Selv om det ble gjort rede for hvordan respondentene skulle summere studenter og praksisuker for det aktuelle studieåret, tyder svarfordelingene på at noen utdanninger likevel ikke har gjort det slik. Det synes som noen studieprogram har rapportert antall studenter og uker i praksis på ulike arenaer i løpet av studieåret for kun ett årskull, i stedet for å legge sammen summen studenter og uker for det antall årskull som var ute i praksis på samme praksisarena det aktuelle studieåret, slik instruksjonen lød. Dette ga i utgangspunktet en usikkerhet om volumtall, og da i retning en mulig underrapportering både mht antall studenter og volum praksis. Der tallene virket klart avvikende fra forventet volum, ble det tatt kontakt med respondenten for å kvalitetssikre data.

Når det gjelder spørsmålene om antall uker praksis på en gitt subarena, har selve oppskriften for utfylling av antall uker per arena gitt tolkningsproblemer. Tallet hvert av studieprogrammene har satt inn per praksisarena det spørres om i undersøkelsen, angir summen av det antall uker hvert av årskullene til sammen har vært ute i praksis på samme praksisarena i løpet av samme studieår. Det skulle da tilsi at tallet samtidig sier hvor mange ukers praksis hver student i studieprogrammet har på hver praksisarena i løpet av hele studieforløpet.

På studieprogramnivå er dette i seg selv interessant informasjon, selv om sumtallet ikke sier noe om hvordan det enkelte studieprogram har valgt å organisere gjennomføringen av praksisstudiene i praksisperioder fordelt over hele studieforløpet.

Problemene oppstår da data om antall studenter og uker skal oppsummeres på tvers av flere utdanninger. I **vedlegg V4** gis et eksempel på problemet, og en redegjørelse for hvordan de oppgitte volumtallene for antall uker i praksis blir tolket og brukt i denne undersøkelsen. Kort oppsummert vil informasjonen om antall uker per praksisarena for studieåret 2007-2008 brukes som følger:

- Sumtallet vil bli brukt til å **tolke ukevolum per arena i lys av studentvolum per arena**, og ut fra det få fram indikasjoner på om studieprogrammene benytter **få eller mange, korte eller lange praksisperioder på en gitt praksisarena**.
- Sumtallet vil bli brukt til å se på **variasjonen mellom studieprogram innenfor samme profesjonsutdanning** i antall uker gjennom studieåret med studenter i ekstern praksis per praksisarena. Det kan si noe om eventuelle forskjeller i løsningsmodeller for praksisstudiene, som kan bidra til å få opp nødvendige spørsmål om årsaker og begrunnelser for variasjonen.

Der tallverdiene fra respondentene har vært veldig avvikende, er det gjort etterundersøkelser ved å kontakte de aktuelle studieprogrammene direkte. Det er trolig fortsatt en del feil i tallene ut fra misforståelser knyttet til regnemåten, men skulle denne usikkerheten om tallene vært fjernet helt, måtte hvert av de 115 studieprogrammene kontaktes for å fylle ut alle tall på nytt under veiledning. Det har det ikke vært aktuelt å gjøre.

### 3.2.4 Spørsmålene om samarbeidsavtaler og samarbeidsprosjekter

For hvert spørsmål om antall studenter og antall uker på de mange subarenaene som var inkludert, ble respondentene også bedt om å svare ja eller nei på spørsmålet "*Har samarbeidsavtale*" (for praksisutplasseringen til denne subarenaen). Respondentene ble også bedt om å oppgi hvilke områder som reguleres av samarbeidsavtale mellom praksissted og utdanning, samarbeidsorganene og samarbeidsprosjekter.

Hva man la i spørsmålet samarbeidsavtale eller ikke, var forklart i introduksjonsbrevet til undersøkelsen:

*"I denne sammenheng forstås samarbeidsavtale som et skriftlig dokument som regulerer forholdet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted. Avtalene kan være inngått på ulike nivåer. Vanlige momenter å finne i en samarbeidsavtale er:*

- *studentenes rettigheter og plikter*
- *vurdering av studenten ved avsluttet praksis*
- *praksisstedets rettigheter og plikter*
- *veiledning*
- *økonomiske forhold*
- *forsknings- og utviklingsarbeid*
- *utdanningsinstitusjonens rettigheter og plikter"*

Det som her etterspørres, er formaliserte avtaler der alle sider av partenes ansvar, plikter og rettigheter er ivaretatt. Slike avtaler er noe annet eller mer enn en muntlig avtale om at et praksissted tar imot en student eller flere. De er også noe annet enn korrespondanse mellom en utdanning og et praksissted som har sagt ja til å ta imot studenter, om hva studenten forventes å gjøre i løpet av en praksisperiode, og hva utdanningen forventer at praksisstedet/veileder bidrar med.

Svært mange respondenter har ikke svart på dette spørsmålet for alle de 54 subarenaene for praksis som var inkludert i spørreskjemaet. Ut fra svar i kommentarfeltet og utsjekking med noen av respondentene per telefon, synes årsakene til manglende svar på dette spørsmålet per subarena å være flere:

- Den som har fylt ut spørreskjemaet på vegne av studieprogrammet, visste ikke om noen avtaler og lot spørsmålet stå åpent
- Usikkerhet om hvorvidt den kontakten som var mellom utdanningen og et praksissted kunne kalles en avtale av den typen som var skissert, førte til at man lot spørsmålet stå åpent
- Undersøkelsen kartlegger ikke hvor mange praksissteder et studieprogram benytter seg av for å få gjennomført en praksisperiode for alle studenter på en gitt praksisarena. Realiteten er at det kan være svært mange praksissteder involvert, og spørsmålet ble derfor for vanskelig å besvare fordi utdanningene kan både ha og ikke ha avtaler om praksis på samme subarena. Som en respondent skriver i kommentarfeltet: *"Vi har avtale om praksis med NN kommune, men ikke med de andre kommunene vi har praksisutplassering til."*

Det er derfor foretatt en omkoding av rådata, og analysen av avtalespørsmålet per praksisarena er basert på følgende to kategorier:

1= ja - tolket som positivt svar i betydningen at studieprogrammet i hvert fall har 1 avtale med et praksissted innenfor gjeldende praksisarena

0= nei - tolket som a) positivt svar i betydningen har IKKE slik samarbeidsavtale, eller b) har ikke svart på spørsmålet

Det man da fortsatt ikke kan vite, er om respondenten har avtaler med alle praksisstedene som brukes per praksisperiode, eller bare med ett praksissted. Likevel kan svarfordelingen som framkommer, tjene som en indikator på om avtaler overhode eksisterer mellom studieprogrammene og de ulike arenaene i praksisfeltet.

Mer konkret informasjon om hva slags avtaler som finns per institusjon og studieprogram, og hvor godt dekket forholdet mellom en gitt utdanning og praksisfeltet er med hensyn til avtaler av den typen som etterspørres, krever en ny undersøkelse.



Når det gjelder spørsmålet på hvilken måte samarbeidsorganet mellom de regionale helseforetakene utdanningsinstitusjonene er involvert når det gjelder tilrettelegging av praksis, framgår det tydelig at mange av respondentene ikke svarer i forhold til dette formelle samarbeidsorganet. Mange av respondentene svarer at de ikke vet om dette eller at det er uaktuelt, mens mange andre respondenter svarer ved å beskrive andre typer samarbeidsorgan på lavere nivå enn det som etterspørres. Dette utdypes nærmere i kapittel 7.

Et annet problem har vært at respondentene noen ganger har svart i forhold til studieprogrammet, avdeling/fakultet og noen ganger i forhold til institusjonen, uten at dette nødvendigvis er tydeliggjort i beskrivelsene, eller de har vist til svar fra ett studieprogram ved utdanningsinstitusjonen, uten at det står noe svar fra dette studieprogrammet. Det førstnevnte har ført til problemer med å oppgi antall svar på enkelte spørsmål. Når det gjelder det andre elementet er det behandlet som ubesvart.

Respondentene ble bedt om å sende inn en kort beskrivelse av aktuelle samarbeidsprosjekter som skulle startes opp, gjennomføres eller avsluttes i 2008/2009. 10 profesjonsutdanninger ved ulike utdanningsinstitusjoner har sendt inn opplysninger om samarbeidsprosjekter med praksisfeltet. Respondentene ble i et annet spørsmål bedt om å gi en kort beskrivelse av prosjekter eller aktiviteter som er igangsatt og som er av betydning for praksisundervisningen (N= 76). Data fra disse to spørsmålene er her samkjørt, da det for en del studieprogrammets del var de samme prosjektene som ble beskrevet som svar på begge spørsmålene.

Beskrivelsene av prosjekter som er sendt inn varierer mye i detaljeringsgrad – fra komplette prosjektskisser på 12 sider til en oversikt over prosjektittel, mål og ansvarlige, fra sum for bevilgede midler til ingen angivelse av kostnader. Enkelte studieprogrammer har også sendt inn prosjektbeskrivelser for tidsperioder som ikke etterspørres i spørreskjemaet og som er avsluttet. Disse er ikke tatt med i datamaterialet som presenteres her. På grunn av ulik detaljeringsgrad i beskrivelsene er det derfor gjort en kategorisering basert på utdanningsinstitusjon, utdanningsprogram, tittel og målet til prosjektet, samarbeidende parter, ev tidsperiode og kostnad (der hvor det er oppgitt). Noen av de leverte prosjektbeskrivelsene var søknader om midler for å utvikle prosjekter og disse er ikke inkludert i datamaterialet. Data som ikke har angitt tidsperiode er ikke inkludert i de dataene. Titlene som var angitt på to av prosjektene er utelatt pga for vage titler til å kunne kategorisere dem. Resultatet av disse sammenstillingene følger i vedlegg V10.

### **3.2.5 Spørsmålene om kvalitetssikring og kostnader ved praksis**

Mange av spørsmålene i forhold til kvalitetssikring og kostnader ved praksis var av en slik karakter at respondentene skulle gi beskrivelser, men noen var kvantitative. Beskrivelsene som respondentene har gitt har vært på svært ulikt detaljningsnivå og ulike studieprogrammer/ utdanningsinstitusjoner har ulike begreper som kan representere samme fenomen. Dette har gjort at det har vært vanskelig å kategorisere og kvantifisere en del av beskrivelsene som er gitt. For å gi en mest mulig samlet oversikt er det likevel valgt å kategorisere svarene på mange av spørsmålene. En gjennomgang av alle svar på alle spørsmålene ville føre for langt i et så vidt omfattende datamateriale som dette representerer med informasjon fra 115 studieprogrammer.

Flere av respondentene kommenterer på spørsmålene i forhold til kostnader ved gjennomføring av praksis at *"flere av spørsmålene har vært vanskelige å svare på pga uklar begrepsbruk i spørreskjemaet, brukt både samarbeidsmidlene og midler"*. Det har derfor vært noe uklarhet i spørsmålene hvilken informasjon som var relevant å gi. Den samme uklarheten gjelder tidsangivelser i enkelte spørsmål, enkelte spørsmål oppgir kalenderår (f eks 2008), mens andre oppgir studieår (2008/2009). En respondent kommenterer at det har vært vanskelig å skille to spørsmål om bruk av samarbeidsmidler i to studieår. I ett av oppfølgingsspørsmålene til bruk av samarbeidsmidlene er bare "midler" brukt. Det har derfor vært uklart for flere respondenter om det er samarbeidsmidlene det refererte til, eller andre midler. Enkelte har i de utfyllende kommentarene brukt begrepet

praksismidler. Om dette bare er begrepsbruk som henger igjen historisk, eller om det er særskilte midler avsatt til praksis vites ikke.

### 3.3 Konklusjon vedrørende datamaterialet

Kartlegging av ulike sider ved praksisstudiene ved 115 studieprogram fordelt på 21 profesjonsutdanninger i en og samme undersøkelse, er i seg selv en svært omfattende oppgave. Profesjonsutdanningene, men også de enkelte studieprogram innen hver profesjonsutdanningsgruppe, representerer stor faglig variasjon. Fagmiljøene og utdanningene har vokst fram under forskjellige historiske, kulturelle, faglige og økonomiske betingelser over de siste 200 årene. Skillet mellom de tradisjonelle og lange profesjonsutdanningene ved universitetene og de kortere bachelorstudiene ved høyskolene er bare en dimensjon ved spennvidden i dette materialet.

Den varierende datakvaliteten gjenspeiler på mange måter hvor uoversiktlig, uensartet og/eller uavklart mange forhold rundt fenomenet praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene faktisk er per dato. Totalt sett gir dette materialet derfor mer oversikt over og innsikt i noen hovedtrekk og trender ved praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene enn man tidligere har hatt tilgang til. Intensjonen med rapporten er derfor at de trekk og trender som funnene kan oppsummeres i, blir et bidrag til viktige diskusjoner om videreutvikling av praksisdelen av disse profesjonsutdanningene.

Datamaterialets sterke og svake sider vil også være nyttig i forhold til å identifisere hvor det kan være viktig å gå inn med mer avgrensede og fokuserte undersøkelser for å få mer informasjon enn denne undersøkelsen har kunnet gi.

## 4.0 Positive sider og utfordringer ved gjennomføring av eksternt, veiledet praksis

Nesten alle respondentene som besvarte spørreskjemaet for et eller flere av de 115 inkluderte studieprogrammene, har brukt anledningen spørreskjemaet ga til å skrive en kort tekst om hva de ser som positive sider ved gjennomføring av praksis for hvert studieprogram, og hvilke utfordringer de opplever knyttet til praksis. Dette materialet gir derfor et godt grunnlag for å løfte fram noen opplevde hovedtrekk i dagens bilde, trekk som kan bidra til å belyse hvilke områder som byr på de største utfordringene i diskusjoner om praksisstudier generelt, og kvalitet i praksisstudier spesielt.

### 4.1 Positive sider ved gjennomføring av praksis.

Positive sider ved gjennomføring av praksis ga noen hovedtrekk. Disse oppsummeres under.

#### **Praksisstudier er en forutsetning for disse profesjons- eller yrkesutdanningene.**<sup>11</sup>

Praksis oppleves som helt nødvendig og "essensielt" for utdanningene. Dette synspunktet gjennomsyrrer alle tilbakemeldingene. Momenter som nevnes er:

Utdanningene skal gi en akademisk grad, men også kvalifisere til yrkesutøvelse ("*kunne et håndtverk*"), eventuelt via en sertifisering på grunnlag av utdanningsforløpet. Praksis i "*det virkelige liv*", som en respondent sa det, gir studentene en helt nødvendig opplevelse av hvordan teori og praksis utvikles i et gjensidig samspill i utøvelsen av yrket. Også nevnt at studentene nå er så unge at flere møter med praksisfeltet er nødvendig før de kan sertifiseres.

---

<sup>11</sup> Alt som står i anførselstegn er sitater fra respondentenes tekstsvaer

Praksis gir studentene mulighet til *"å bli kjent med arbeidsplasser og kjerneoppgaver i framtidig yrke"*. Praksis tidlig i studiet kan også bidra til å avklare om studenten har valgt rett eller er egnet for yrket, og kan føre til bedre gjennomstrømning totalt sett. Praksis sent i studiet gir trygghet for overgang til ferdig utdannet.

For yrker med et bredt nedslagsfelt med hensyn til hvor kompetansen utdanningen gir kan brukes, kan praksis bidra til å rekruttere nyutdannede til viktige sektorer, eventuelt også hva de vil spesialisere seg i. Flere studieprogram for ergoterapi og for sosialt arbeid nevner dette som viktig, og odontologistudiene nevner spesielt den betydningen praksis ser ut til å ha for rekruttering til arbeid i den offentlige tannhelsetjenesten (DOT).

Godt samarbeid med praksisfeltet bidrar til å kvalitetssikre hele utdanningsforløpet. Praksissamarbeidet øker utdanningens relevans, og tydeliggjør et *"felles ansvar for å utdanne dyktige framtidige kollegaer"*.

For noen mer teknologisk rettede utdanninger er tilgang til praksisfeltet under studiet helt avgjørende for studieopplegget, ettersom det ikke er mulig for utdanningene selv å holde seg med utstyr som står i forhold til den medisinsk-teknologiske instrument- og metodeutviklingen som skjer i yrkesfeltet.

#### **Praksisstudier har "høy læringsverdi"**

Mange nevner at praksisstudier har høy status blant studentene, og at praksisperiodene gir stort utbytte både faglig og sosialt. Det å få kvalifiserte tilbakemeldinger på sine kunnskaper, ferdigheter og holdninger i reelle arbeidssituasjoner, gir *"personlig utvikling og modning"*.

#### **Samarbeid med praksisfeltet åpner muligheter for faglig oppdatering begge veier**

Mange respondenter er opptatt av veiledernes ønske om og behov for pedagogisk skolering og faglig oppdatering, og av lærernes muligheter for å holde seg oppdatert om utviklingstrekk i praksisfeltet, både faglig, metodisk og organisatorisk.

Mulighetene som finns for å søke om midler til samarbeidsprosjekter mellom utdanning og praksisfelt blir av noen sett som en måte *"å gi noe tilbake til praksisfeltet"* på, og et insitament for mer stabile samarbeidsrelasjoner som slår positivt ut på praksisstedets motivasjon til å ta imot og veilede studenter.

#### **Dyktige og stabile veiledere over tid/år (på gode praksissteder) gjør utdanningene bedre**

Mange respondenter er opptatt av at engasjerte og kvalifiserte veiledere spiller en nøkkelrolle i en god utdanning. Samtidig er det tydelig at gode veiledere ikke er nok: Selve praksisstedet må også være relevant og kunne by studentene på varierte erfaringer og progresjon i læringen.

#### **Forutsigbarhet og stabilitet i forhold til tilstrekkelig med gode praksisplasser i studiestedets nærområde**

Dette er et emne som går igjen, og det er tydelig at dette er en svært positiv side ved praksis når det er slik det faktisk fungerer.

## **4.2 Utfordringer ved gjennomføring av praksis**

Respondentenes tilbakemeldinger om utfordringer ved gjennomføring av praksis er ganske omfattende, og det er noen kjernetema som dominerer:

#### **Problemer med å få nok praksisplasser, gode nok plasser og – ikke minst - stabilitet og forutsigbarhet i tilgangen til plasser i utdanningens nærområde.**

Her er det fire utfordringer som tydelig spiller sammen i utdanningenes oppfatninger om hva som

kreves for at praksisstudiene skal ha kvalitet, og varianter av disse utfordringene nevnes av svært mange av respondentene. Noen hovedmomenter er:

- Mange melder om problemer med overhode å få plasser nok. Da blir spørsmålet om plassene er gode/egnet mer underordnet, og uønsket bruk av fjernpraksis for en del studenter blir en løsning. Dette er dyrt for både utdanningen og studenten, og svekker muligheten for oppfølging av studenten og praksisstedet.
- Når det gjelder praksisplasser i sykehus, nevnes problemer med konkurranse om de samme plassene mellom forskjellige studentgrupper, særlig uttalt når studentmassen øker. Det er også nevnt at man ønsker en avklaring av hvilke sykehus som skal tilby plasser til hvilke høyskoler/utdanninger. En annen utfordring i sykehus som går igjen, er redusert tilgang til bestemte typer av praksisplasser pga omorganiseringer i helseforetakene, færre sengeposter, dårlig tilgang på plasser på spesielle områder (for eksempel nevnes poliklinikker, dagkirurgi, pediatri, barselsomsorg med mer). Flere utdanninger nevner også at selv om det burde være praksisplasser på ulike avdelinger/enheter i sykehus, møter utdanningen argumenter fra praksisstedets side om at det ikke er satt av (nok) ressurser til at de kan ta imot og veilede det antall studenter utdanningene søker om plasser til
- Når det gjelder praksisplasser i kommunal sektor og andre arenaer av relevans for helse- og sosialfagene utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten nevnes særlig ofte problemer med å få nok plasser i for eksempel hjemmetjenesten, psykisk helsevern, rusomsorgen, NAV, barnevernstjenesten. Flere respondenter nevner at disse og andre aktører ikke oppfatter seg forpliktet til å ta imot studenter i praksis, og at utdanningene derfor er "*prisgitt enkeltpersoners svar fra gang til gang*" med hensyn til å ta imot og veilede studenter. Flere profesjonsutdanninger opplever det som et problem at tilgangen på plasser reduseres fordi praksisfeltet stiller bestemte krav til hvilke studenter de er villige til å ta imot. For eksempel er mange praksissteder lite villige til å tilby plasser og veiledning til 1.årsstudenter, mens barnevernstjenesten noen steder stiller krav til alder på studentene (23-25 år), mens de fleste av studentene som skal ut i praksis er 20-22 år innen denne profesjonsutdanningen.

Det er tydelig at mange utdanninger opplever en avmakt i bestillerrollen når det gjelder stabilitet og forutsigbarhet for tilgang til (gode) praksisplasser. De får ikke avklart antall plasser og veiledere i god nok tid til å forberede studentene og praksisstedet på innhold i og opplegg for en gitt praksisperiode. Selv der det er inngått avtaler om praksisplasser og veiledning, melder utdanninger om en usikkerhet for at praksisstedet kan forandre på det som er avtalt i siste liten. I verste fall står da utdanningen med for få plasser når praksisperioden begynner, eller med praksisplasser av en helt annen type en planlagt, og kanskje også et helt annet sted. Dette fører til faglig mindre gode løsninger, både fordi man må få studentene ut i tide og fordi samarbeidet med praksisstedet blir mer tilfeldig.

Praksisplasser i nærområdet er et klart ønske fra mange av utdanningene, da det gjør det praktisk og økonomisk lettere å følge opp studentene og veilederne gjennom praksisbesøk og annen faglig samhandling mellom utdanning og praksissted. Hva som er nærområde synes å være et tema i seg selv, og nært knyttet til i hvilken grad studenter må langpendle eller bo et annet sted under praksisperioden og lærerne må bruke mye tid på reising for å kunne følge opp. Konkurranse om mer spesialiserte praksisplasser fra utdanninger andre steder i landet oppleves urimelig når nær-skolen da må sende sine studenter i fjernpraksis fordi de ikke "*vant*" kampen om plassene i nærområdet. Her ser det også ut til at utdanningenes betalingsvillighet for honorering av veiledere spiller inn.

#### **For liten stabilitet i tilgang på veiledere og i veiledergruppen per praksissted, og for stor variasjon i veiledernes faglige og pedagogiske kompetanse**

Dette er tydelige gjennomgangstema i svarene. Nok engasjerte, dyktige og pedagogisk gode

veiledere framstår som en forutsetning for kvalitet i praksisstudiene, og igjen kan svarene tolkes i retning av en opplevd avmakt fra utdanningenes side med hensyn til å kunne kvalitetssikre denne viktige rollen. Problemer som nevnes, er usikkerhet med hensyn til tilgang på veiledere overhode, stadige bytter av veiledere (også underveis i studentenes praksisperioder), at veiledere ikke egentlig har tid til å følge opp og veilede studentene ("*synkende vilje til å ta imot studenter på avdelingene, oppfattes som ekstrabelastning i en travel hverdag*"), at veiledere ikke er faglig gode nok, og/eller at de ikke behersker veilederrollen rent pedagogisk, og at de ikke har tid til/interesser for å engasjere seg sammen med utdanningen i å utforme innholdet i og kvaliteten på praksisperiodene. Respondentene nevner flere grep de tar eller ønsker å ta:

- **Formalisering av veilederutdanning** slik at det blir mer attraktivt å være veileder. Noen nevner også at det bør stilles krav om slik utdanning for å kunne være veileder for studenter i praksisfeltet. Mange av institusjonene melder om at de har slike utdanningstilbud til praksisveilederne, men at det er en utfordring å få finansiert dette innenfor de økonomiske rammene studieprogrammene har. Flere av de sosialfaglige utdanningene mener at de er underfinansiert sammenlignet med andre helsefaglige utdanninger, og at dette gjør det vanskelig å avsette nok midler til slike tiltak som ledd i kvalitetssikring av praksis.
- **Betaling for veiledning/bedre betaling for veiledning.** Ifølge føringer fra Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er alle aktører som dekkes av spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven pålagt å ta imot og veilede studenter i praksis uten vederlag, som del av sitt samfunnsmandat. Men her er det store variasjoner både mellom og innad i profesjonsutdanninger med hensyn til hvordan det oppleves og gjøres:
  - o Flere av de universitetsbaserte utdanningene betaler for veiledning, men bildet er veldig variert med hensyn til hvem som betaler og hvor mye de betaler. Et eksempel er variasjon i tilbakemeldingene fra profesjonsstudiene i medisin og odontologi: Her melder noen at det de betaler er så lite at de er avhengige av praksisfeltets velvilje for å få gjennomført praksisstudiene<sup>12</sup>, mens andre av studieprogrammene melder at kostnadene knyttet til gjennomføring av ekstern, veiledet praksis er så store at studiestedet vurderer å kutte ut tilbudet om utplassering til ekstern, veiledet praksis.
  - o Et annet eksempel er farmasiutdanningene, der noen tydeligvis betaler for veiledning og andre ikke gjør det, ettersom en respondent her ønsker å innføre betaling "*da dette gjøres ved andre utdanningsinstitusjoner i farmasi*".
  - o Et tredje eksempel er at betalingspraksis varierer mellom fakulteter innad på samme universitet. Når da praksisarenaen er for eksempel barnehage og skole, oppleves det som et problem i dialogen med praksisfeltet at lærer- og førskolelærerutdanningene har en sentralt forhandlet avtale om avlønning av øvingslærere, mens helse- og sosialfagene ikke kan tilby noen form for veilederhonorar.

Blant respondentene fra høyskoleutdanningene meldes det gjennomgående at det er uklarerheter og frustrasjon knyttet til spørsmålet om honorering for veiledning, og det er tydelig at det er stor variasjon i hvilke løsningsmodeller studieprogrammene har valgt. Som en respondent skriver: "*Økning i veilederhonorar har gitt merkbart forbedring av stabiliteten i veilederkorpset. Gjør det også lettere å rekruttere nye praksisplasser.*"

---

<sup>12</sup> "*Dagens veilederhonorar en symbolsk sum. Vi baserer oss på velvilje. Ønsker en permanent økonomisk ordning - ville muliggjøre bedre kvalitetssikring av veiledning og praksistjeneste. En felles avtale- og finansieringsordning for utdanningsinstitusjonene bør komme på plass.*"

### **”Samarbeidsmidler” til glede og besvær.**

Utfordringer knyttet til omleggingen av de såkalte ”veiledningsmidlene” til ”samarbeidsmidler” er et tema som går igjen, og særlig på høgskolesiden. Disse midlene skal ikke lenger brukes til honorering av veiledere/praksissted. De skal brukes til samarbeidsprosjekter med fokus på problemstillinger som kan bidra til kvalitetsutvikling av ulike sider ved praksisstudiene. Tilgang til disse midlene fungerer positivt der hvor det har kommet i gang prosjekter i tråd med hensikten. Men mange respondenter melder om problemer med å komme dit. Eksempler på problemer som nevnes av flere:

- Eksistensen av og hensikten med midlene er for dårlig kommunisert fra departementene og institusjonene utover og nedover i organisasjonene. Dette mener man har ført til at mange praksissteder har en oppfatning av at et veilederhonorar de før hadde glede av lokalt forsvant, uten at noe annet som angår dem direkte kom i stedet. Dette knyttes til synkende motivasjon for å ta imot og veilede studenter.
- For flere profesjonsutdanninger er praksisstedene så mange, så små med hensyn til fagmiljø og så spredt geografisk at det er lite realistisk å få til gode prosjekter. Da mener noen av utdanningene at de har lite eller ingenting å by på, og en fortsettelse av betaling for veiledning er aktuelt eller helt nødvendig for å få studentene ut i praksis.
- Slik det er tenkt, forutsetter bruken av midlene avtaler på institusjonsnivå. Dette er enklest i forhold til spesialisthelsetjenesten, men oppleves av mange respondenter som vanskeligere i forhold til kommunesektoren og privat sektor. Bruken av samarbeidsmidlene mener man favoriserer de store, monolittiske aktørene, og de bidrar derfor ikke til å løse utfordringer knyttet til det svært store volumet praksisplasser som trengs på mindre samorganiserte praksisarenaer.

### **Avtaler eller manglende avtaler – og nivåer for avtaler**

Antall praksissteder som skal kontaktes og følges opp i løpet av et studieår per studieprogram kan være meget høyt. Alle studieprogram inngår en eller annen form for avtale med hvert av de praksisstedene de bruker om antall studenter, studentenes oppgaver i praksisperioden og forventninger til veileder som tar imot studenter. Disse avtalene kan være i alt fra brev form til institusjonsavtaler mellom utdanningsinstitusjon og helseforetak. Noen hovedtrekk i tilbakemeldingene:

- Svarene kan tyde på at det er et klart ønske i UH-sektoren om flere og bedre avtaler på institusjonsnivå mellom utdanningsinstitusjonene og aktørene i praksisfeltet om praksis. En av begrunnelsene er at det er meget ressurskrevende å komme i posisjon hvert eneste år for å inngå et stort antall enkeltavtaler med enkeltpersoner og praksissteder for hver gang en eller noen få studenter skal ut. Man mener at institusjonsbaserte avtaler vil frigjøre betydelige ressurser som man ønsker å bruke til å fokusere mer på innhold og kvalitet. Og slike avtaler mener man å øke forutsigbarhet og stabilitet med hensyn til type og antall praksisplasser og veiledere, gi nødvendige avklaringer av ansvars- og oppgavefordeling mellom utdanning og praksissted, og av finansieringsspørsmål.
- Mange sier seg fornøyd med hvordan de helseregionale rammeavtalene og de underliggende institusjonsavtalene mellom høgskolene og helseforetakene har fungert i forhold til å sikre antall plasser og veiledere i spesialisthelsetjenesten. Men flere er opptatt av at disse avtalene primært dekker kvantitetsdimensjoner ved praksisstudiene, og ikke er gode nok når det gjelder kvaliteten på praksisplassene (relevant praksisplass, ifølge utdanningenes ønsker), veileders kompetanse og tilgjengelighet og samhandling om innhold i og kvalitetsutvikling av praksisperiodene. Dessuten nevner flere at de opplever at underliggende enheter, som via avtalen er pålagt å ta imot studenter, likevel ikke gjør det, eller de endrer

på hva de vil forplikte seg til på en måte som gjør situasjonen ganske uforutsigbar for utdanningen.

- Svært mange nevner at avtalesituasjonen i kommunesektoren er krevende og vanskelig å løse av flere grunner. Noe som går igjen, er en påpekning av at statlig og kommunal virksomhet i kommunesektoren har en så desentralisert ansvarsfordeling at det ikke finnes en instans å inngå avtale om praksis med på et mer overordnet nivå.
- Noen respondenter er opptatt av at avtaler på institusjonsnivå har en negativ bakside: Utdanningen mister den direkte kontrollen de før hadde med hvilke praksisplasser og hvilke veiledere de skulle bruke i en praksisperiode. De mener at de da i større grad er prisgitt praksisfeltets tenkning om hvor det er mulig å utplassere studenter, uten at disse plassene nødvendigvis innfrir de kravene utdanningen stiller som grunnlag for at studentene skal kunne nå læringsmålene for en gitt praksisperiode. Dette er særlig tydelig for utdanninger som har tradisjon for å bruke mye faglige og administrative ressurser på å sikre bortimot "skreddersøm" per student per praksisperiode. Dette ser ut til å være en utbredt praksis for mange av de 3-årige helse- og sosialfaglige utdanningene.

#### **Andre typer utfordringer med praksisstudier som blir nevnt:**

- Ressurskrevende å sikre individuell tilpasning og oppfølging av studenter med særskilte behov
- Det trengs samarbeidsavtaler med praksisfeltet som også dekker behovet for plasser og veiledning til internasjonale studenter
- Stadige omorganiseringer på mange praksisarenaer fører til at utdanningene får problemer med å identifisere hvem det er som er faglig ansvarlig for et praksissted og oppfølgingen av avtalen om praksis på stedet.
- Flere respondenter mener at deres utdanning ikke har ressurser nok til selv å følge opp studentene og praksisstedene på den måten de mener er nødvendig for å kvalitetssikre praksisstudiene.

## **5.0 Hvor er studentene i praksis, og hvordan fordeler de seg på de ulike praksisarenaene?**

I dette kapitlet presenteres analysen av hvordan alle rapporterte studenter fordeler seg på de 8 hovedarenaene for praksis inkludert i undersøkelsen. Deretter følger mer utdanningsspesifikke analyser av studentfordeling og ukevolum per subarena under hver av hovedarenaene for eksternt veiledet praksis.

### **5.1 Den relative fordelingen av volum studenter og praksisuker mellom 8 hovedarenaer for praksisstudier**

For å kunne se hvilke utfordringer UH-sektoren og deres samarbeidspartnere i utdanning av helse- og sosialpersonell har må man ha et bilde av hva nå-situasjonen er, og hvilke særtrekk som krever spesiell oppmerksomhet. Et hovedtema er selve volumet studenter: Hvor mange helse- og sosialfagstudenter fra profesjonsutdanninger i UH-sektoren er ute i praksis i løpet av et studieår, og hvor er de?

Tabell 9: Illustrasjon av den relative fordelingen av studenter i praksis i løpet av et studieår på de 8 hovedarenaene (HA1-8) for praksisstudier.

	Hovedarena	volum studenter	volum uker
HA1	Offentlig spesialisthelsetjeneste	12583	4229
HA2	Offentlig tannhelsetjeneste	248	48
HA3	Kommunehelsetjeneste	12874	1558
HA4	Sosialkontor, barnevern, NAV	807	985
HA5	Privat spesialisthelsetjeneste	532	708
HA6	Privat sektor utenom privat speshtj	1217	402
HA7	Barnehage, skole og andre ped.-tiltak	720	817
HA8	Brukerrettet intern klinikk	695	258
	<b>volum totalt</b>	<b>29676</b>	<b>9005</b>

Tabell 9 viser at oppunder 30.000 helse- og sosialfagstudenter gjennomførte ekstern veiledet praksis i løpet av studieåret 2007-2008. Gitt de forbehold som må tas mht hvordan respondentene har forstått rapporteringsmåten, kan det være noen flere eller noen færre studenter i praksis. Likevel står sumtallet i et rimelig forhold til totaltallet DBH-registrerte studenter ved de inkluderte profesjonsutdanningene våren 2008:

**Tabell 10: Antall registrerte studenter våren 2008 ved de inkluderte studieprogrammene i NSDs database for høyere utdanning (DBH)**

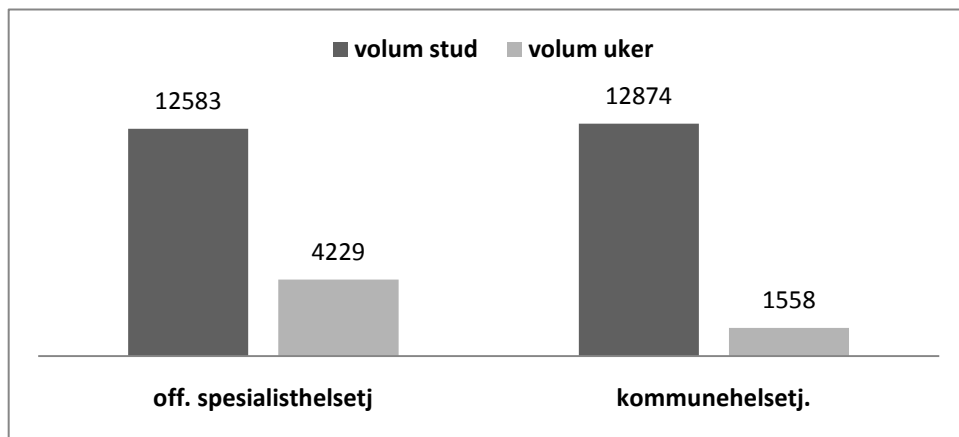
21 inkluderte profesjonsutdanninger	Antall studieprogram per profesjon (totalt 115)	antall registrerte stud. per profesjon V-08
Sykepleier	28	12041
Medisiner	4	3518
Vernepleier	12	2831
Sosionom	12	2519
Barnevernspedagog	11	2081
Psykolog	4	1305
Fysioterapeut	4	866
Tannlege	3	697
Bioingeniør	7	676
Ergoterapeut	5	610
farmasøyt-provisor	3	563
Radiograf	6	525
farmasøyt-reseptar	2	267
Jordmor	5	227
Optiker	1	182
Velferdsviter	1	166
Tannpleier	3	159
Audiograf	1	102
klinisk ernær-fysiolog	1	90
Tanntekniker	1	38
Ortopediing	1	12
<b>antall registrerte studenter V-2008</b>		<b>29475</b>



Ved første øyekast kan tallene tyde på at det har vært flere helse- og sosialfagstudenter ute i praksis enn det er studenter totalt på alle studiene, og at tallene må bety at alle årskull ved alle utdanninger er ute i praksis i løpet av et studieår. Dette stemmer ikke da flere av profesjonsutdanningene, primært de univeritetsbaserte samt flere av sosionom- og barnevernspedagogutdanningene, ikke har ekstern praksis i alle studieår. Forklaringen ligger i at samme student kan ha flere praksisperioder fordelt på flere praksisarenaer i løpet av ett studieår, og derfor inngår i tallmaterialet flere ganger. Særlig gjelder dette helsefagstudentene, og med det store antallet studenter i for eksempel sykepleierutdanningene, bidrar dette vesentlig til at sumtallet studenter i ekstern praksis blir så høyt som her vist.

Hovedarenaene for ekstern praksis for helse- og sosialfagstudentene er den offentlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten (inklusive legetjenester i primærhelsetjenesten). For hver av disse hovedarenaene ble det rapportert om over 12.000 studenter i praksisfeltet i løpet av studieåret 2007-2008.

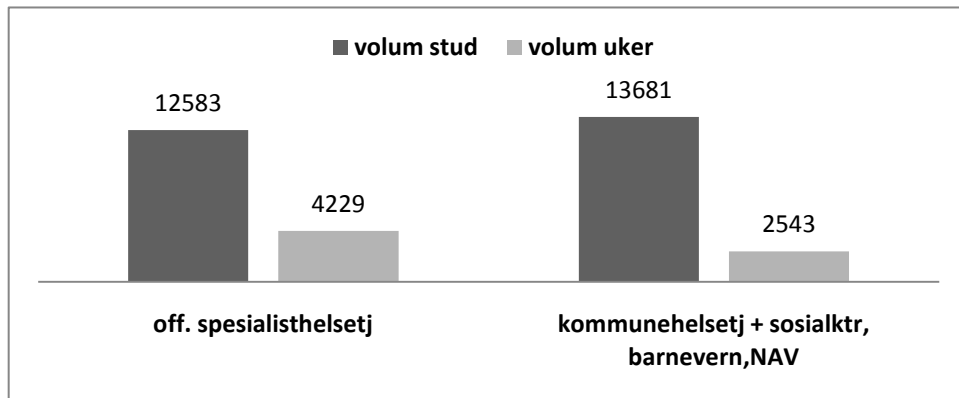
**Figur 3: Det relative forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten mht rapportert antall studenter og antall uker praksisutplassering i 2008-2009.**



Som figur3 viser, tyder forholdstallet mellom studentvolum og ukevolum på at spesialisthelsetjenesten skal håndtere et nesten 3 ganger så stort ukevolum veiledet praksis som kommunehelsetjenesten. Slik forholdet mellom studentvolum og ukevolum tolkes her, må dette bety at når studenttallene er jevnstore, må kommunehelsetjenestepraksisen for mange av studentene være relativt kortvarig, mens praksisperiodene per student i sykehus må være både lengre og kanskje også flere gjennom et studieforløp.

Om man slår sammen tallverdiene for Hovedarena 3 (kommunehelsetjenesten) og Hovedarena 4 (sosialkontor, barnevern, NAV), samles all praksis innenfor rammen av offentlig tjenesteyting i kommunesektoren. Om man deretter ser på det volummessige forholdet mellom studenter i praksis i den offentlige spesialisthelsetjenesten (helseforetakene) og i kommunesektoren, vil forholdet mellom de to store praksisarenaene for helse- og sosialfagstudentene se slik ut:

**Figur 4 : Sammenlignet praksisvolum i spesialisthelsetjenesten (HA1)og offentlig tjenesteyting i kommunal sektor (HA3+HA4)**



Følgen av å slå sammen helse- og sosialtjenestetallene for kommunesektoren, er at volumet praksisuker i kommunal sektor øker vesentlig. Dette skyldes at de profesjonsutdanningene som har praksis i sosialektoren, oftere bruker lange praksisperioder enn det helsefagutdanningene ser ut til å gjøre i denne sektoren. På tross av denne økningen i ukevolum, hadde spesialisthelsetjenesten fortsatt et ca dobbelt så stort volum praksisuker å håndtere i 2007-2008 enn det de offentlige tjenestene i kommunal sektor hadde, inklusive all legekantorpraksis.

Volumtallene for hovedarenaene i tabell 9 viser at de øvrige hovedarenaene for praksisstudier har lite volum studenter og uker sammenlignet med disse to store (HA1 og HA3+4). Kun samlekategorien privat sektor (HA6), altså alle profesjonsutdanningenes bruk av aktuelle praksisarenaer i privat sektor utenom privat spesialisthelsetjeneste, kommer over 1000 studenter i samlet volum på landsbasis for studieåret 2007-2008. Hovedarena H5, den private spesialisthelsetjenesten, har et relativt lavt studentvolum, men et høyt ukevolum. Det tolkes som at hver student har lange praksisperioder på denne arenaen, alternativt flere praksisperioder på samme arena i løpet av studiet.

Hovedarena 8, internklinikk, framkommer som følge av spørsmålet "Har utdanningen egen klinikk som den har både faglig og administrativt ansvar for? (Hvis ja - angi antall studiepoeng pr student i kommentarfeltet)". 12 av 115 studieprogram har oppgitt at de har administrativt og faglig ansvar for å drifte egen internklinikk.

**Tabell 11: Oversikt over studieprogram som oppgir å ha internklinikk**

utdanning	antall studieprogram nasjonalt	oppgir å ha internklinikk
Optiker	1	1
Audiograf	1	1
ortopediingeniør	1	1
Tannlege	3	3
Tannpleier	3	2
fysioterapeut	4	1
Psykolog	4	2
Sosionom	12	1 <sup>13</sup>

<sup>13</sup> Skulle muligens vært tatt ut av materialet: En sosionomutdanning har krysset av for internklinikk for å melde fra om en "ekstern internklinikk", i betydningen en ekstern læringsarena som faglig og administrativt driftes av utdanningene i samarbeid med praksisfeltet (DUS og HUSK).

På universitetssiden har alle tannlegeutdanningene og to av tannpleierutdanningene oppgitt å ha egen klinikk, samt 2 av 4 psykologutdanningene. På høgskolesiden har optiker-, audiograf- og ortopediingeniørutdanningen hver sin klinikk. Av de fire studieprogrammene for fysioterapeututdanning er det kun fysioterapeututdanningen ved HiO som driver egen poliklinikk.

Internklinikk som praksisarena står i en definisjonsmessig mellomstilling: Er det å regne som praksisstudier når studentene arbeider med pasienter der, eller er det mer å regne som klinisk undervisning som ledd i det pedagogiske opplegget i utdanningens regi? Svaret kommer an på hvor strengt man definerer begrepet "praksisstudier". Dersom praksisstudiebegrepet skal være forbeholdt den tiden studentene er i en ekstern, yrkesrelevant kontekst, og der primært blir veiledet og faglig vurdert av annet personale enn av egne lærere, er ikke internklinikk å regne som praksisstudier. Dersom man legger mer vekt på at studentene møter og arbeider med pasienter/brukere enn på hvor dette skjer, er internklinikk å regne som en praksisarena, selv om konteksten ikke er yrkesfeltet. Dersom veilederne ved internklinikken hentes fra yrkesfeltet, styrkes autentisiteten selv om yrkesfeltets hverdagskompleksitet fortsatt holdes utenfor læringssituasjonen.

## 5.2 Hovedarena 1 (HA1): Offentlig spesialisthelsetjeneste

### 5.2.1 Studentvolum per subarena, og sykepleierstudentenes andel

Det store volumet studenter og uker i den offentlige spesialisthelsetjenesten skapes i all hovedsak av sykepleierutdanningenes obligatoriske, rammeplanstyrte praksis. Tabellen under viser at sykepleierstudentene utgjør mellom 75% og 80% av studentmassen i somatiske avdelinger og psykisk helsevern avdelinger i sykehus, og pluss-minus 50% av studentmassen på de tre neste subarenaene innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten.

**Tabell 12: Studentvolum per subarena i den offentlige spesialisthelsetjenesten (HA1), og sykepleierstudentenes relative andel av studentmassen per subarena.**

HA1 offentlig spesialisthelsetjeneste	totaltall studenter 2007-2008	andel sykepleierstudenter	%-andel spl-studenter per HA1-arena
Somatikk	8095	6326	78,1
psykisk helsevern	3300	2498	75,7
ambulante team	79	52	65,8
Rusomsorg	333	157	47,1
rehab-institusjoner	267	153	57,3
hjelpemiddel-sentral	6	0	0,0
sykehus-apotek	17	2	11,8
andre spes-avd i sykehus	486	0	0,0
	<b>12583</b>	<b>9188</b>	<b>73,0</b>

Det som ellers framgår av tabell 12, er at volumet studenter på andre subarenaer er lavt, men at rusomsorg og rehabilitering er viktige praksisarenaer for mange av profesjonsutdanningene.

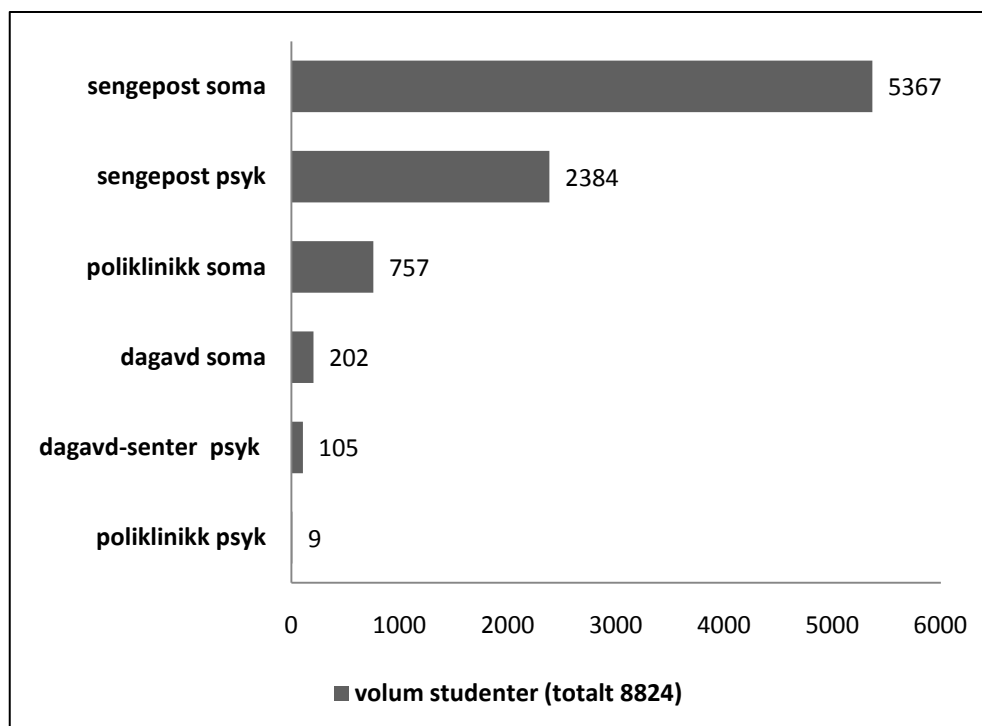
Når det gjelder kategoriene "andre spesialavdelinger i sykehus", dekker tallene kun sykehuspraksis for studenter fra bioingeniør-, ortopediingeniør- og audiografutdanningene. Hadde spørreskjemaet hatt svarkategorier mer tilpasset hvordan sykehusene organiserer sine tjenester for andre yrkesgrupper enn sykepleiere og leger, skulle tallet her vært høyere og tallene for somatikk

tilsvarende lavere. Hoveddelene av sykehuspraksisen for fysioterapi- og ergoterapistudenter er inkludert i samletallene for praksis ved somatisk avdeling, selv om fysio- og ergoterapitjenesten i sykehus normalt er organisert i egne enheter/avdelinger for fysioterapi og ergoterapi, og server andre enheter i sykehuset ut fra egen base i organisasjonen.

## 5.2.2 Sykepleierstudentenes bruk av subarenaer i sin sykehuspraksis

Rammeplanen for sykepleierutdanning er meget detaljert med hensyn til hvor sykepleierstudentene skal ha sin praksis. Konsekvensene av dette kommer tydelig fram dersom vi bare ser på sykepleierutdanningene (28 studieprogram på landsbasis), og ser på fordelingen av studenter på de opprinnelige subarenaene for praksis i sykehus.

**Figur 5: Sykepleierstudentenes fordeling på subarenaer for praksis i den offentlige spesialisthelsetjenesten.**



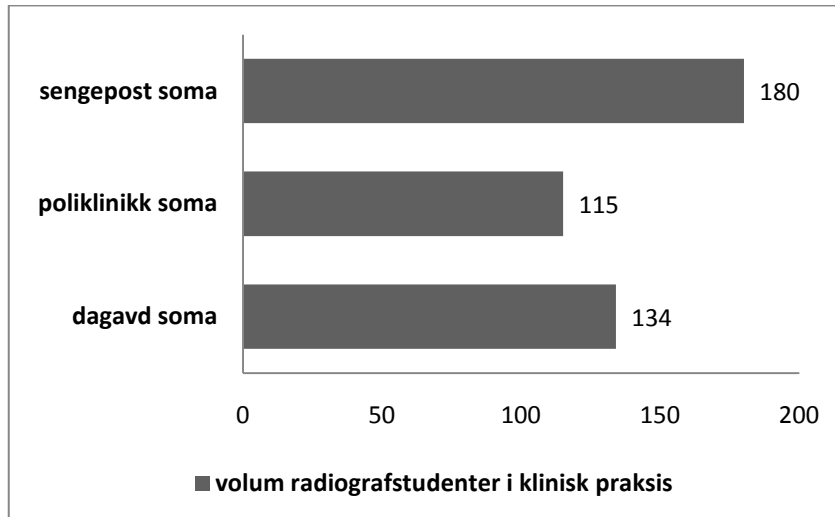
Så å si hele volumet av sykepleierstudenter som skal ha praksis i sykehus i løpet av et studieår, skal ha den i sengepost – eller ”praksis med døgnskuttet oppfølging av pasienter”, slik det formuleres i rammeplan for sykepleierutdanning av 1.8.2008.

Det er gjort mange forsøk over årene på å få Kunnskapsdepartementet til å gjøre rammeplanen mer fleksibel ut fra argumenter om at det finns muligheter for likeverdig læringsutbytte for sykepleierstudenter på andre praksisarenaer enn sengepost. Primært på grunn av kravet om ”døgnskuttet oppfølging” har slike innspill ikke ført til vesentlige endringer i rammeplanen. Utdanningene melder at de har økende problemer med å få nok praksisplasser ved sengeposter, som en følge av omstruktureringene i helsevesenet i retning av færre poster og senger, kortere liggetid og økt bruk av dagavdelinger og poliklinisk behandling.

Nesten like stramme rammeplankrav gjelder for radiografstudentene. Deres rammeplan stiller krav om ”klinisk praksis ved somatisk avdeling i sykehus”, og praksisperioden ”skal være veiledet av sykepleier”. Men her sies det ingenting om ”døgnskuttet oppfølging”, kun om ”somatisk avdeling”. Dermed ser vi at selv om sengepost-praksis også for radiografstudentene er dominerende, bruker

radiografutdanningene flere arenaer for klinisk praksis i sykehus mer jevnt enn det sykepleierutdanningene har anledning til:

**Figur 6: Radiografutdanningenes bruk av praksisarenaer i sykehus innen somatikk (klinisk sykepleiepraksis, obligatorisk del av radiografutdanningen)**

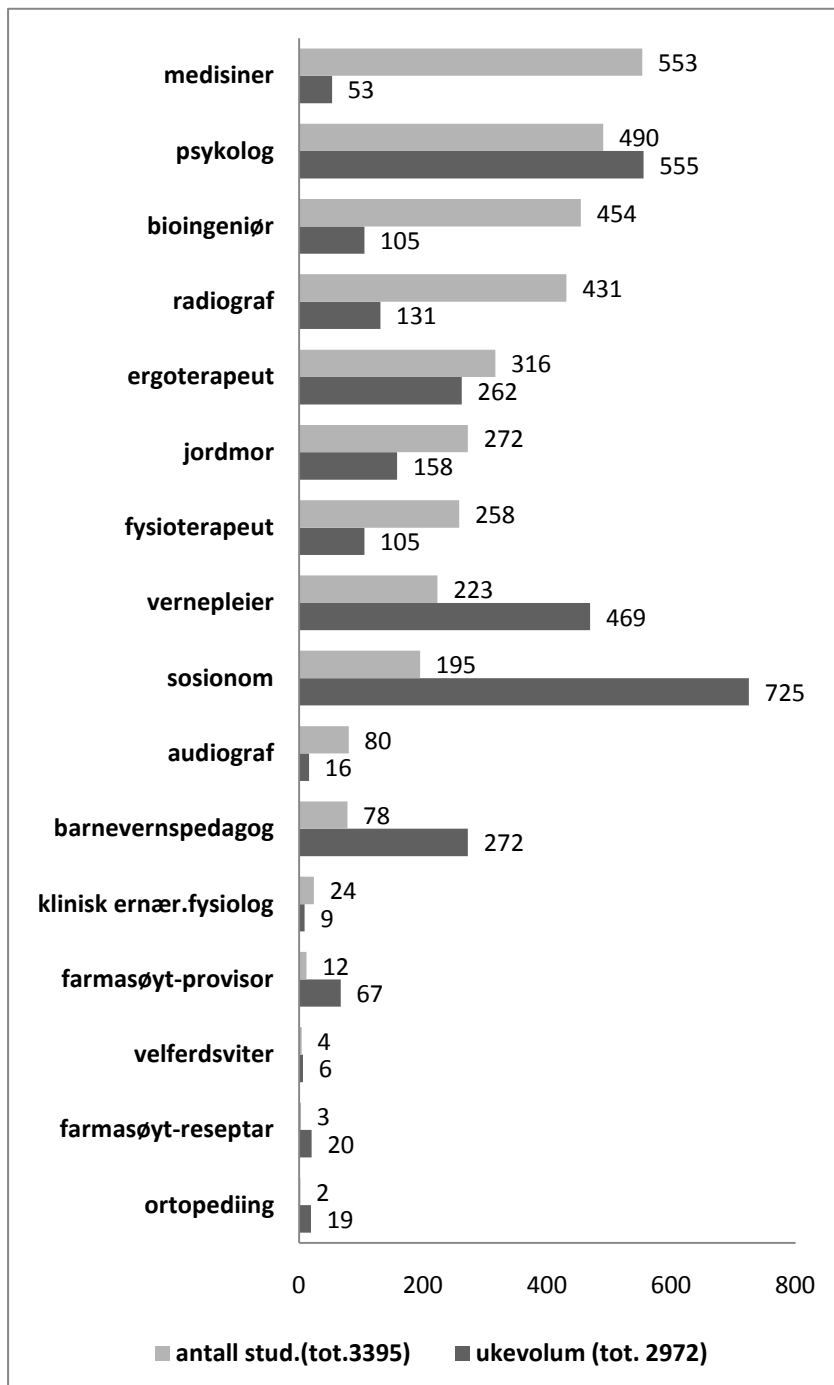


Flere radiografutdanninger melder likevel om problemer med å få nok kliniske praksisplasser i sykehus, på tross av lave studenttall. Dette har ført til økt bruk av praksisplasser i for eksempel sykehjem i kommunehelsetjeneste. Dette mener utdanningene – og radiografstudentene - er mindre relevante praksisplasser ettersom noe av hensikten med obligatorisk, klinisk praksis for radiografstudenter ligger i å lære å forholde seg til pasienter i en sykehuskontekst, der den radiologiske tjenesten inngår.

### 5.2.3 Andre profesjonsutdanningers bruk av den offentlige spesialisthelsetjenesten som praksisarena

Når sykepleierstudentene holdes utenfor oppsettet, er det lege- og psykologstudentene som er de største UH-studentgruppene med praksis i spesialisthelsetjenesten. Så følger de to teknologitunge utdanningene til bioingeniør og radiograf, som begge har obligatorisk praksis i spesialisthelsetjenesten som krav i rammeplan

Figur 7: Volum studenter og ukevolum praksis for de øvrige profesjonsutdanningene (28 sykepleierutdanninger holdt utenfor).



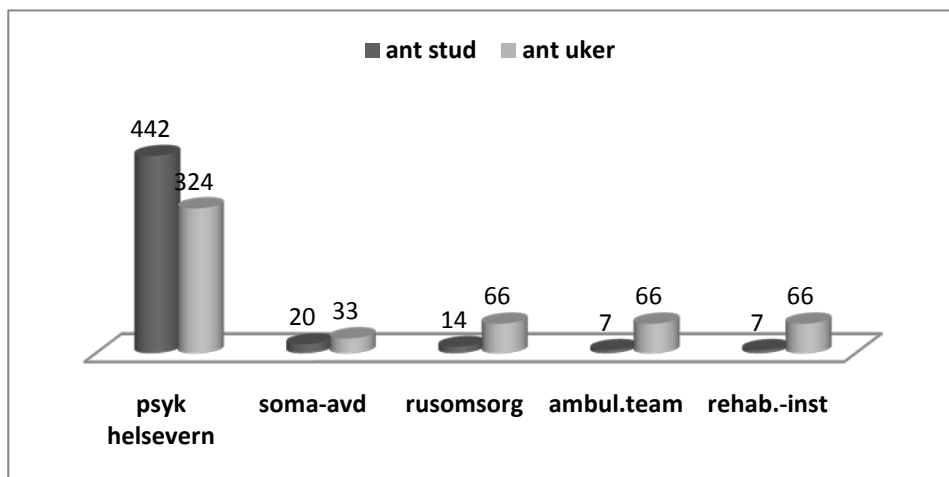
For de øvrige personellgruppene er ikke praksis i spesialisthelse-tjenesten obligatorisk, men de regionale helseforetakene forventes likevel å dekke behovet for praksisplasser også for disse studentgruppene ut fra det faktum at viktige oppgaver i spesialisthelsetjenesten dekkes av disse faggruppene.

Når sykepleierutdanningene holdes utenfor, skiller noen av de øvrige profesjonsutdanningene seg ut med hensyn til forholdstallet mellom studentvolum og ukevolum:

- For det første ser en at ekstern veiledet praksis har et lite omfang for medisinerstudentene: De er ute i lokalsykehus og i allmennpraksis osv, men de er der kun få uker i løpet av 6 års studier. Den lange behandlingspraksisen får de ved eget universitetssykehus, men den opplæringen og treningen som foregår der regner ikke disse utdanningsprogrammene som praksisstudier, men som klinisk undervisning.
- Psykologstudentene og sosionom- og vernepleierstudentene har vesentlig større volum praksistid i spesialisthelsetjenesten enn de øvrige faggruppstudentene. Det tolkes som at disse studentene er ute i praksis i den offentlige spesialisthelsetjenesten enten i en lange periode per student, eller i flere perioder på samme praksisarena.
- Bioingeniørutdanningene og radiografutdanningene har omtrent samme volumprofil med hensyn til antall studenter og volum uker i praksis i spesialisthelsetjenesten, men svar-kommentarene tyder på at hverdagen oppleves forskjellig for de to profesjonsutdanningene: Bioingeniørutdanningene melder om gode internlaboratorier og godt samspill med sykehuslaboratoriene om sine praksisbehov. Radiografutdanningene, derimot, melder om kroniske problemer med å skaffe nok plasser, og særlig til obligatorisk, klinisk praksis i sykehusavdelinger. Altså kan man anta at volumtallene for antall studenter og antall uker for radiografutdanningenes del gjerne skulle vært høyere, mens bioingeniørutdanningene melder om godt samsvar mellom behov og tilbud.

Profesjonsutdanningene bruker noe forskjellige subarenaer i spesialisthelsetjenesten som hovedarena for praksis for sine studenter, og praksistiden varierer mellom arenaene. Profesjonsutdanningen i psykologi (figur 8) har også et høyt ukevolum praksis i spesialisthelsetjenesten, men forholdstallet mellom studentvolum og ukevolum viser noen interessante trekk.

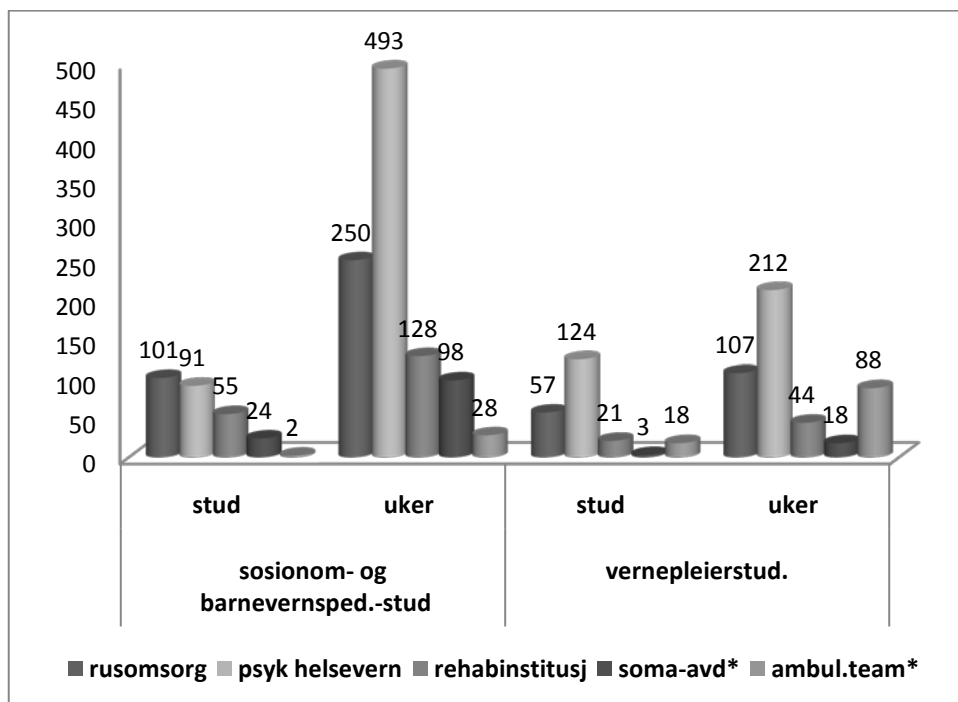
**Figur 8: Psykologstudentenes praksisprofil i den offentlige spesialisthelsetjenesten**



Innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten har alle psykologutdanningene sine studententer ute i praksis, men i relativt korte perioder. På de øvrige praksisarenaene, rusomsorg, ambulante team, rehabiliteringsinstitusjoer eller somatiske avdelinger, er det kun et fåtall studenter som er ute i praksis, men til gjengjeld er hver student ute i lange sammenhengende praksisperioder på disse arenaene.

For sosionom-, barnevernspedagog- og vernepleierutdanningene er det spesialisthelsetjenestens praksisarenaer innen psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering som brukes mest. Figur 9 illustrerer at praksisperiodene for disse profesjonsutdanningene gjennomgående er lange, selv om det også er unntak fra dette om man ser på hvert studieprogram for seg.

**Figur 9: Barnevernspedagog-, sosionom- og vernepleierstudentenes praksisprofil i den offentlige spesialisthelsetjenesten.**

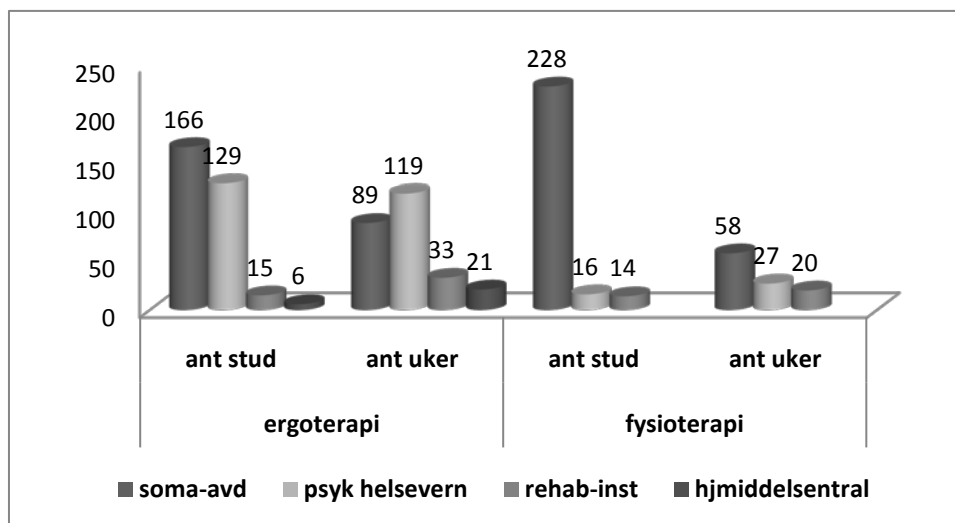


\* ingen barnevernspedagogutdanning har rapportert om praksis på denne subarenaen

Spesialisthelsetjenesten er en viktig praksisarena også for ergo- og fysioterapeututdanningene, men de bruker subarenaene noe forskjellig. For begge terapeutgruppene er praksis ved somatiske avdelinger klart viktigst. Men det er tydelig at ergoterapeututdanningene legger vesentlig mer vekt på å ha studentene i praksis på arenaene for psykisk helsevern enn fysioterapeututdanningene gjør, og praksisperioden synes å være relativt lengre enn på somatiske arenaer:



Figur 10: Ergoterapi- og fysioterapistudentenes praksisprofil i den offentlige spesialisthelsetjenesten



Det var for øvrig noe overraskende at det ikke var flere ergoterapeutstudenter i praksis ved hjelpemiddel-sentralene, en arena mange har oppfattet som en ganske fagspesifikk arena for ergoterapeuters yrkesutøvelse.

### 5.3 Hovedarena 3 (HA3): Kommunehelsetjenesten

Som for den offentlige spesialisthelsetjenesten, er det utplassering og gjennomføring av praksis for sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten som er den store utfordringen. Som tabell 13 viser, utgjør sykepleierstudentene over 80% av alle praksisutplasseringer i kommunehelsetjenesten.

Tabell 13: Studenter i praksis i kommunehelsetjenesten, og sykepleierstudenters andel av disse

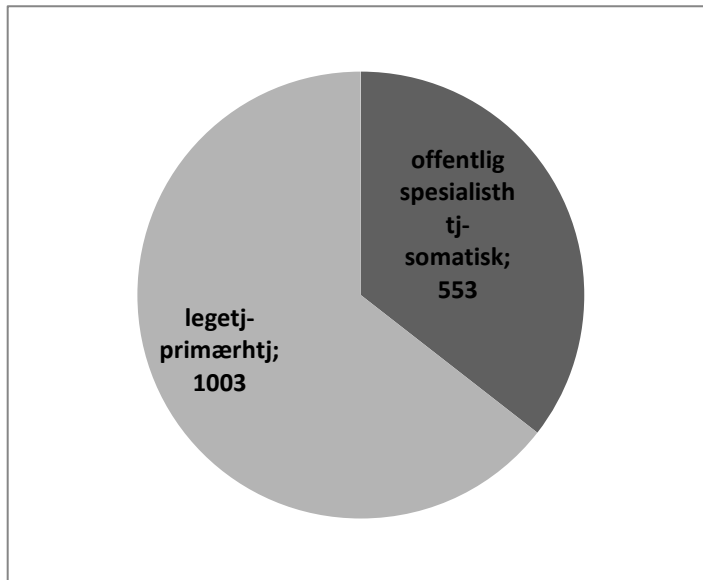
HA3: Kommunehelsetjenesten	totalvolum studenter (alle profesjoner)	andel sykepleierstud	%-andel sykepleierstudenter
syke- og aldershjem	5733	4768	83,2
hjemmebaserte tjenester	4174	3300	79,1
helsestasjon	1466	1267	86,4
all legetjeneste i primærhelsetj	1153	1	0,1
fysioterapitjenesten	348	4	1,1
<b>SUM studenter</b>	<b>12874</b>	<b>9340</b>	<b>72,5</b>

Det er pleie- og omsorgstjenesten og helsestasjonene som er de viktigste subarenaene for utplassering til praksisstudier, og da hovedsakelig for sykepleierstudentene. Legetjenesten er primært legenes arena, slik fysioterapitjenesten er fysioterapeutenes arena. Samtidig har det skjedd organisatoriske endringer i retning av større sentra og mer flerfaglig og tverrfaglig samarbeid også i privat sektor. Svarfordelingen viser at en og annen student fra andre profesjoner har praksis på såpass profesjonsspesifikke yrkesarenaer, men det er sjelden og normalt i korte perioder.

Jordmorstudentene, som tar en 2-årig videreutdanning etter sykepleier grunnutdanning, har helsestasjonen som sin primærarena i kommunehelsetjenesten.

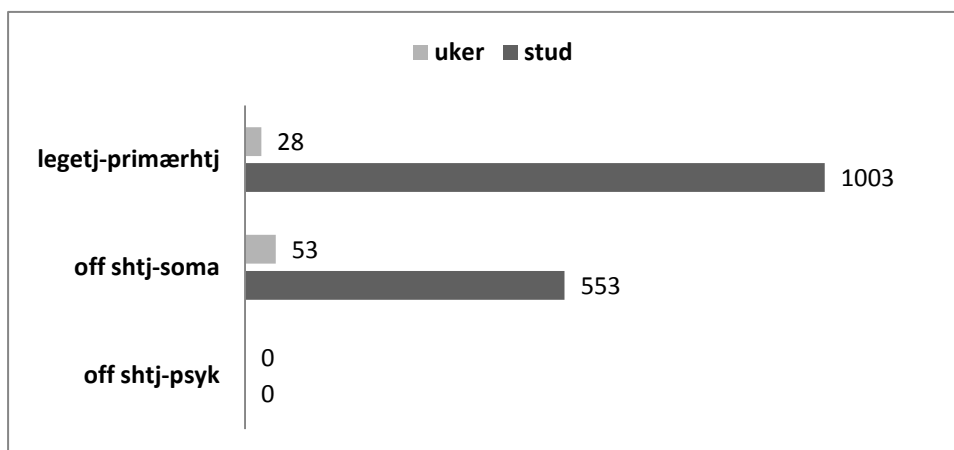
Volumet medisinerstudenter i praksis i kommunehelsetjenesten er høyt, også sammenlignet med volumet medisinerstudenter i praksis i spesialisthelsetjenesten. Utplussing til legetjenestep praksis i primærhelsetjenesten er noe alle utdanningsinstitusjonene legger vekt på. Ut fra tallene kan det da se ut til at utplussing til praksis i lokalsykehus utenom eget universitetssykehus, ikke er et tilbud til alle studenter.

**Figur 11: Fordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten mht antall medisinerstudenter i praksisutplassering 2007-2008**



Når det gjelder hvor mye tid medisinerstudentene får satt av til slike eksterne praksisperioder, er bildet mer jevnt mellom de to hovedareneane for praksis (figur 12).

**Figur 12: Det relative forholdet mellom volum studenter og volum uker i ekstern praksis for medisinerstudentene (4 studieprogram)**

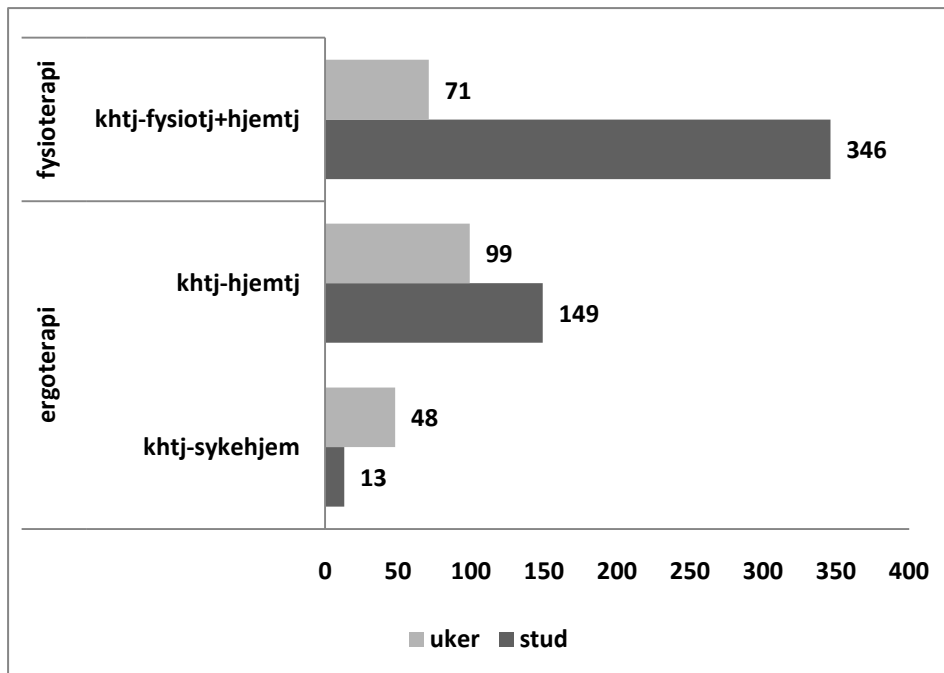


Av dette bildet framgår det at praksisperioden per student i primærhelsetjenesten må være kort. Ut fra tallene som er sendt inn, er variasjonen mellom studieprogrammene fra 4 til 9 uker per student i løpet av 6 års studier. Praksisperiodene synes å være noe lengre per student når det gjelder ekstern sykehuspraksis, ettersom ukevolumet er høyere selv om antallet studenter her er bare drøyt halvparten av antallet i primærhelsetjenesten. Ut fra utdanningenes tall varierer praksistiden i eksterne sykehus mellom 6 og 16 uker per student i løpet av hele studiet.

Legekontorer og medisinske sentra (som inngår i samlekategoriene legetjeneste i primærhelsetjenesten), enten de er kommunale eller private, benyttes som praksisarena også **for bioingeniørstudenter**: I studieåret 2007-2008 oppga 3 av 7 bioingeniørutdanninger at de hadde til sammen 154 studenter i praksis på denne typen praksisarena. Men tiden studentene er utplassert her, varierer veldig mellom de tre utdanningene, fra 1 til 9 uker.

Fysioterapitjenesten er en del av kommunehelsetjenesten i de fleste kommuner, men måten fysioterapeutene arbeider utadrettet på gjør at spørreskjemaets inndeling i subarenaer var lite egnet. Svarfordelingen for de to subkategoriene "fysioterapitjenesten" og "hjemmebaserte tjenester" er derfor slått sammen. For den offentlige helsetjenesten på kommunenivå, dvs kommunehelsetjenesten, viser figur 13 at fysioterapeutstudentene primært har sin praksis knyttet til oppgaver som inngår i opplegget for kommunens hjemmebaserte tjenester. Annen praksis for fysioterapeutstudenter i primærhelsetjenesten omtales under resultatene for privat sektor. Forholdet mellom volum studenter og volum uker i praksis viser at praksistiden i kommunehelsetjenestepraksis er relativt kort per student, ettersom antallet studenter er høyt, men volum uker er relativt lavt.

**Figur 13: Fysioterapi- og ergoterapistudenters praksis i kommunehelsetjenesten**



**Ergoterapeutstudentene** ser ut til å være ute i lengre eller flere perioder enn fysioterapeutstudentene i tilknytning til de hjemmebaserte tjenestene, i tillegg til at praksis ved sykehjem også er en aktuell mulighet for noen ergoterapeutstudenter – men tydeligvis ikke mange.

**Vernepleierutdanning** regnes som en helsefaglig utdanning, og med 12 studieprogram er volumet studenter ute i praksis relativt høyt. Utdanningene benytter primært de hjemmebaserte tjenestene og sykehjemssektoren som sine praksisarenaer (taell 8). Gitt forholdet mellom studenttall og ukevolum, ser det ut til at denne profesjonsutdanningen legger opp til kortere praksisperioder per student enn sosialfagutdanningene.

**Tabell 14: Vernepleierutdanningene og sosialfagutdanningenes bruk av kommunehelsetjenesten som praksisarena**

HA3 KHTj	vernepleierutd.		barnevernsped.- utd.		sosionomutd.	
	stud	uker	stud	uker	stud	uker
hjemmebaserte tj.	700	263	10	71	1	9
syke-og aldershjem	594	136	0	0	13	83
helsestasjon	0	0	1	15	0	0

Noen sosialfagutdanninger har også studenter i praksis i kommunehelsetjenesten, men ut fra hvor mange studenter det er ved disse utdanningene er omfanget svært lite.

Andre profesjonsutdanninger med praksis i kommunehelsetjenesten er **psykologstudenter, tannlege- og tannpleierstudenter.**

**Tabell 15: Psykologutdanningenes bruk av kommunehelsetjenesten som praksisarena**

Praksisarena	antall studieprogram	stud	uker
syke-og aldershjem	1 av 4	264	3
Helsestasjon	2 av 4	5	42

Tallene viser at en av psykologutdanningene legger opp til at alle studentene skal ha en kort praksisperiode i sykehjemssektoren. Et fåtall psykologstudenter har også en lengre praksisperiode på en helsestasjon

**Tabell 16: Tannlege- og tannpleierutdanningenes bruk av kommunehelsetjenesten som praksisarena**

subarena sykehjem	antall studie- program	stud	uker
tannlege	1 av 3	48	1
tannpleier	2 av 3	45	5

En av tannlegeutdanningene og to av tannpleierutdanningene har oppgitt å ha studenter i praksis i den kommunale sykehjemstjenesten. Tannpleierstudentene er der ute i 2-3 uker, mens tannlegestudentene er der 1 uke.

Ellers var det noe overraskende å se at utdanningen til **klinisk ernæringsfysiolog** ikke rapporterte noen studenter i praksis innenfor kommunehelsetjenesten, kun i spesialisthelsetjenesten. Vi hadde forventet at en profesjon med så spesialisert kunnskap om ernærings betydning som sykdomsforebyggende tiltak, ville ha viktige oppgaver i førstelinjetjenesten, ikke minst i forhold til ungdom og eldre i befolkningen.

## 5.4 De øvrige hovedarenaene

### 5.4.1 Statlig og kommunal sosialtjeneste, barnevernstjeneste og NAV

Her ga spørreskjemaet bare tre svaralternativer, noe mange av studieprogrammene har kommentert (redegjort for i punkt 1.2.1.). Kommentarene tyder på at det er en flora av mulige praksisarenaer for flere av utdanningene som organisatorisk ikke hører inn under verken den offentlige helsetjenesten eller sosialtjenesten slik den er inndelt her. Gitt denne svakheten, gir svarfordelingene likevel noen interessante indikasjoner på fordeling av studenter og tid brukt i praksisfeltet:

**Tabell 17: Antall studieprogram, studenter og uker som anvender HA4 som praksisarena, etter profesjonsutdanninger og subarenaer.**

Hovedarena: Kommunal og statlig sosialtjeneste, barnevern og NAV	antall studieprogram som bruker arenaen	ant stud	ant uker
Subarenaer per utd.gruppe		stud	uker
<b>barnevernsped.utd (11)*</b>			
NAV	1	3	14
Sosialkontor	3	10	37
barneverntj.	11	305	106
<b>sosionomutd. (12)</b>			
Sosialkontor	12	191	198
Barnevern	11	165	192
NAV	9	27	134
<b>ergoterapeututd. (5)</b>			
NAV	1	2	12
<b>psykologutd. (4)</b>			
Barnevern	2	4	46
NAV	1	3	26
<b>sykepleierutd. (28)</b>			
NAV	1	4	2
<b>vernepleierutd. (12)</b>			
NAV	2	4	21
Sosialkontor	4	23	42
barneverntjeneste	9	37	93
<b>velferdsviterutd. (1)</b>			
Sosialkontor	1	13	6
NAV	1	15	6

\*antall studieprogram i Norge per profesjonsutdanning, i parentes

Som det framgår av tallene i tabell 17 er det sosionom-, barnevernspedagog- og vernepleierutdanningene som har mange studenter i praksis i lange og/eller mange praksisperioder på denne hovedarenaen for ekstern veiledet praksis. De tre profesjonsutdanningene fordeler seg noe forskjellig. Fordelingen kan tyde på at sosionom- og vernepleierutdanningene har et noe mindre spesialisert fokus med tanke på hvor deres studenter kan få et relevant læringsutbytte, mens

barnevernspedagogutdanningene knapt bruker andre subarenaer for praksis enn de som finnes innenfor rammen av barnevernstjenesten.

Bruken av NAV som praksissted er overraskende liten. Selv om 9 av 11 sosionomutdanninger oppgir utplassering til praksis i NAV, er totalt antall rapporterte studenter i praksis der kun 27. De øvrige utdanningene har knapt noen studenter i praksis her overhode. Kommentarene fra noen av studieprogrammene kan tyde på at kommunikasjonen med NAV om praksisutplassering av studenter oppleves vanskelig. En utdanning skriver at "NAV ser ikke at de har noe utdanningsansvar".

Velferdsviterutdanningen kan være et unntak, da realtvis flere av studentgruppen her hadde praksis i NAV i 2007-2008. Det kan henge sammen med at denne utdanningen over de siste 10 årene har vokst fram som en utdanning tilpasset nettopp NAVs oppgaver. Utdanningen er en videreutvikling fra noe som opprinnelig var et initiativ overfor høgskolesektoren fra sentrale aktører i arbeids- og trygdeetatssystemet.<sup>14</sup>

## 5.4.2 Fylkeskommunal tannhelsetjeneste

Denne hovedarenaen for praksisstudier benyttes ikke av noen andre profesjoner enn de tre tannhelsefaglige profesjonsutdanningene. Det tilbys profesjonsstudium i odontologi ved 3 universiteter, bachelorstudium i tannpleie ved de samme tre universitetene, og bachelorstudium i tannteknikk ved HiO. Fordi disse tre profesjonsutdanningene er såpass spesielle med hensyn til hvor deres praksisarenaer er, vises her ikke bare resultatene for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, men totalbildet av hvor disse profesjonsutdanningene har sin praksis i løpet av studiet.

**Tabell 18: Oversikt over praksisarenaer og volum studenter og uker for 7 tannhelsefaglige studieprogram**

Praksisarena	tannlege- utdanningene (3)		tannpleier- utdanningene (3)		tanntekniker- utdanningen (1)	
	stud	uker	stud	uker	stud	uker
Off fylkeskomm. tannhelsetjen	143	24	90	23	15	1
kommunehelsetj-sykehjem	48	1	45	5	0	0
Privat tannklinikk	0	0	0	0	6	10
Privat tannteknisk lab.	0	0	0	0	35	10
internklinikk m/pasient	339	115	75	58	0	0

Den offentlige tannhelsetjenesten blir brukt som praksisarena av alle tre studieprogram, men volum tid i slik praksis per student varierer mye, fra 3 uker i et program til 16 uker i et annet. Og bare ett av studieprogrammene har oppgitt å ha studenter i den kommunale helsetjenesten ved sykehjem og/eller innen rusomsorg. Ingen av respondentene har rapportert om studenter i praksis i privat sektor.

**Tannlegeutdanningene:** har egne internklinikker der studentene møter og arbeider med pasienter, og er åpenbart den viktigste praksisarenaen for tannlegestudentene. Både i volum studenter og volum uker er denne praksisarenaen størst. Tidsbruken i intern klinikkpraksis er også omtrent den samme for alle tre studieprogrammene.

**Tannpleierutdanningene:** To av tre tannpleierutdanninger oppgir å ha praksis i egen internklinikk, og

<sup>14</sup> Utdanningsretningen finnes nå ved HiO (ba i velferdsfag) og UiA (ba i arbeids- og velferdsforvaltning)

i volum tid er den klart den viktigste praksisarenaen. To av tre tannpleierutdanninger har relativt mye praksis i kommunehelsetjenesten (sykehjem og/eller rusomsorg), i perioder a 2 eller 3 uker. Ingen av respondentene har rapportert om studenter i praksis i privat sektor.

**Tannteknikerutdanningen:** Privat tannteknisk laboratorium er hovedarenaen for ekstern praksis for tannteknikerstudentene. Tannteknikerstudentene har knapt pasientnær klinisk praksis i den offentlige tannhelsetjenesten (1 uke), men de har en relativt lang praksisperiode i private tannklinikker (10 uker).

### 5.4.3 Privat sektor (HA 5-6)

Materialet er her sortert i forhold til to hovedarenaer: Privat spesialisthelstjeneste og privat sektor utenfor sykehus. Som nevnt i punkt 1.2.1, er det usikkerhet rundt tallene blant annet på grunn av manglende svarkategorier i forhold til den variasjonen i praksissteder utdanningene faktisk bruker. Når det gjelder privat sektor har, for eksempel, flere av barnevernspedagog- og ergoterapeututdanningene påpekt at de har studenter i praksis innen privat barnevern, private asylmottak og privat rusomsorg. Der respondentene har oppgitt eksakte tall for slik utplassering, er disse inkludert i kategorien "privat sektor utenfor privat spesialisthelstjeneste".

Medisinerstudentenes praksis ved legekantor/medisinsk senter er ikke med i tallmaterialet for privat sektor, selv om nesten alle leger med eget legekantor driver privatpraksis, med eller uten avtale med kommunehelsetjenesten om å yte tjenester til det offentlige helsevesen. Som redegjort for tidligere, skyldes dette spørreskjemaets inndeling i "allmennlegetjenesten" plassert som kategori under kommunehelsetjenesten, og "legekantor" plassert som kategori under privat sektor. Medisinerstudiene rapporterte tall på utplasserte studenter til legetjeneste i primærhelsetjenesten, uten å kunne skille mellom disse to kategoriene. Løsningen ble å samle de innrapporterte tallene i en kategori kalt "all legetjeneste i primærhelsetjenesten". "Primærhelsetjenesten" er ikke et begrep i undersøkelsen, og resultatene er lagt inn i analysene under hovedarena Kommunehelsetjenesten.<sup>15</sup>

I omtalen av hovedarene i privat sektor har det likevel informasjonsverdi å sette inn tallene for "all legetjeneste i primærhelsetjenesten" også her. *Man må da være oppmerksom på at de samme tallene brukes to steder i rapporten, ettersom hovedgrepet ble å behandle data om medisinerstudentenes praksis i primærhelsetjenesten under analysen av praksis i kommunehelsetjenesten.*

**Tabell 19: Antall studenter og ukevolum praksis i privat spesialisthelstjeneste og privat sektor for øvrig; medisinerstudenter unntatt. Medisinerstudenters praksis i primærhelsetjenesten tatt med som tilleggsinformasjon.**

Praksisarena	stud	uker
privat spesialisthelstjeneste	532	708
privat sektor utenfor privat spesialisthelstjeneste	1217	402
<b>sum</b>	<b>1749</b>	<b>1110</b>
All legetjeneste i primærhelsetjenesten	1003	28
<b>sum</b>	<b>2752</b>	<b>1138</b>

<sup>15</sup> Se vedleggskapittel V7.7 for oversikt over medisinerstudentenes eksterne praksis.

Holder man legestudenters praksis i primærhelsetjenesten utenfor oppstillingen for privat sektor, er tallene for praksisutplassering til privat spesialisthelsetjeneste og privat sektor utenfor privat spesialisthelsetjeneste forsvinnende små i forhold til et totaltall på nesten 30.000 studenter i praksisfeltet i studieåret 2007-2008: Det er oppgitt til sammen 532 studenter i praksis i privat spesialisthelsetjeneste, og 1217 studenter i praksis i privat sektor utenfor sykehus.

I tabell 20 gis en oversikt over svarfordelingen fra respondentene i forhold til de mange inkluderte subarene for praksis i privat sektor. 13 av 21 profesjonsutdanninger (utenom medisiner-utdanning) oppgir å ha studenter i praksis i privat sektor, men for de fleste av dem er det kun snakk om et fåtall studenter.



**Tabell 20: Oversikt over bruken av privat sektor som praksisarena: Profesjonsutdanninger og antall studieprogram. Medisinstudienes praksis i primærhelsetj tatt med også her, som tilleggsinformasjon.**

Profesjonsutdanning (tot.ant.studieprogram i parentes)	Praksisarena	antall studie- program	stud	uker	variasjon i uker praksis (min.-max.)	
<b>barnevernspedagog (11)</b>	privat rusomsorg	2	11	25	10	15
	privat, annet	1	1	15	0	15
<b>bioingeniør (7)</b>	privat sykehuslaboratorium	1	30	1	0	1
<b>ergoterapeut (5)</b>	privat rusomsorg	1	2	12	12	12
	privat rehab-institusjon	2	12	22	2	20
	privat, andre aktører	2	6	23	11	12
<b>farmasøyt (5)</b>	Privat shtj-sykehusapotek	2	6	23	3	20
	privat apotek	5	205	108	20	24
<b>fysioterapeut (4)</b>	Privat shtj-sykehus	1	14	21	0	14
	Privat rehab-institusjon	3	97	30	1	22
	Privat fysikalsk institutt	3	165	27	2	22
<b>jordmor (5)</b>	Privat shtj-somatisk	1	19	1	0	1
<b>psykolog (4)</b>	privat shtj-psykiatri+somatisk	3	58	118	16	46
	privat rehab-institusjon	1	1	16	0	16
	privat, andre aktører	1	6	16	0	16
<b>radiograf (6)</b>	privat shtj-somatisk	2	11	10	4	6
	Privat andre aktører	1	27	24	24	24
<b>sosionom (12)</b>	privat shtj-somatisk+psykiatri	3	4	45	12	18
	Privat rusomsorg	7	22	94	12	20
	Privat rehab.institusjon	1	2	20	20	20
	Privat andre aktører	1	78	12	12	12
<b>sykepleier (28)</b>	privat shtj-somatisk	4	30	32	8	8
	privat shtj-psykiatri	10	104	90	8	15
	Privat shtj-rusomsorg	7	58	58	7	9
	privat shtj-rehab.institusjon	2	20	9	2	7
	Privat sykehus u/avtale	1	4	8	8	8
	Privat sykehjem+aldershjem	10	574	91	7	20
	Privat hjemmetjeneste	1	22	8	8	8
Privat andre aktører	1	5	2	2	2	
<b>tanntekniker (1)</b>	privat tannklinikk	1	6	10		
	privat tannteknisk lab.	1	35	10		
<b>vernepleier (12)</b>	Privat shtj-psykiatri	1	4	8	8	8
	privat shtj-rusomsorg	4	15	37	6	12
	privat shtj-rehab.institusjon	3	9	28	8	10
	Privat sykehjem+aldershjem	2	14	17	8	9
<b>ortopediingeniør (1)</b>	ortopedisk verksted	1	10	19		
<b>lege (4)</b>	All legetjeneste i primærhelsetjenesten	4	1003	28	4	9

Tar man med medisinerstudenters praksis i primærhelsetjenesten i denne oversikten over praksis i privat sektor er denne studentgruppen den klart største, men ukevolumtallene tyder på at studentene har relativt kort praksis her. Sykepleierutdanningene, derimot, har et klart større volum uker i praksis i privat sektor, selv om antallet studentutplassinger er lavere enn for legestudentene. Dette forklares trolig av at legepraksis i primærhelsetjenesten, enten den skjer i privat legepraksis eller i den offentlige kommunehelsetjenesten, er noe alle medisinerstudenter skal gjennom, mens privat sektor for sykepleierutdanningene i økende grad er et nødvendig og viktig supplement til den offentlige helsetjenesten for å sikre et tilstrekkelig antall praksisplasser.

Det som ellers er viktig å merke seg ut fra tabell 20, er at noen få profesjonsutdanninger har noen av sine viktigste praksisarenaer i privat sektor, så som farmasistudenter med praksis i det private apotekvesenet og fysioterapeutstudenter med praksis i private fysikalske institutter. Men ut fra respondentenes kommentarer til spørsmålene, framstår nettopp disse to profesjonsgruppene som ytterpunkter med hensyn til rammebetingelser og muligheter for praksis i privat sektor:

- Samarbeidet mellom farmasøytutdanningene og apotekvesenet om praksisstudier er velregulert og går langt tilbake i tid. Apotekforeningen, som arbeidsgiverorganisasjon, har alltid hatt en viktig rolle knyttet til organisering og finansiering av praksisstudiene for farmasøyter. Nå har Apotekforeningen ansvar for å koordinere praksisutplasseringene gjennom en ordning med apotek i "praksispool" som både sikrer forutsigbarhet for alle parter, og åpner for at studentene selv velger hvor i landet de vil ha sin praksis, så langt det lar seg gjøre.<sup>16</sup>
- Fysioterapeututdanningene, derimot, melder om problemer med å få praksisplasser ved fysikalske institutter i privat sektor overhodet, og utfordringer knyttet til kvalitetssikring av praksis. Årsaken som nevnes hyppig er manglende finansiering i forhold til den tid som må settes av ved instituttene til å ta imot og veilede studenter og følge opp forventet samarbeid med utdanningene om praksisstudiene.

Mer generelt viser oversikten i tabell 20 at privat sektor primært brukes som arena for praksisstudier for de profesjonsutdanningene som vil ha praksis innen psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering.

---

<sup>16</sup> For mer info om ordningen, se <http://www.apotek.no/utdanning-og-arbeid/praksispool.aspx>

### 5.4.4 Barnehage og skoleverk (HA7)

Det rapporterte volumet studenter i praksis på denne hovedarenaen er relativt lavt, totalt 720 studenter i studieåret 2007-2008. Ser man på forholdet mellom studenttall og volum uker, tyder dette på at når et studieprogram først har studenter i praksis på denne arenaen, er studentene der i relativt lange og/eller flere praksisperioder.

Under følger oversikten per profesjonsutdanninge over antall rapporterte studenter i praksis på disse subarenaene i studieåret 2007-2008.

**Tabell 21: Oversikt over profesjonsutdanningenes bruk av pedagogisk sektor som praksisarena.**

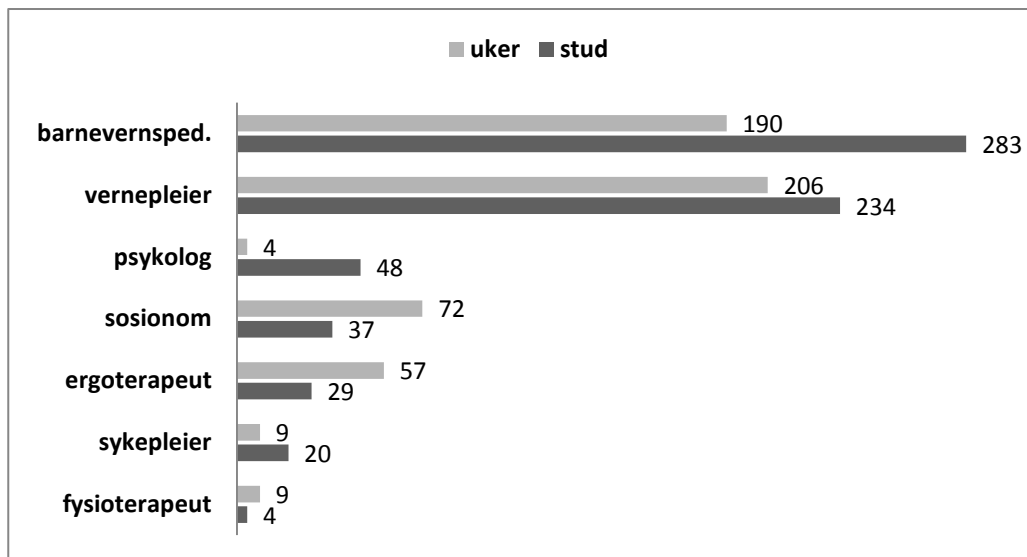
Profesjonsutdanning m/tot. antall studieprogramtilbud, og subarenaer	antall studie- program per profesjonsutdanning som bruker hver subarena	studenter 2007-2008	uker 2007-2008	variasjonsbredde i praksistid per arena blant utdanningene som benytter den	
<b>Barnevernsped. (11)</b>					
Grunnskole	9	152	97	8	20
Barnehage	9	131	93	2	20
andre spesped.-tiltak	5	50	61	8	15
PPT	1	2	14	0	14
<b>ergoterapeut (5)</b>					
Barnehage	3	23	18	2	12
Grunnskole	4	6	39	4	12
<b>fysioterapeut (4)</b>					
Grunnskole	1	4	9	0	9
<b>psykolog (4)</b>					
Barnehage	1	24	2	0	2
PP-tjeneste	2	5	50	24	26
<b>sosionom (12)</b>					
Grunnskole	5	27	67	5	22
Barnehage	1	10	5	5	5
PPT	4	4	67	12	22
andre spesped.tiltak	1	2	15	15	15
<b>sykepleier (28)</b>					
Barnehage	2	10	6	2	4
Grunnskole	1	10	3	3	3
<b>vernepleier (12)</b>					
Grunnskole	11	132	110	6	12
Barnehage	10	102	96	6	12
andre spesped.tiltak	4	23	43	9	12
PPT	2	3	22	10	12
Summer		720	817		

Det er 7 av 21 helse- og sosialfaglige utdanninger som har oppgitt studenter i praksis på ulike subarenaer i pedagogisk sektor, som her dekker alt fra barnehage til ymse spesialpedagogiske tiltak. Men det er stor variasjon mellom profesjonsutdanningene med hensyn til hvor mange av studieprogrammene per gruppe som bruker hver av disse subarenaene til praksisstudier for sine studenter.

For å få dette tydeligere fram, er det dekning i data for å skille mellom gruppene med hensyn til bruk av barnehage og grunnskole som praksisarenaer på den ene siden, og mer spesialpedagogiske praksisarenaer på den andre. Da framkommer følgende:

- I **barnehage og grunnskole** har alle 7 profesjonsutdanningene oppgitt å ha studenter i praksis, men omfanget varierer fra relativt mange fra barnevernspedagog- og vernepleierutdanningene til svært få fra andre utdanninger. Altså kan man anta at denne praksisarenaen oppfattes som faglig viktigere innad i noen profesjonsutdanninger enn andre, selv om enkelte studieprogram innen andre profesjonsutdanninger også er åpne for å ha studenter i praksis der.

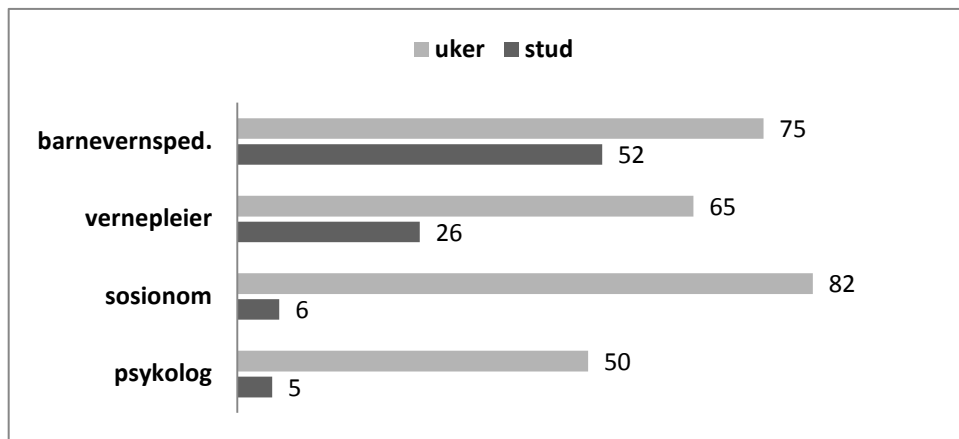
**Figur 14: Profesjonsutdanningenes bruk av barnehage og grunnskole som praksisarena**



Tabell 21 viser at variasjonen i ukevolum for praksis i barnehage og grunnskole i 2007-2008 er fra 2 til 22 uker. Men forholdet mellom studenttall og volumtall uker per subarena i figur 14, tyder på at antallet studenter med lange praksisperioder her må være høyt.

Praksistid i **PP-tjenesten og i andre spesialpedagogiske tiltak** brukes av færre profesjonsutdanninger. Her er det studenter fra sosialfagutdanningene, psykolog- og vernepleierutdanningene som rapporterer om praksisutplasseringer.

**Figur 15: Profesjonsutdanningenes bruk av PPT og andre spes.ped.-tiltak som praksisarena.**



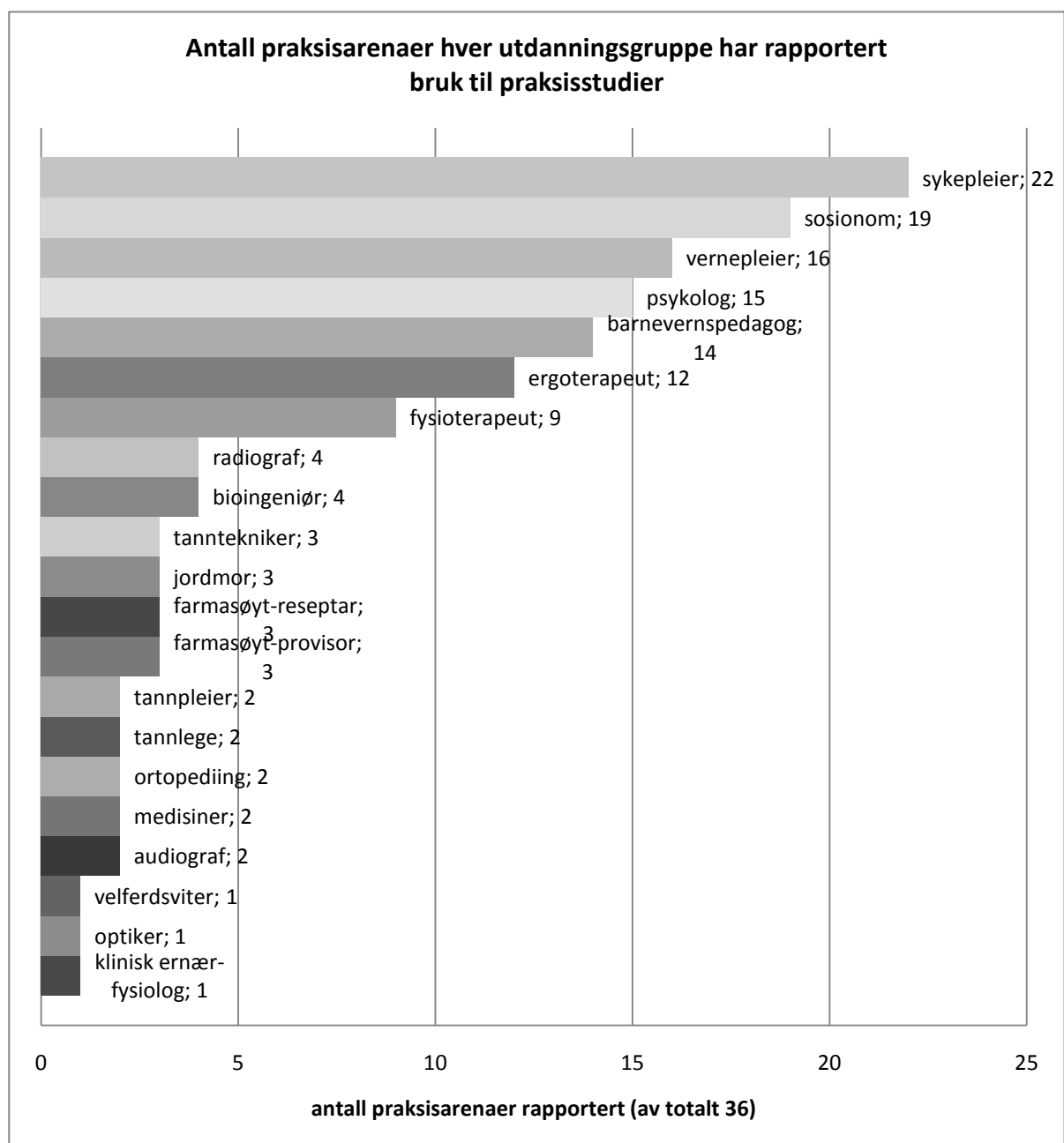
Figur 15 viser at disse studentene, selv om de er relativt få, gjennomgående er ute i praksis på disse subarenaene enten lenge av gangen, eller flere ganger i løpet av studiet. For eksempel har de to psykologutdanningene som har oppgitt å ha studenter i praksis her i 2007-2008, angitt tilrettelegging for totalt hhv 24 og 26 uker i denne delen av praksisfeltet for sine studenter (se tabell 21).

## 6.0 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene med hensyn til hvor og hvor lenge studentene utplasseres til praksisfeltet

### 6.1 Bredden i profesjonsutdanningenes bruk av praksisarenaer for sine studenter

Utgangspunktet for alle analyser som er gjort til hittil, er det modifiserte kartet over inkluderte praksisarenaer (se tabell 8), med 36 mulige subarenaer for praksis fordelt på 8 hovedarenaer. Den åttende hovedarenaen skiller seg ut ved å være en kartlegging kun av hvorvidt studieprogrammene selv driver brukerrettet intern klinikk, og om og i hvilket omfang de har studenter i praksisstudier der. Altså er hovedarena 8 også en subarena, og totaltallet subarenaer 36.

**Figur 16: Oversikt over hvor mange av de 36 inkluderte praksisarenaene hver profesjonsutdanninge rapporterte studenter på i 2007-2008**



De 28 sykepleierutdanningene har sine studenter fordelt på flest praksisarenaer (22 av 36 subarenaer), med de 12 sosionomutdanningene like bak (19 av 36 subarenaer) og de 12 vernepleierutdanningene på tredje plass (16 av 36 subarenaer). En forklaring kan være at disse yrkesgruppene har faglige oppgaver på vesentlig flere samfunnsområder enn mer spesialiserte yrkesgrupper som for eksempel optikere, ortopediingeniører, reseptarer, jordmødre og audiografer (studenter i praksis på 1 -3 subarenaer) og/eller at ulike praksismål kan nås uavhengig av arena eller målgruppe.

I det perspektivet er det overraskende at de fire profesjonsutdanningene i medisin kun bruker 2 av de 36 eksterne arenaene inkludert i studien, mens de fire psykologutdanningene har rapportert om studenter i praksis på hele 15 av 36 subarenaer.

## **6.2 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene med hensyn til hvor og hvor lenge studentene utplasseres til praksisfeltet**

Figur 16 viser hvor mange av de inkluderte praksisarenaene hver profesjonsutdanninge har rapportert om utplassering av studenter til. Men det betyr ikke at alle studieprogrammene innenfor en profesjonsutdanninge bruker alle praksisarenaene. Er det for eksempel slik at når sosionomutdanningene har rapportert om utplassering av sosionomstudenter til 19 ulike subarenaer for ekstern praksis, så benytter alle eller de fleste av studieprogrammene? Og om flere av studieprogrammene benytter samme arena, er da omfanget av tid brukt i praksisfeltet omtrent den samme på tvers av studieprogrammene? Hovedpoenget her er at hvert av utdanningsløpene kvalifiserer til yrkesutøvelse som kan foregå på mer enn en arena i yrkesfeltet. Det er da interessant å se hvordan de forskjellige profesjonsutdanningene bruker praksisstudiene som en mulighet til å forberede studentene for en variert yrkespraksis.

Hver profesjonsutdanninge ble analysert ut fra følgende 3 problemstillinger:

- 1) Hvilke praksisarenaer bruker profesjonsutdanningen, og hvilke subarenaer er de mest brukte innenfor profesjonsutdanningen?

Hovedtrekkene i svarene på dette spørsmålet er oppsummert i kapittel 5. For mer komplett og detaljert informasjon på dette punktet per profesjonsutdanninge, henvises til vedlegg V6 og V7.

Svarfordelingene på følgende 2 spørsmål skal oppsummeres i det følgende:

- 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i samme profesjonsutdanninge med hensyn til hvor mange av de inkluderte praksisarenaene som benyttes til utplassering av studenter i praksis?
- 3) Er det variasjon mellom studieprogrammene i samme profesjonsutdanninge mht hvor mange uker de har studentene utplassert til praksisstudier på samme praksisarena?

I vedlegg V7 er resultatet av disse analysene per profesjonsutdanninge samlet, med noen korte kommentarer. Ettersom tallmaterialet i denne undersøkelsen blir mer usikkert jo mer spesifikt man går inn på de enkelte studieprogram, vil vi i det følgende presentere resultatene kun i form av noen trekk og trender som kan gi et grunnlag for viktige spørsmål knyttet til begrunnelser for praksis, relevans, organisering og kvalitetssikring.

## 6.2.1 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene i bruk av praksisarenaer

Et gjennomgående trekk i materialet er at jo flere studieprogrammer som inngår i profesjonsutdanningen, jo større variasjon er det i bruken av mulige praksisarenaer. Det gjelder enten utdanningen er rammeplanstyrt eller ikke. Selv for sykepleierutdanningene, som ut fra sin rammeplan er den mest detaljstyrte av alle utdanningene, er det variasjon. Alle 28 studieprogrammene har studenter i praksis på de fire praksisarenaene som er mest spesifikt styrt i rammeplanen. Desto mer interessant er det da at studieprogrammene varierer veldig i hvilken grad de også utplasserer studenter til hele 18 andre subarenaer i praksisfeltet:

**Tabell 22: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 28 studieprogram for sykepleie**

	<b>Praksisarena</b>	<b>Antall studieprogram (av 28) som bruker hver praksisarena</b>	<b>Stud ut</b>	<b>uke-volum</b>
1	Offentlig spesialisthelsetjeneste - somatikk	28	6326	566
2	Kommunehelsetjeneste syke- og aldershjem	28	4768	288
3	kommunehelsetjeneste -hjemmetjenesten	28	3300	306
4	off spesialisthelsetjeneste –psykisk helsevern	28	2498	372
5	kommunehelsetjeneste –helsestasjon	16	1267	25
6	off spesialisthelsetjeneste-rusomsorg	15	157	140
7	off spesialisthelsetjeneste-rehab.institusjon	14	153	117
8	privat spesialisthelsetjeneste – psykiatri	10	104	90
9	Privat sektor-sykehjem+aldershjem	10	574	91
10	off spesialisthelsetjeneste - ambulante team	8	52	60
11	privat spesialisthelsetjeneste-rusomsorg	7	58	58
12	privat spesialisthelsetjeneste-somatikk	4	30	32
13	privat spesialisthelsetjeneste-rehab.inst	2	20	9
14	Barnehage	2	10	6
15	off spesialisthelsetjeneste-sykehusapotek	1	2	2
16	Kommunal helsetjeneste-fysioterapitjenesten	1	4	2
17	legetjenester i primærhelsetjenesten	1	1	2
18	NAV	1	4	2
19	Privat sektor -sykehus u/avtale	1	4	8
20	Privat sektor –hjemmetjeneste	1	22	8
21	Privat sektor - andre aktører	1	5	2
22	Grunnskole	1	10	3
	<b>sum utplasseringer i 2007-2008</b>		<b>19369</b>	

Et annet trekk er at jo flere praksisarenaer et studieprogram benytter, jo mer tydelig blir det at slike alternative utplasseringer har preg av å være særtilfeller for et fåtall studenter og i korte perioder. Eksempelet med sykepleierutdanningene (tabell 22) viser at det i 2007-2008 var få studenter i praksis på de 11 nederste av de 22 opplistede praksisarenaene.



Barnevernspedagogutdanningene er et annet godt eksempel på de samme to poengene:

**Tabell 23: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 11 studieprogram for barnevernspedagogikk**

	<b>praksisarena</b>	<b>antall studieprogram som bruker hver arena (av totalt 11 )</b>	<b>Stud ut</b>	<b>uke-volum</b>
1	barnevernstjenesten	11	305	106
2	off spesialisthelsetjeneste -psykiske helsevern	9	35	146
3	barnehage	9	131	93
4	grunnskole	9	152	97
5	off spesialisthelsetjeneste - rusomsorg	6	18	91
6	andre spesialpedagogiske tiltak	5	50	61
7	kommunehelsetjenestge-hjemmebaserte tj	3	10	71
8	Sosialkontor	3	10	37
9	off spesialisthelsetj-rehabinstitusjoner	2	25	35
10	Privat sektor - rusomsorg	2	11	25
11	kommunehelsetj-helsestasjon	1	1	15
12	NAV-kontor	1	3	14
13	privat, annet	1	1	15
14	PPT	1	2	14
	<b>sum utplasseringer 2007-2008</b>		<b>754</b>	

Det er totalt 11 barnevernspedagogutdanninger. Kun 1 praksisarena, samlekategorien "barnevernstjenesten", brukes av alle 11 studieprogrammene. 9 av 11 studieprogram har praksisplasser innen psykisk helsevern i den offentlige spesialisthelsetjenesten og i barnehager og grunnskoler. Ut over disse er det mindre enn halvparten av studieprogrammene som har sine studenter i praksis på andre praksisarenaer. Men til forskjell fra sykepleierutdanningene, kan det se ut til at når barnevernspedagogutdanningene har studenter ute i alternative arenaer i praksisfeltet, så er de der relativt lenge.

Som det framgår av vedlegg V7, er det variasjon innad i de fleste profesjonsutdanningene når det gjelder bruken av mulige praksisarenaer i praksisfeltet til praksisstudier. Dette gir grunn til å stille spørsmål om begrunnelser for variasjonen.

## **6.2.2 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene i omfanget av praksisstudier på samme praksisarena**

I vedlegg V7 er variasjonen volum rapporterte praksisuker per arena mellom studieprogrammen i samme profesjonsutdanninge beskrevet. Med de forbehold om datakvalitet som det er redegjort for i kapittel 3, er det gjennomgående en overraskende stor variasjon innad i profesjonsutdanningene. Under gis noen eksempler på dette.

Det er 7 studieprogram for **bioingeniørutdanning** i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 676 studenter (DBH-tall). De 7 studieprogrammene har rapportert kun 1 fellesarena for praksis, sykehuslaboratorier i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

**Tabell 24: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 7 studieprogram for bioingeniørutdanning**

	<b>Praksisarena</b>	<b>antall studieprogram (av 7) som bruker hver praksisarena</b>	<b>stud ut</b>	<b>uke-volum</b>
1	off spesialisthelsetj-sykehuslab.	7	404	93
2	legekontor/medisinsk senter	3	154	13
3	off spesialisthelsetj-somatisk avd/poliklinikk	2	50	12
4	Priv sektor, sykehuslab	1	30	1
	<b>Sum utplasseringer 2007-2008</b>		<b>638</b>	

Bioingeniørutdanningene har stor frihetsgrad ut fra sin rammeplan for hvor og hvordan de organiserer sine praksisstudier. Derfor er det aktuelt å reflektere over hvorfor ikke flere av utdanningene benytter flere praksisarenaer for sine studenter. Ser man så på volumet rapporterte praksisuker per arena for denne profesjonsutdanningen, ser bildet slik ut:

**Tabell 25: Variasjon i bioingeniørstudentenes tidsbruk på aktuelle praksisarenaer**

<b>praksisarenaer i bruk</b>	<b>variasjonsbredde i studentuker i praksis mellom de utdanningene som bruker arenaen</b>	
	<b>minst <sup>1)</sup></b>	<b>mest</b>
off spesialisthelsetj-sykehuslab	4	24
legekontor/medisinsk senter	1	9
off spesialisthelsetj-somatisk avd/poliklinikk	1	11
Privat sektor, sykehuslab	0	1

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonne

På bioingeniørutdanningenes hovedarena for ekstern praksis, sykehuslaboratorier i den offentlige spesialisthelsetjenesten, varierer praksisperiodens lengde for hele studieforløpet mellom 4 uker og 24 uker. Dette kan tyde på at utdanningene ser ulikt på betydningen av de eksterne sykehuslaboratoriene som læringsarena for sine studenter. Eller det kan bety at sykehuslaboratoriene er forskjellige mht hvor villige de er til å ta imot og veilede bioingeniørstudenter. Begge forklaringsmodeller åpner for interessante spørsmål knyttet til hvorfor bioingeniørstudentene skal ha ekstern praksis, og hvor og hvordan den best skal organiseres.

Praksis ved legekontor/medisinske sentra viser en variasjon fra 1 til 9 ukers praksis mellom de tre studieprogrammene som har studenter utplassert her. Det gir grunn til å spørre om mulige forskjeller i utdanningenes tenkning rundt relevans og læringsutbytte for studentene på denne arenaen.

**Fysioterapeututdanningene** er et annet relevant eksempel. Det tilbys bachelorstudium i fysioterapi ved 4 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 866 studenter (DBH-tall):

**Tabell 26: Variasjoner i bruken av praksisfeltet mellom 4 studieprogram for fysioterapeututdanning**

	<b>Praksisarenaer i bruk</b>	<b>antall studieprogram (av 4) som bruker hver praksisarena</b>	<b>Stud ut</b>	<b>ukevolum</b>
1	Kommunehelsetj; fysioterapitj + hjemmetj	4	346	71
2	off spesialisthelsetj-somatikk	4	228	58
3	Privat sektor - fysikalsk institutt	3	165	27
4	Privat sektor -rehab.inst	3	97	30
5	off spesialisthelsetj-psykisk helsevern	3	16	27
6	off spesialisthelsetj-rehab.inst	2	14	20
7	Privat sektor- spesialisthelsetj	1	14	21
8	Grunnskole	1	4	9
9	egen klinikk	1	130	10
	<b>Sum utplasseringer 2007-2008</b>		<b>1014</b>	

Antallet studentutplasseringer 2007-2008 tyder på at samme student er ute i mer enn 1 praksisperiode iløpet av studieåret, ettersom tallet her er høyere enn sum DBH-registrerte studenter vår 2008.

Alle fire utdanninger har rapportert studenter i praksis i den offentlige spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Men tiden studentene er i praksis på disse hovedarenaene varierer betydelig mellom utdanningene.

**Tabell 27: Variasjon i fysioterapeutstudentenes tidsbruk på aktuelle praksisarenaer**

<b>Praksisarenaer i bruk</b>	<b>variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena</b>	
	<b>minst <sup>1)</sup></b>	<b>mest</b>
Kommunehelsetj; fysioterapitj + hjemmetj	2	31
off spesialisthelsetj-somatikk	9	22
Privat sektor-fysikalsk institutt	2	22
Privat sektor -rehab.inst	1	22
off spesialisthelsetj-psykisk helsevern	8	10
off spes.helsetj-rehab.inst	9	11
Privat sektor- spesialisthelsetj	0	14
Grunnskole	0	9
egen klinikk	0	10

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

Jevnt over er det stor variasjon på alle de tre hovedarenaer for fysioterapeutstudentenes praksis (den tredje er privat sektor, fysikalske institutter og rehabiliteringsinstitusjoner). Mest påtakelig er variasjonen i bruk av kommunehelsetjenesten som praksisarena. Gitt at det oppgitte antall uker per studieprogram er korrekt, varierer utplassering hit fra 2 uker til 31 uker mellom de 4 studieprogrammene, altså en variasjonsbredde på 29 uker. På de øvrige hovedarenaene er variasjonsbredden på 13 uker (fra 9 uker til 22 uker) for praksis ved somatiske

avdelinger/fysioterapiavdelinger i den offentlige spesialisthelsetjenesten, og 19 uker (variasjon fra 2 til 22 rapporterte uker) for praksis ved private fysikalske intitutter.

Variasjonene som er vist i disse eksemplene, gir grunn til flere typer spørsmål: Vekter studieprogrammene læringsutbytteverdien for studenten forskjellig mellom de ulike praksisarenaene? Som med eksempelet fra fysioterapeututdanningene: Satser noen av studieprogrammene mer bevisst på kommunehelsetjenestep praksis der andre satser mer på spesialisthelsetjenestep praksis og praksis ved fysikalske intitutter? Betyr dette i så fall at studieprogrammene har ulike faglige profiler? Betyr det noe for kvalifiseringen til fysioterapeut?

Den type variasjon innad i profesjonsutdanningene som er vist i eksemplene over, er mer eller mindre tydelige for alle grupper med mer enn ett studieprogram. Variasjon mellom studieprogram av samme type er ikke per definisjon et problem, og kan tvert imot være positivt og viktig for profesjonsutviklingen. Likevel bør variasjonen i bruk av tid i ulike deler av praksisfeltet kunne begrunnes faglig og pedagogisk, eller forklares på annen måte.

## 7.0 Regionale samarbeidsorgan, samarbeidsavtaler, samarbeidsmidler og -prosjekter

### 7.1 De regionale samarbeidsorganenes rolle

Undersøkelsen siktet mot en kartlegging av ”i hvilken grad og på hvilken måte” de regionale samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og hhv universitetene og høyskolene er involvert når det gjelder tilrettelegging av praksis.

Selve ordningen med regionale samarbeidsorgan og strukturer knyttet til disse er beskrevet i kapittel 2.3. Som et eksempel, er det i tabell 6 i kapittel 2.3.1 gitt en forenklet skisse av hvordan man nå har valgt å strukturere samarbeidet mellom Regionalt helseforetak Sør-Øst med sine 11 helseforetak og diverse tilknyttete institusjoner, og totalt 47 studieprogrammer.

Respondentenes svar på dette spørsmålet er ikke lett å tolke. Ca. 10% av respondentene svarer på dette spørsmålet på en måte som kan tyde på at samarbeidsorganet og hensikten med det ikke nødvendigvis er kjent utover i UH-institusjonene: To respondenter svarer at de ikke vet i hvilken grad og på hvilken måte det omtalte samarbeidsorganet er involvert når det gjelder tilrettelegging av praksis, 3 opplyser at organet er ukjent for dem, mens 10 svarer at de i ingen/liten grad er involvert. 1 studieprogram sier også at samarbeidsorganet er uaktuelt for denne utdanningen.

Analysen av de øvrige svarene tyder på at det også blant disse er grader av forvirring med hensyn til begrepsbruk og hva de beskriver: Beskrivelsene respondentene gir tyder på at det er lett å blande sammen flere nivåer for samarbeid – slik at samarbeidsorgan for noen tilsvarer det regionale samarbeidsorganet (som det ble spurt om), mens begrepet samarbeidsorgan for andre betyr en mer lokal samarbeidsarena mellom en høyskole/studieprogram og et helseforetak.

De fleste svarer likevel at samarbeidet i samarbeidsorganet er på et overordnet nivå, evt. institusjonsnivå, og flere av respondentene nevner rammeavtalen om samarbeid mellom regionale helseforetak (RHF) og UH-sektoren.

Respondentene nevner at samarbeidsorganet arbeider med **samarbeidsavtaler, fordeling av samarbeidsmidler, praksis (utfordringer og problemer, system for tildeling av plasser osv), FOU og andre samarbeidsprosjekt**. Møtehyppigheten opplyses av enkelte til å være 2 ganger pr år. En medisinstudient svarer at ”deres” samarbeidsorgan ikke er involvert i tilrettelegging av praksis og praksisplasser ut over det som er beskrevet i rammeavtalen, men at de sakene som diskuteres i

organet i all hovedsak er knyttet til økonomi, forskning, forskningssaker samt enkelte nasjonale høringer.

Det ser ut til at samarbeidsorganene oppfattes å ha en overordnet funksjon, og at konkret involvering i tilrettelegging for praksisstudier foregår lenger nede i et samarbeidshierarki mellom UH-institusjonene og praksisfeltet. Dette bekreftes av flere respondenter som beskriver andre typer samarbeidsarenaer som koordinatorforum, praksisråd og utdanningsråd eller fagråd.

Ett av de koordinatorforumene som beskrives, består av representanter fra ulike divisjoner i helseforetaket og representanter for høgskolen (praksiskoordinatorer og studieledere for ulike studieretninger). Forumet har møter ca 1 gang per måned. Høgskolen presenterer der behovet for praksisplasser, mens helseforetaket forplikter seg til å finne egnede praksisplasser i forhold til behovet. Representanter fra praksisfeltet, oppnevnt av helseforetaket, deltar også i underliggende arbeidsgrupper for utforming av undervisningsplaner for de enkelte praksisperiodene. Flere studieprogram opplyser også om at det koordinatorforumet de viser til, *"fordeler praksisplasser og sørger for best mulig utnyttelse av tilgjengelige praksisressurser..."*.

Svarene tyder på at samarbeidsorgan-begrepet av noen også brukes på samarbeidsformen mellom ett studieprogram og deres praksisfelt. En sosionomutdanning svarer at *"Sosionomstudiet har valgt å ha sitt eget samarbeidsorgan i forhold til våre praksisplasser...."*.

Data bekrefter dermed at samarbeidsorgan på lavere nivå er konkret involvert i forhold til tilrettelegging av praksis – i forhold til å **skaffe praksisplasser, fordele praksisplasser, diskusjoner vedrørende praksisopplæring osv.** Av de som nevner møtehyppighet i disse samarbeidsforaene, er det fra ca 1 gang per måned til 2 ganger per semester.

En bioingeniørutdanning beskriver forholdet mellom de ulike samarbeidsnivåene på en god måte:

*"Samarbeidsorganet legger føringer på overordnet nivå. Utdanningsrådet drøfter saker av prinsipiell karakter. Er et forum for diskusjon og tilrettelegging av bl a praksis. For bioingeniørene foregår tilrettelegging av praksis gjennom direkte kontakt med det enkelte praksisfeltet....."*

Data bekrefter at det eksisterer flere samarbeidsnivåer mellom utdanningsinstitusjonene/studieprogrammene i alle regioner, men tyder også på at det er visse variasjoner både i behov og løsninger. Både spørsmål og svar i denne undersøkelsen er for avgrenset til å få fram et godt bilde av status. En fullstendig kartlegging av hvordan samarbeidsstrukturen mellom UH-institusjonene og praksisfeltet ser ut, vil derfor kreve en nærmere undersøkelse. Dersom det gjøres, vil det være viktig å sikre at respondentene er i en posisjon i utdanningsinstitusjonen som gjør at de har den nødvendige oversikt og innsikt i dette spørsmålet.

## 7.2 Samarbeidsavtaler

For hver av de opprinnelig 54 subarenaer for praksisstudier som var inkludert i spørreskjemaet, ble det spurt om respondenten *"har samarbeidsavtale"*. Som det er redegjort for i kapittel 3 er datamaterialet svakt på dette spørsmålet. Mer konkret informasjon om hva slags avtaler som finns per institusjon og studieprogram, og hvor godt dekket forholdet mellom en gitt utdanning og praksisfeltet er mht avtaler av den typen som etterspørres, krever en ny undersøkelse.

Heller enn å ta spørsmålet helt ut av analysen, er det gjort en oppsummering av antallet positive ja-svar på spørsmålet *"har samarbeidsavtale"*, ut fra det antall hovedarenaer og subarenaer som ble lagt til grunn for de endelige analysene. I vedlegg V9 er antall positive svar per subarena oppsummert, og kan sees i forhold til antall studieprogram som bruker hver subarena. Data for subarenane i den offentlige spesialisthelsetjenesten er tatt ut pga kvaliteten på data, og fordi denne sektoren er dekket av rammeavtaler mellom de regionale helseforetakene og UH-sektoren.

Som det er redegjort for, er dette den sektoren i praksisfeltet som er best regulert gjennom avtaler på institusjonsnivå mellom de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak og

samarbeidende universiteter og høyskoler (se kapittel 2). Når svarene er samlet inn på studieprogramnivå, og mindre enn halvparten av studieprogrammene svarer at de har avtale på de fleste av subarenaene innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten, så stemmer ikke dette med virkeligheten. På høyskolesiden regulerer rammeavtalene med de regionale helseforetakene alle de profesjonsutdanningene som søker praksisplasser i spesialisthelsetjenesten, og det alene skulle gitt langt høyere andel ja-svar i materialet. Her er en mulig forklaring at den/de som har fylt ut spørreskjemaet, ikke har hatt nok informasjon.

For de andre hovedarenaene i undersøkelsen kan man tentativt kun si noe om hvorvidt det er noen av praksisarenaene der det kan se ut til å være knapt med avtaler mellom utdanningene og praksisfeltet. For kommunehelsetjenesten, inklusive all legetjeneste i primærhelsetjenesten, tyder forholdet mellom antall ja-svar og antall studieprogram som bruker hver subarena, at nesten alle studieprogrammene har i hvert fall 1 samarbeidsavtale med 1 aktør for hver av subarenaene her.

Samtidig sier dette lite om den virkelige situasjonen, for spørreundersøkelsen ikke var spesifikk i forhold til hvilket avtalenivå respondentene skulle svare. Der en høyskole eller et universitet har fått på plass en institusjonsavtale på kommunenivå, vil avtalen kunne dekke behovet for praksisplasser og veiledning for alle de profesjonsutdanningene ved utdanningsinstitusjonen som søker plass i kommunehelsetjenesten. Der det ikke er inngått samarbeidsavtaler på kommunenivå, må hvert studieprogram inngå en eller annen form for avtale om antall studenter og veiledning med hvert enkelt praksissted – for eksempel hvert eneste sykehjem. Dessuten vil mange studieprogram med studenter i kommunehelsetjenestepraksis kunne ha sine studenter på mange ulike praksissteder ikke bare i en kommune, men i flere kommuner.

Fra kommentarene respondentene har gitt til spørsmålet om samarbeidsavtaler, er det tydelig at fraværet av avtaler om praksis på institusjonsnivå med kommunene er et problem for mange studieprogram. Det meldes også at det arbeides målrettet med å få slike avtaler på plass, men at uklarheter i lovverk med hensyn til kommunenes ansvar for å sikre plasser og finansiere kvalifisert veiledning skaper problemer for utdanningene.

For praksisstudier i kommunal og statlig sosialtjeneste, barneverntjeneste og NAV ser det ut fra tallene ut til at minst halvparten av de studieprogrammene som har rapportert om studenter i praksis på disse arenaene, ikke har inngått noen samarbeidsavtaler av den typen som undersøkelsen etterspør.

For praksisstudier i barnehager, skoleverk, PPT og andre spesialpedagogiske tiltak ser det ut til at en enda mindre andel av studieprogrammene som har studenter i praksis her, har inngått noen samarbeidsavtale med noen praksisplasstilbyder. Her kommenterer noen av respondentene spørsmålet om avtaler med at de har få studenter i slik praksis, og at det avtales fra gang til gang, og gjerne direkte med en aktuell veileder. Avtalen kan være muntlig eller i brev form med diverse vedlegg som beskriver hva det forventes at studenten gjør i praksisfeltet og hva veileder skal bidra med. Noen skriver også at det er vanskelig å få innpass for praksisstudier i skoleverket ettersom man der ikke har noe lovfestet ansvar for å bidra til utdanning av helse- og sosialfaglig personell.

For privat sektor, spesialisthelsetjenesten, viser tallene at avtalesituasjonen er best innenfor somatikk og psykiske helsevern, og svakere i forhold til praksisutplassering innenfor rusomsorg og rehabilitering. Det er særlig sykepleierutdanningene som svarer at de har minst 1 samarbeidsavtale på plass på disse subarenaene. Profesjonsutdanninger som ergoterapi- og fysioterapiutdanningene synes å ha færre avtaler på plass her.

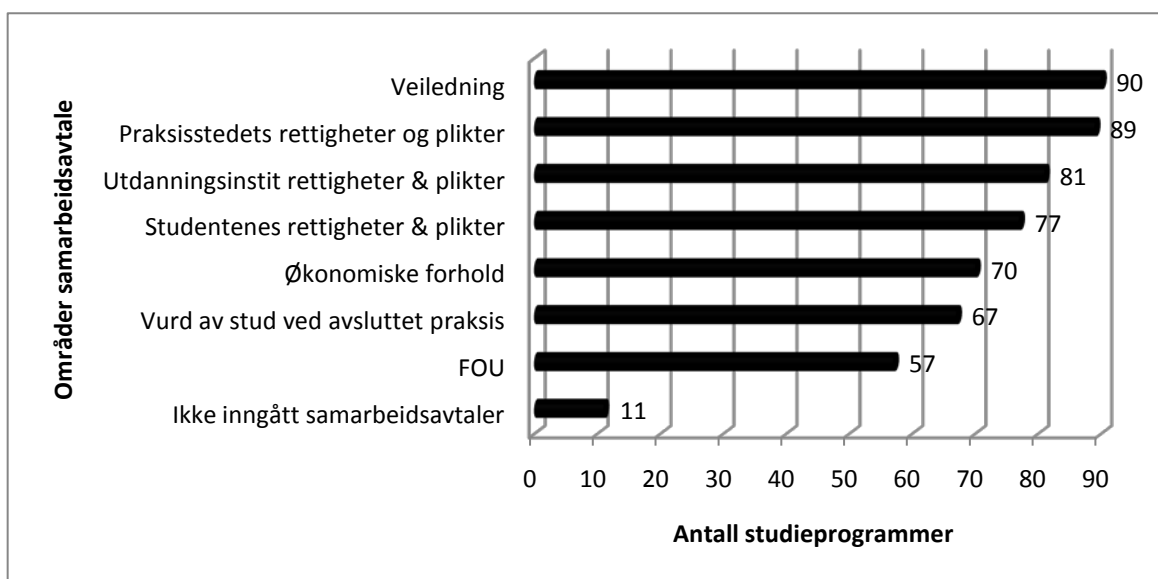
Privat sektor utenfor sykehus blir primært brukt av sykepleierutdanningene som har studenter i praksis ved private sykehjem, og her melder 2 av 3 respondenter at de har minst en samarbeidsavtale på plass. Ellers er det utdanninger som kvalifiserer sine studenter til yrker som primært tilbyr sine tjenester i privat sektor som benytter denne arenaen, slik som

ortopediingeniører, tannteknikere og farmasøytter. På disse områdene tyder tallene på at samarbeidet er avtaleregulert. Unntaket her er fysioterapeututdanningene, der det kan se ut til at ingen har inngått samarbeidsavtaler med fysikalske institutter av den typen som etterspørres i undersøkelsen. En av utdanningene har kommentert at det å ikke få (nok) praksisplasser i fysikalske institutter er et stort problem, ettersom dette er den yrkesarenaen der flest fysioterapeuter jobber. Årsaken oppgis å være at man ikke betaler for den tiden som må settes av til veiledning, tid som veileder ellers ville brukt til å sikre egen inntekt gjennom flere pasientbehandlinger.

### 7.2.1 Områder som dekkes i samarbeidsavtalene med praksissted

Det kom svar fra 104 av 115 studieprogram på spørsmål om hvilke områder som reguleres av samarbeidsavtale mellom studieprogram og praksissted. Hele 90 av svarene dekker forhold rundt veiledning i samarbeidsavtalen med praksissted (figur 17). Rettigheter og plikter for praksissted og utdanningsinstitusjon dekkes også i de fleste samarbeidsavtalene (henholdsvis 89 og 81), mens noen færre (77) dekker studentens rettigheter og plikter i samarbeidsavtalen. Andre faktorer dekkes i mindre grad, men det er likevel mange studieprogrammer som har det med i samarbeidsavtalene: Økonomiske forhold (70), vurdering av studenten ved avsluttet praksis (67) og FOU (57).

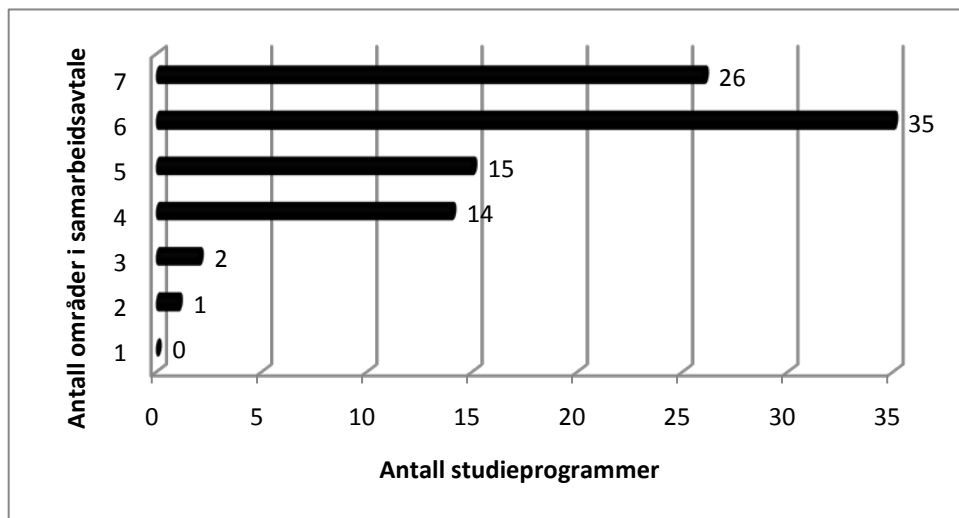
**Figur 17: Områder som reguleres av samarbeidsavtale mellom praksissted og studieprogram, totalt på tvers av studieprogrammene (N=104)<sup>1)</sup>**



<sup>1)</sup> Mange studieprogrammer har krysset av flere svaralternativer, total sum vil derfor ikke tilsvare N=104.

I materialet er det kun 26 av studieprogrammer som svarer slik at man kan anta at avtalene de refererer til, dekker alle de 7 inkluderte avtalepunktene som etterspørres i undersøkelsen, og 35 studieprogram dekker 6 av 7:

**Figur 18: Antall studieprogram som svarer positivt på hver av de forhåndsoppsatte svarkategoriene for hva som inngår i samarbeidsavtaler med praksisfeltet (N=104).**



11 studieprogrammer oppgir at de ikke har samarbeidsavtaler med praksisstedene. Hvilke profesjonsutdanninger og antall studieprogram innen den enkelte profesjonsutdanning dette er, framkommer i tabell 28:

**Tabell 28: Antall studieprogram innen ulike profesjonsutdanninger som oppgir at de ikke har samarbeidsavtale med praksis (N=104).**

Profesjonsutdanninger uten samarbeidsavtale	Ant studieprogogram
Audiograf	1
Sosionom	2
Barnevernsped	2
Vernepleier	1
Velferdsviter	1
Radiograf	1
Jordmor	1
Farmasi provisor	1
Farmasi reseptar	1
<b>Totalt</b>	<b>11</b>

I tabell 29 framkommer antall studieprogrammer innen de enkelte profesjonsutdanningene og hvilke områder de dekker i sine samarbeidsavtaler med praksisstedene:



**Tabell 29: Antall studieprogram innen den enkelte profesjonsutdanninge og hvilke områder som dekkes i samarbeidsavtaler med praksis (N=104)**

Utdanning	Stud's rett.heter /plikter	Vurd av student	Prx-steds rett.heter /plikter	Veiled	Økonomi	FOU	UH-inst's rett.heter /plikter
Barnevernsped	8	7	8	8	6	2	7
Bioingeniør	4	3	5	5	3	5	5
Ergoterapeut	3	3	4	4	1	2	4
farmasi provisor	1	1	1	1	1		1
farmasi reseptar	1	1	1	1	1		1
Fysioterapeut	1	2	2	3	2	3	2
Jordmor	2	2	3	3	3	2	3
Klin ernæringsfysiolog	1			1	1		1
Medisin	2	1	4	3	4	2	3
Optiker	1	1	1	1	1		1
Ortopediingeniør	1	1	1	1			1
Psylog	3	4	4	4	4	1	2
Radiograf	4	4	5	5	5	4	4
Sosionom	9	9	8	9	5	5	7
Sykepleier	22	16	27	25	20	22	25
Tannlege <sup>17</sup>	2	2	3	3	3	1	3
Tannpleier	1	1	2	2	2		2
Tanntekniker	1	1	1	1	1	1	1
Vernepleier	10	8	9	10	7	7	8
<b>Totalt</b>	<b>77</b>	<b>67</b>	<b>89</b>	<b>90</b>	<b>70</b>	<b>57</b>	<b>81</b>

1 studieprogram opplyser at det er særavtale i tillegg til overordnet avtale og at punktene som ikke er dekket av samarbeidsavtalen dekkes av særavtalen. Et annet studieprogram sier at samarbeidsavtaler kun er etablert for en begrenset del av praksisfeltet. Ett studieprogram har også rammeavtale med ett regionalt helseforetak og at det er utarbeidet samarbeidsavtaler mellom dem og lokale foretak, og at disse samarbeidsavtalene regulerer forholdene som er nevnt i tabellen.

27 studieprogrammer har gitt utfyllende kommentarer til de forhåndsoppsatte svarkategoriene i fht hvilke områder samarbeidsavtale med praksissted dekker. Andre elementer som er med i enkelte sine samarbeidsavtaler er:

- pliktene til ansatte ved utdanningsinstitusjon (1 sykepleierutdanning)
- antall studenter (2 sykepleierutdanninger)
- etter-/videreutdanning og personalutvikling (1 sykepleier- og 1 radiografutdanning)
- løsning av tvister mellom studieprogram og praksissted (1 sykepleierutdanning)
- dato for praksisperiodene (1 sykepleierutdanning)
- personalutveksling (1 vernepleierutdanning)
- praksisplass skisserer ønsker og behov for opplæring/utviklingsprosjekter (1 vernepleierutdanning)
- hva institusjonen og praksis kan forvente av hverandre (1 vernepleierutdanning)
- kvalitetsforbedrende tiltak (1 radiografutdanning)

<sup>17</sup> For tannlege og tannpleierutdanning ved en utdanningsinstitusjon gjelder det rapporterte primært gerodontologi.

57 studieprogrammer har med FOU i sine samarbeidsavtaler med praksisstedene. Hvis en ser på "de gamle universitetene" (UiO, UiB, UiT og NTNU) så har til sammen 4 ulike studieprogrammer FOU med i sine samarbeidsavtaler. Det kan synes som om dette er lite, tatt i betraktning universitetenes vektlegging av forskning i forhold til høyskolene. I universitetenes avtaler med praksisstedene er det økonomi, veiledning og praksisstedets rettigheter som flest har med i avtalene (15, 14 og 14 av de 16 studieprogrammene som har svart).

## 7.3 Samarbeidsmidler og -prosjekter

### 7.3.1 Samarbeidsmidler

Fra og med 2006 ble ordningen med "praksisveiledningsmidler" lagt om til "samarbeidsmidler". Dette betyr at utdanningsinstitusjonene fra 2006 ikke skal betale honorar ved veiledning av studenter i praksis, verken i primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Intensjonen med samarbeidsmidlene var at de skulle benyttes *"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). Videre ble det lagt *"til grunn at midlene brukes til prosjekter/tiltak innen alle helse- og sosialfagligutdanninger"*. Samarbeidsprosjekter defineres i brevet til *"fellesprosjekter mellom høgskolene og praksisstedene, spesielt i relasjon til praksisundervisning, forsknings- og utviklingsarbeid."* Brevet peker videre på at aktuelle områder kan være utvikling og dokumentasjon av praksismodeller, hospiteringsordninger osv. Dette innebærer altså at honorering av veileder eller veileders arbeidssted innen primærhelsetjenesten og helseforetakene ikke lenger skal forekomme ved helse- og sosialfaglige studenters praksis. Vurdering og prioritering av samarbeidsmidlene i forhold til spesialisthelsetjenesten er det samarbeidsorganene mellom helseforetakene og utdanningsinstitusjonene som skal gjøre (brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene av 15.09.2006). I det førstnevnte brevet vises det også til at de regionale helseforetakene skal etablere samarbeidsavtaler som skal tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling for praksisundervisningen mellom helseforetakene og høgskolene. Bestemmelsene regulerer ikke honorering til praksissteder innen privat sektor.

46 respondenter svarte på spørsmålet om hvordan samarbeidsorganene mellom institusjonene RHF/HF vært inne i bildet når det gjelder bruken av samarbeidsmidlene, 21 av dem er innen en profesjonsutdanning. 3 studieprogrammer har svart at samarbeidsorganene ikke/i mindre grad har vært inne i bildet mellom institusjonene RHF/HF når det gjelder bruken av samarbeidsmidlene, men 1 annet studieprogram sier at det ikke er relevant. 2 studieprogrammer sier også at det er ukjent. I svarene på dette spørsmålet går det fram de ulike nivåene i forhold til samarbeidsorganer mellom utdanningsinstitusjonene/studieprogrammene som tidligere omtalt i rapporten (kapittel 2.3.1 og 7).

Det vil si at samarbeidsorganet mellom regionalt helseforetak og utdanningsinstitusjonene har liten rolle i forhold til fordeling av samarbeidsmidlene, men at de ev mottar rapport om samarbeidsprosjektene og midlene. Den reelle fordelingen av samarbeidsmidlene synes for en stor del å foregå i lokale samarbeidsorgan eller koordinatorforum. Ett studieprogram sier at samarbeidsorganet med regionalt helseforetak kun har hatt *"veiledende innflytelse"*, mens det er samarbeidsorganet mellom høgskole og HF som har innflytelse. Det ser videre ut til at det er det sistnevnte nivået som vurderer søknader/lager kriterier og/eller bevilger/tildeler midler penger – (ikke minst det siste elementet rapporteres av de fleste). Flere av studieprogrammene framhever at forslag til prosjekt skal legges fram for samarbeidsorganet, at prosjektsøknad vedtas i samarbeidsråd, eller *"utvikling og organisering av felles prosjekt"*. 2 studieprogram framhever at samarbeidsorganet med helseforetaket (altså nivå 1-avtale – se pkt2.3.1.) har vært aktive informasjonsspredning i forhold til ordningen, samt erfaringen fra de ulike prosjektene, mens et annet sier at det også er utveksling av erfaringer mellom institusjonene om de ulike prosjektene. Av svarene til informantene

ser det ut til at det særlig er samarbeidsorganet mellom institusjon og helseforetak som er av betydning. 2 studieprogrammer rapporterer at det er nært samarbeid, men at det på svartidspunktet ikke var tildelt midler, da som de sier *"summen som går mot helseforetaket er liten sammenlignet med de øvrige samarbeidspartnerne."* Noen respondenter sier at vedtakene rapporteres til RHF.

### 7.3.2 Bruk av samarbeidsmidler

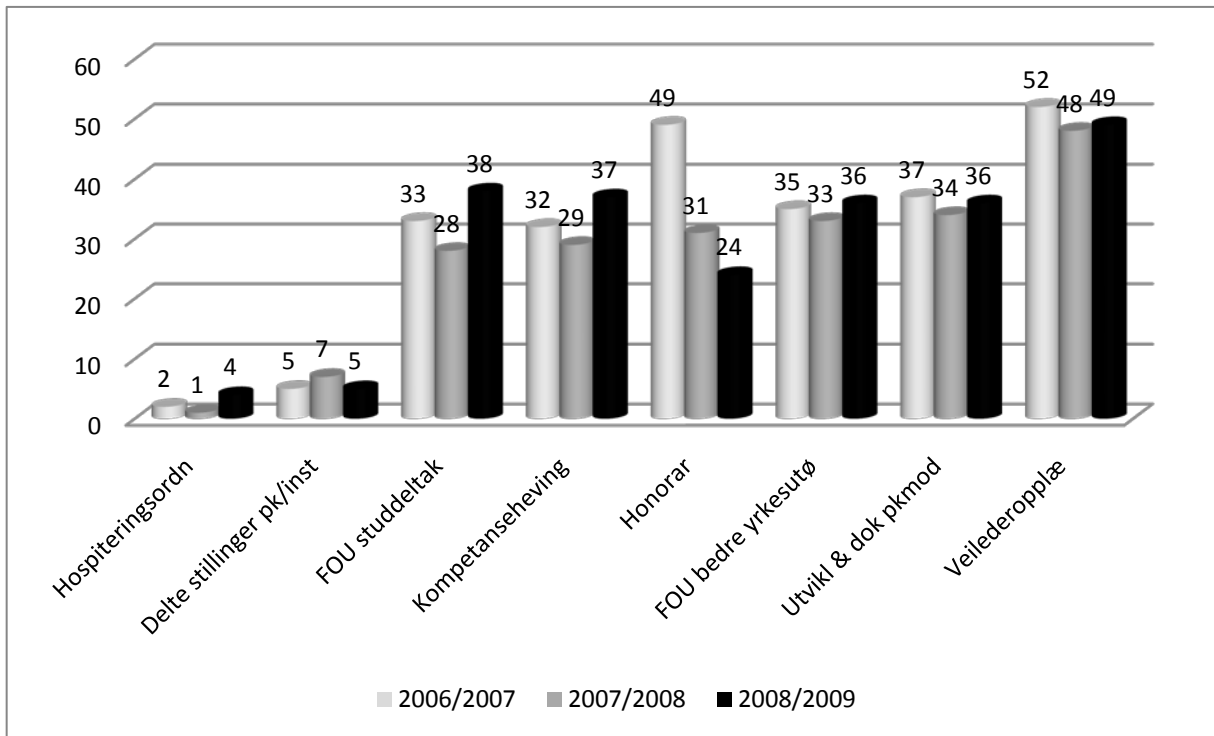
Respondentene ble også spurt om hva samarbeidsmidlene ble brukt til i 2006-2007 og 2007-2008, samt hva studieprogrammene planlegger å bruke de til studieåret 2008-2009. Sammenligninger på tvers av år av bruk av samarbeidsmidlene kan fortelle om det er noen trender i bruk av disse i midlene, selv om det bare går over tre studieår. Omleggingen av "praksisveiledningsmidler" til "samarbeidsmidler" skjedde fra 2006, og utviklingen kan kanskje si noe om det foregår en omlegging i ønsket retning i profesjonsutdanningene. Tallene for 2006-2007 er ikke direkte sammenlignbare med tallene for 2007-2008 og 2008-2009 pga ulikt antall svar (tabell 30). For studieåret 2006-2007 var det 6 flere studieprogrammer som svarte. Svarkategoriene for spørsmålet om hva samarbeidsmidlene ble brukt til i 2006-2007 og 2007-2008 samt hva de planlegges brukt til i 2008-2009 er like, med unntak av at i det første tilfellet (2006-2007) er *"Betaling av honorar til veileder (personlig honorering) og honorering til virksomhetene veileder arbeider"* to ulike svarkategorier. Disse er her slått sammen, men fordelingen er 22 for honorering til veileder, mens 27 svarte honorering til virksomheten hvor veileder arbeider i 2006-2007.

Av figur 19 framgår det at utvikling av systemer for hospiteringsordninger og delte stillinger mellom utdanningsinstitusjon og praksissted er stabilt over disse tre studieårene, men at det er få studieprogrammer som prøver ut slike modeller, til tross for fordelene de kan ha både for praksissted og studieprogram. I 2006-2007 var det særlig sykepleierutdanninger som prøvde ut slike ordninger, mens det i 2008-2009 er 2 ulike profesjonsutdanninger som planlegger slike ordninger. Ser en dette i sammenheng med de noe over 50% som også planlegger å bruke samarbeidsmidler til utvikling og dokumentasjon av praksismodeller, ser det ut til at delte stillinger og hospiteringsordninger ikke er med i slike praksismodeller, men at det er andre former som prøves ut i praksisfeltet. Utvikling og dokumentasjon av praksismodeller er det særlig en profesjonsutdanning som rapporterer at de bruker samarbeidsmidler til, 22 i 2006-2007 og 21 planlegger dette i 2008-2009.

Ca 1/3 av studieprogrammene i en annen profesjonsutdanning rapporterer det samme. Respondentene ble bedt om å sende inn oversikt over prosjekter som var planlagt i 2008 og 2009 og hvor samarbeidsmidlene anvendes. Mange av de prosjektene som er sendt inn fra sykepleierutdanningene dreier seg nettopp om utvikling av praksismodeller (se vedlegg V10).

Videre ser en at det er mange programmer som har brukt og planlegger å bruke samarbeidsmidlene på veilederopplæring, og at dette er stabilt over de tre studieårene. Dette tyder på at mange av studieprogrammene prioriterer veilederopplæring, og at dette er viktig for kvalitet i praksis. Det er særlig helse- og sosialfagutdanningene som brukte samarbeidsmidler til veilederopplæring i 2006-2007. Bildet er det samme for planene for 2008-2009.

**Figur 19: Studieprogrammernes bruk av samarbeidsmidler 2006-2008; planer for bruk 2008-2009 <sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Studieprogrammernes bruk av samarbeidsmidler 2006-2007 (N=71) og 2007-2008 (N=65), samt hva de planlegges brukt til i 2008-2009 (N=65). For 2006/2007 var det to svarkategorier i fht honorering. Disse er slått sammen her. Tallene er derfor ikke direkte sammenlignbare med 2006-2007 da N er noe ulikt.

Ca halvparten av studieprogrammene har brukt/planlegger å bruke samarbeidsmidler på FOU for bedre yrkesutøvelse, kompetansehevende tiltak og FOU med studentdeltakelse. Når det gjelder FOU med studentdeltakelse og kompetansehevende tiltak er det en relativt stor økning fra 2007-2008 til 2008-2009. FOU for bedre yrkesutøvelse og FOU med studentdeltakelse er det særlig en helsefagutdanning, men også 2 andre profesjonsutdanninger som har sitt virke tilknyttet sykehus, som har brukt og planlegger å bruke samarbeidsmidler til dette.

Den tydeligste trenden i bruk av samarbeidsmidler gjennom tre studieår er den store reduksjonen av honorering av praksisveileder/praksissted. I 2006-2007 var det 49 studieprogrammer som betalte slike honorarer, mens det i 2008-2009 kun er 24 som planlegger å bruke samarbeidsmidlene til dette. Det er en reduksjon på nesten 50 % og er helt i tråd med intensjonen med å endre fra "praksisveiledningsmidler" til "samarbeidsmidler". I 2006-2007 var det særlig helse- og sosialfagprofesjonsutdanningene som brukte samarbeidsmidler til honorering, mens 2 profesjonsutdanninger bruker samarbeidsmidlene kun til honorering. Ut fra planene for hva samarbeidsmidlene skal brukes til 2008-2009 er dette bildet endret. Særlig 2 profesjonsutdanninger innen helse- og sosialfag har planer som fører til redusert honorering.

Respondentene ble bedt om å spesifisere hvilke praksisområder de betalte/planlegger å betale honorar til (veileder eller veileders arbeidssted) i 2006-2007, 2007-2008 og 2008-2009 (se tabell 30 under). 38 studieprogrammer svarte på dette i forhold til 2006-2007, 33 for 2007-2008 og 29 for planene i 2008-2009 (enkelte svarte at de ikke betaler lenger, og disse er ikke tatt med i antall som svarte på spørsmålet).

Tabell 30: Praksisarenaer hvor profesjonsutdanningene og antall studieprogrammer i 2006-2007 og 2007-2008 honorerte veiledere/praksissted og som i 2008-2009 planla bruk av samarbeidsmidler til honorering ved praksis etter (N=38 – 2006-2007, N=33 – 2007-2008, N=29 – 2008/2009)<sup>18</sup>.

	Ped virksom			komm			spesialistj			utenlandspk <sup>19</sup>			Privat prx/inst			Alle			Totalt
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
Audiograf										1	1	1	1	1	1				6
Barnevernsp	5	4	3			1	2			1	1	2	3	2	2	3	6	3	38
Bioingeniør				1	1		1	1	1				1	1	1				8
Ergoterapeut				1									2		1				4
Fysiot														1	1				2
Klin ernæring							1	1	1										3
Medisin				1	1														2
Psykolog							2	2	2				1		1				8
Sosionom	1	1	1			1					2	2	2	1	1	6	4	2	24
Sykepleier	1			2	2	1	1	1	2	1			1	1	1		1		15
Vernepleier	4	4	6	1			1	1		2	2	3	3		2	1	1		31
<b>Totalt</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>138</b>

<sup>18</sup> Pga variasjon i N er ikke tallene direkte sammenlignbare, men kan antyde trender i praksisarenaer som honoreres.

<sup>19</sup> Utenlandspraksis her er både ved studenter som reiser til utlandet og har praksis der og utenlandske studenter som har praksis i Norge

Først noen kommentarer knyttet til kategoriene praksisarenaer i tabell 30:

- Pedagogisk virksomhet i tabell 30 er samlebetegnelse for barnehager, skoler (alle nivåer) og SFO (skolefritidsordning). Inn i kommunale tjenester er sykehjem, hjemmetjenester, helsesøstre, allmennleger, kommunehelsetjeneste med mer.
- Spesialisttjenester omfatter spesialisthelsetjeneste som f.eks sykehus, psykisk helsevern, BUF-etat, rusfeltet osv.
- Utenlandspraksis er en todelt kategori som består av studenter som har praksis i utlandet (utreisende studenter), og utenlandske studenters praksis i Norge. 1 studieprogram svarte "Utlandet?" (2008/2009), dette er lagt inn i tallene for utenlandspraksis, selv om spørsmålsteget i svaret kan tyde på at dette var noe usikkert på svartidspunktet.
- Privat praksis/institusjoner er en mangfoldig kategori. Her er f.eks private fysikalske institutter, private institusjoner innen rus og bedriftshelsetjeneste plassert
- "Alle"-kategorien er noe høy i forhold til det studieprogrammene rapporterer. Det er lagt inn i denne kategorien når respondentene har svart "alle..." eller "alle unntatt...". Unntakene er som følger:
  - o 2006/2007: 2 studieprogrammer betalte til alle andre enn helseforetak, kommunen og BUF-etat, 1 studieprogram honorerte alle andre unntatt spesialisthelsetjenesten, 1 studieprogram honorerte alle som ba om det, mens 1 studieprogram betalte honorar av samarbeidsmidlene til all praksis utenfor offentlig spesialisthelsetjeneste.
  - o 2007/2008: 5 studieprogram honorerte alle praksisarenaene unntatt helseforetak, og 1 studieprogram til alle utenfor offentlig spesialisthelsetjeneste.
  - o 2008/2009: 2 studieprogram planla å honorere alle andre enn helseforetak, i kommunen og BUF-etat.

Et studieprogram sier også at de i 2006/2007 betalte honorar til en del enkeltveiledere for å klare å skaffe veiledere. Ut fra denne kommentaren ser det ut til at enkelte ansatte i praksisfeltet gjerne vil honoreres for å ha studenter i praksis, og at det ville være vanskeligere å skaffe praksisveiledere hvis studieprogrammet ikke gjør det. Hvor stort dette problemet er ved andre studieprogrammer sier ikke dataene noe om.

Dataene for hvilke praksisområder studieprogrammene betaler veilederhonorar for studenter i praksis, viser at dette gjelder en blanding av praksissteder både innen offentlig og privat virksomhet.

Innen det offentlige er det pedagogisk virksomhet som rapporteres hyppigst – barnehager og skoler, mens også kommunale tjenester og spesialisttjenester. Barnehager og skoler har ingen lovhjemlet plikt til å ta i mot helse- og sosialfagstudenter i praksis (se pkt2.1.). Samtidig er dette en praksisarena som brukes en del, kanskje særlig av barnevernspedagog- og vernepleierutdanningene. Dette kan forklare disse utdanningenes veilederhonorering når studenter er i praksis innen pedagogisk virksomhet. Tallene er stabile over de tre årene, men ser en på 2006-2007er denne andelen noe mindre enn for de påfølgende studieårene, pga at antall respondenter er noe høyere.

Det andre området som skiller seg ut i forhold til veilederhonorering for studenter i praksis er private aktører. I forhold til private aktører er det heller ingen lovpålagt hjemmel for å bidra til utdanning av helse- og sosialfagstudenter. Samtidig er dette praksisfeltet sentralt innen enkelte utdanninger, f.eks fysioterapi (fysikalske institutter) og barnevernspedagog (rus- og barnevernsfeltet).

Som man ser av tabell 30, utbetales det veilederhonorar for praksis også i "alle"-kategorien. Konkret hvilke arenaer det her er snakk om sier ikke data mye om. For å kunne belyse det måtte en se på rammeplan/fagplan/studieplan til hvert enkelt studieprogram. Dette er ikke gjort i denne runden. Men som det framgår av tabellen er det særlig studieprogram innen barnevernspedagog- og sosionomutdanning som svarer dette, og en antar dermed at det omfatter praksisarenaer som også har en lovhjemlet plikt til å tas i mot disse studentene i praksis. Samtidig er det denne kategorien

som har den mest markante nedgangen i bruk av samarbeidsmidler til honorering ved praksis. Dvs at i studieåret 2008/2009 var bare 5 studieprogrammer som planla å bruke samarbeidsmidlene til å honorere alle praksisarenaene, mens det i de to foregående studieårene var 10 og 12 som honorerte alle praksisarenaene.

Honorering ved utenlandspraksis gjøres også. Det ser ut til at det er en noe økende tendens til å honorere dette feltet. Flere av studieprogrammene utbetaler honorar kun til praksisplasser i utlandet/ved utenlandske studenter (framgår ikke av tabell 30). Flere av de som kommer i denne kategorien sier at de honorerer ved "utenlandske studenter" som tolkes som utenlandske studenter i praksis i Norge. Det er mulig at årsaken til dette er at en regner med at det å ha utenlandske studenter i praksis i Norge fører til merarbeid/merbelastning, slik at å utbetale honorar kan forsvares.

I forhold til praksisarenaer innen det kommunale feltet har det vært en litt synkende tendens i honorering, mens det innen speialisthelsetjenesten er relativt stabile tall. En ser også for disse to sektorene at det er studieprogrammer innen de samme profesjonsutdanningene som betaler honorar for å ta i mot studenter i praksis over de tre studieårene som er med i denne delen av undersøkelsen.

### **7.3.3 Samarbeidsmåter mellom utdanning og kommunene/andre aktører i fht samarbeidsmidlene.**

56 svarte på spørsmålet om på hvilken måte det samarbeides med **kommunene og andre aktører når det gjelder samarbeidsmidlene**. På dette spørsmålet har de fleste studieprogrammene svart i forhold til sitt studieprogram, mens flere også har svart i forhold til utdanningsinstitusjonen (høgskoler). 12 av studieprogrammene melder at det ikke er noe samarbeid om dette, foreløpig ikke er samarbeid, "løst" samarbeid, eller at det ikke er relevant. For flere av disse studieprogrammene kanskje ikke kommunefeltet den mest relevante praksisarenaen heller.

Det er flere høgskoler/studieprogrammer som har etablert samarbeid med kommuner og andre aktører på ulike måter og på ulike nivåer. Noen studieprogrammer har enkeltprosjekter av kortere varighet med kommunene, mens andre har samarbeidsutvalg med f eks bykommuner. En høgskole har også samarbeidsavtale med en bykommune og et **regionråd**, og planlagger tilsvarende avtale med et annet regionråd. Enkelte studieprogrammer har inngått avtaler med større kommuner etter modell fra avtalen med helseforetak.

Andre elementer som studieprogrammene rapporterer at de samarbeider med kommuner/andre aktører om er:

- felles kurs/seminarer og kompetansehevende tiltak (med med kommunen og helseforetak)
- enkeltprosjekter av kortere varighet
- informasjonsdeling med kommune(r)/kommuner og helseforetak om prosjekter, erfaring fra prosjekter og mulige framtidige prosjekter, muligheten til å søke om samarbeidsprosjekter og invitasjon til prosjekter
- informasjonsspredning gjøres på ulike måter (møter, skriftlig materiale, internett)

Ett studieprogram sier også at det alltid er med studenter og representanter fra høgskolen med i samarbeidsprosjekter. Enkelte studieprogrammer har også representant fra kommuner med i utvalget som fordeler midler. Flere opplyser at kriterier for tildeling av midlene er utarbeidet. Flere studieprogrammer sier at de har praksisråd (medlemssammensetningen kan variere) eller prosjektsamarbeidsråd og ved ett studieprogram er studenter også medlem av prosjektsamarbeidsrådet.

Ut fra beskrivelsene studieprogrammene gir, ser det ut til å være et utbredt og rikt samarbeid med mange ulike aktører, men at en del av samarbeidet kanaliseres gjennom nivå 2 (jfr pkt 2.3.1 mellom studieprogram og praksissted), mens andre igjen har direkte samarbeid med enkeltkommuner utenom dette. Noen av studieprogrammene kommenterer også på at grad av samarbeid kunne vært større.

### 7.3.4 Typer samarbeidsprosjekter

Respondentene ble bedt om å gi en oversikt over samarbeidsprosjekter som skal startes, gjennomføres eller avsluttes i løpet av studieåret 2008-2009. Som sagt tidligere varierte både innholds, form og lengde på disse beskrivelsene. Derfor gis det her en oppsummering, mens fullstendig liste ligger i vedlegg V10.

Ut fra titlene, formål/mål med prosjektene og prosjektbeskrivelser kan samarbeidsprosjektene grovt sett deles inn i 4 hovedkategorier. Disse er (1) utvikling av praksismateriale/praksismodeller, (2) veilederopplæring, (3) fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse og (4) kombinasjon av veilederopplæring og fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse. 3 av de beskrevne prosjektene var undersøkelser for om de aktuelle studieprogrammene dekker samfunnets behov for kompetanse innen utdanningens område. Disse 3 er lagt inn i kategorien praksismateriale/-modeller. Av tabell 31 framgår det at det er flest samarbeidsprosjekter med praksisfeltet innen to hovedkategorier, utvikling av praksismateriale/-modeller og fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse, med henholdsvis 93 og 64 prosjekter hver av de som er innrapportert.

Utprøving av ulike praksismodeller ser ut til å være utstrakt. Innen praksismateriale/-modeller er det utprøving av praksismodeller som er hyppigst rapportert, særlig ulike varianter av studenttett post (studentdreven post er et annet begrep som er brukt av respondentene) og kunnskapsbasert praksis. Samarbeidsformer med praksisfeltet er også lagt inn i denne kategorien. Når det gjelder fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse er variasjonen i prosjektene stor, alt fra tekniske elementer som utvikling av molekylærbiologisk analyse, testmaterieell for audiometri til å fremme kunnskapsbasert spesialisthelsetjeneste til eldre pasienter med angst.

**Tabell 31: Antall samarbeidsprosjekter mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfelt ut fra hovedområder for samarbeidsprosjekter.**

Samarbeidsprosjekter om	Antall
Praksismateriale/-modeller	93
Veilederopplæring	27
Fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse	65
Veilederoppl & fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse	8

Det er også stor variasjon med hensyn på hvem som er studieprogrammenes samarbeidspartnere. Det spenner over mange ulike praksisarenaer både innen privat og offentlig virksomhet, og de tre nivåene innen offentlig sektor. Det spenner fra en enkelt enhet innen en organisasjon (f eks en enhet på et sykehus) til kommuner generelt. Dataene som oppgis i forhold til samarbeidspartneren(e) er ikke kvantifisert da beskrivelsene er så vidt ulike at det er vanskelig å kategorisere.

Det er rimelig å anta at alle prosjektene profesjonsutdanningene har beskrevet vil ha betydning for praksisundervisningen. Funn som gjøres innen prosjekter som vedrører utvikling av praksismateriale eller utprøving a ulike praksismodeller bør føre til endret og forbedret praksis hvis empirien fra utprøvingen tilsier forbedringer. Det samme gjelder veilederopplæring og prosjekter som har



kombinasjonen veilederopplæring og fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse som mål. I forhold til fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse har de fleste av prosjektene som beskrives implikasjoner for praksis, og det antas at resultater fra dette legges inn i undervisningen og dermed påvirker praksis i neste omgang. Flere av prosjektene nevner spesifikt at kunnskapen som utvikles skal overføres til praksisveiledere.

Særlig innen sykepleierutdanning er det mange studieprogrammer som prøver ut ulike varianter av studentdrevne poster, spesielt på sykehjem. Prosjektene eller aktivitetene som studieprogrammene oppgir viser også et mangfold i forhold til praksisarenaer, men vekten er likevel på sykehjem og sykehus for en profesjonsutdanning innen helsefag, mens 3 profesjonsutdanninger innen helse- og sosialfagutdanninger særlig har samarbeid med kommunesektoren.

Flere av studieprogrammene betaler også for å frigjøre praksisveileders tid til veiledning (frikjøp). Det ser også ut til at mange av prosjektene/aktivitetene har fokus på praksis som læringsarena, og hvordan praksis kan bidra til økt læring, og drives som FOU-arbeid ved flere av profesjonsutdanningene. Flere profesjonsutdanninger har samarbeidsprosjekter om veilederopplæring, og i enkelte tilfeller studiepoenggivende veilederopplæring som på sikt er tenkt inn som en del av et masterprogram.

Enkelte samarbeider også på nasjonalt nivå eller i ulike fagnettverk. Innen en profesjonsutdanning er det nasjonal enighet om å formalisere veilederopplæringen og at det skal diskuteres hvordan dette kan gjøres. Tannhelseutdanningene deltar i en nasjonal arbeidsgruppe for praksisstudiet. Denne har fokus på praksisfeltet og alle odontologifaglige utdanningsinstitusjoner deltar i denne gruppen. Ett studieprogram sier også at de deltar i et molekylærmedisinsk nettverk, et samarbeid om molekylærbiologisk forsknings- og utviklingslaboratorium.

Flere profesjonsutdanninger sier at de arbeider med å etablere samarbeidsavtaler med praksisfeltet. Flere av studieprogrammene anser også ulike møter mellom samarbeidspartnere som en aktivitet som har betydning for praksisundervisningen.

En annen ordning som et studieprogram opplyser om er ansettelse av *"50%-lektorer til uketjenesterotasjon i 2 av studieårene"*. Et annet tilsvarende studieprogram binder også gjennom avtale praksisveiledere i kommunehelsetjenesten seg for 3 år til å ha studenter i praksis.

## 8.0 Kvalitet og relevans i praksisstudiene

I kapittel 4 ble det redegjort for en del positive sider og utfordringer som respondentene ser ved gjennomføring av praksisstudier. Noen av elementene som nevnes der utdypes nærmere i dette kapitlet. Dette gjelder hvilke ordninger studieprogrammene har etablert for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet, veilederopplæring for praksisveiledere, kriterier for bestått praksis, fjernpraksis og spørsmålet om honorering av praksisveiledere.

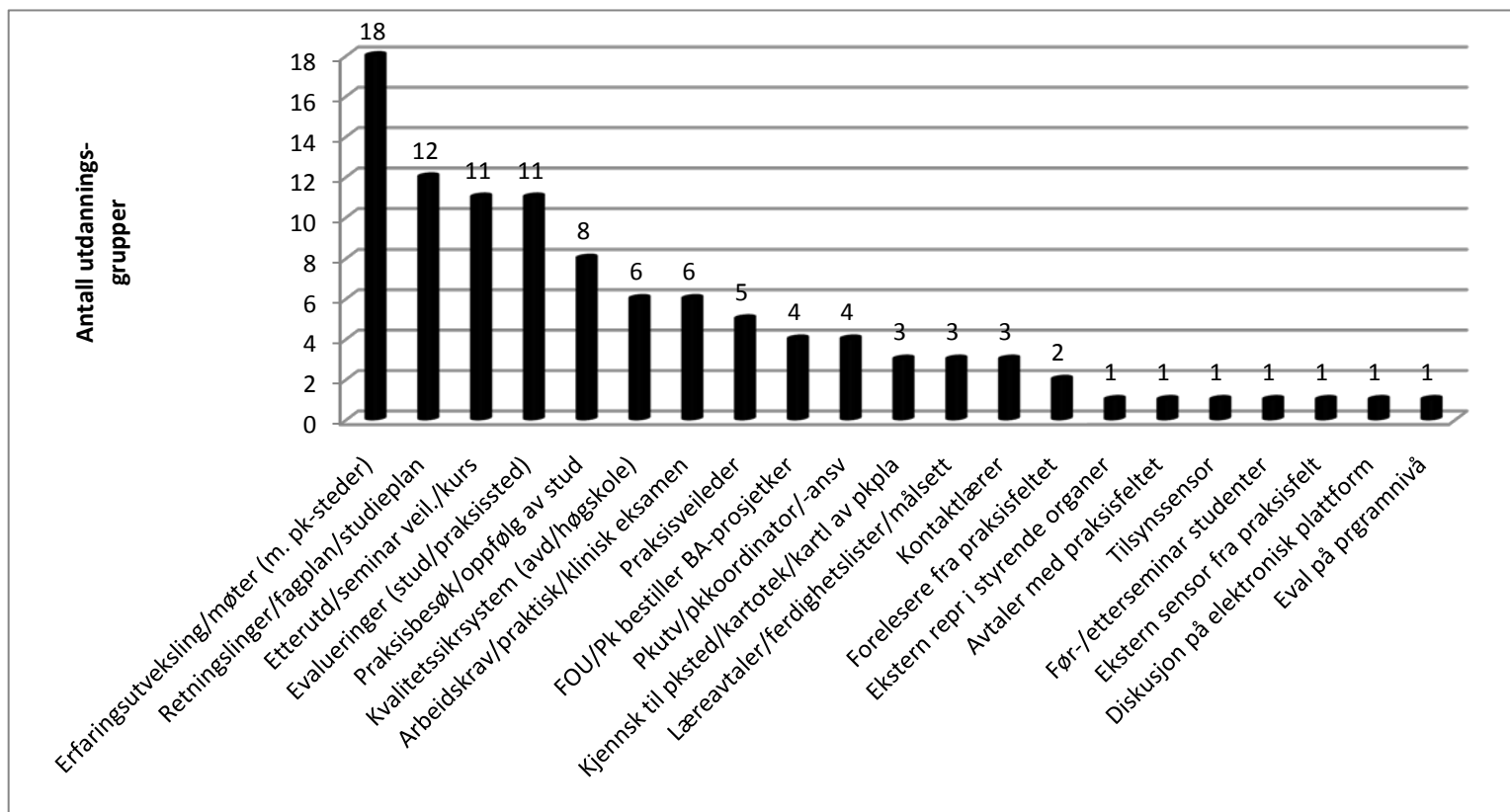
### 8.1 Ordninger for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på yrkesfeltet

Lengde på praksis og antall praksisperioder er ulikt i profesjonsutdanningene, og 9 av utdanningene er styrt av rammeplaner (se kapittel 2). Praksis i utdanning kan gi studentene et korrektiv og tilleggs læring til det som foregår av aktiviteter i høgskolene og universitetene. Og som respondentene bl a fremhever som positive sider ved praksisstudiene bidrar disse til å kvalitetssikre utdanningsforløpet og at samarbeid med praksisfeltet øker utdanningenes relevans (se kapittel 4.1.). Arenaene studentene har praksis i, bør være relevante for det yrket de skal utøve som ferdig utdannede profesjonsutøvere. For at praksis skal ha høyest mulig verdi som læringsarena må også praksis ha en viss kvalitet. Det er mange måter studieprogrammene kan tilrettelegge på for å sikre at praksisstudiene er relevante og med en slik kvalitet at læringsutbyttet blir størst mulig for studenten.

Respondentene ble bedt om å beskrive hvilke ordninger som praktiseres i det enkelte studieprogram for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på yrkesfeltet. Dataene er opprinnelig kvalitative data, men dataene er likevel kategorisert for å få best mulig oversikt. Respondentenes svar er på svært ulikt detaljeringsnivå, noe som vanskeliggjør nøyaktig kategorisering. Ulikt detaljeringsnivå i svarene gjør også at det er mulig at det er flere studieprogrammer enn det som framkommer i beskrivelsene under som har tilsvarende ordninger som andre studieprogrammer, men respondentene ikke har tatt det med i svaret. Bildet som tegnes her vil dermed ikke være uttømmende, men kun gi noen indikasjoner på alle måtene som utdanningene anvender for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på det yrkesfeltet studentene utdannes til. Samtidig er det rimelig å anta at ulike begreper anvendes innen ulike utdannings-/fagtradisjoner for omtrent samme funksjon.

I figur 20 oppsummeres de ulike ordningene profesjonsutdanningene rapporterer at de har for å sikre praksisstudienes sin relevans og kvalitet for det yrkesfeltet studentene utdannes til:

Figur 20: Ordninger profesjonsutdanningene oppgir at de har for å sikre praksis sin relevans og kvalitet for yrkesfeltet studentene utdannes til kategorisert etter kvalitative beskrivelser (N= 21).



Figur 20 viser at det er etablert mange ulike ordninger. Kategoriseringen som framkommer i figuren er gjort ut fra de beskrivelsene studieprogrammene selv gir. Det framkommer mange kategorier. Dette kan skyldes at kategoriseringen som er gjort, ikke er hensiktsmessig i forhold til beskrivelsene som gis. I svarene fra respondentene er det mange ulike begreper som brukes. Det er vanskelig å se av beskrivelsene som gis om flere av begrepene er ulike men at innholdet har samme funksjon på tvers av studieprogrammer, alternativt at begrepene er like, men inneholder ulike funksjoner (f eks praksiskoordinator, praksisansvarlig og kontaktlærer). Det kan også avspeile at ulike studieprogrammer har etablert mange ulike ordninger avhengig av utdanningens og praksisstedenes egenart og mål for de ulike praksisperiodene i utdanningene. Utdanningene er meget forskjellige og kan ha både like og ulike krav i yrkesfeltet. Dette må også innhold i praksis avspeile. Som en følge av dette kan ulike utdanninger ha etablert og vektlegge ulike ordninger nettopp for å sikre det spesielle i hver enkelt utdanning og hver enkelt praksisperiode.

Av figur 20 framgår det også at det er store variasjoner i hva profesjonsutdanningene legger i det å *"sikre kvalitet og relevans i forhold til yrkesfeltet"*. 1 studieprogram svarer at lokal kjennskap til praksisfelt, mens noen andre svarer kartotek over praksisplasser/praksispool som et ledd i kvalitetssikringsarbeidet. Andre studieprogrammer vil ikke nødvendigvis oppgi dette som et ledd i slikt arbeid, men betrakter det mer som et hjelpemiddel i administreringen av studiet. En del av tallene som framkommer i figuren vil nok også representere en underrapportering. Det antas f eks at flere profesjonsutdanninger enn de 3 som oppgir det, har målsettinger/ferdighetslister for hva studenten skal lære i praksisperiodene, det samme med de 6 som oppgir arbeidskrav og praktisk/klinisk eksamen. En regner med at det er flere enn de studieprogrammene som har oppgitt arbeidskrav, faktisk har det for å sikre praksis sin relevans og kvalitet for yrkesfeltet. Dette bekreftes av data som framkommer under kriterier for å bestå praksis hvor de fleste studieprogrammer oppgir at dette nettopp er en del av kriteriene (se kapittel 8.3). Når det gjelder praktisk/klinisk eksamen har 1 studieprogram dette med reelle pasienter.

Hvilke beskrivelser de enkelte studieprogrammene gir, selv med usikkerhetene som er påpekt overfor gir det likevel en oversikt over ulike ordninger som finnes, og kan slik sett gi innspill til nærmere undersøkelser med forhåndsoppgitte kategorier og forklaringer, for å få tall som er mer sikre enn de som framkommer her. De ordningene som rapporteres å forekomme hyppigst i profesjonsutdanningene er erfaringsutveksling/møter med praksisfelt (18), evalueringer (studenter/praksissted), nedtegnede retningslinjer for praksis ev bestemmelser i fagplan/studieplan (12), etterutdanning/seminar eller kurs for veiledere og praksisbesøk (11 og 8) (se figur 20). Noen av ordningene er nok mer egnet for å sikre kvalitet og ikke relevans og motsatt. Det er ikke skilt på her, da det heller ikke ble skilt på i spørsmålet i undersøkelsen.

**Erfaringsutveksling/møter** med praksisfelt kan ha ulike former, være på ulike nivåer og av ulik hyppighet. 1 studieprogram har jevnlig møter mellom instituttledelsen og klinikk- og laboratorieledelsen ved sykehus. I tillegg er det jevnlig møter mellom emneansvarlig og praksiskoordinatorer ved to sykehus. 1 studieprogram innen en annen profesjonsutdanning har *"kalibreringsmøter"* mellom offentlig sektor og studieprogrammets personale, spesielt i forhold til ett fagfelt. 1 studieprogram i en profesjonsutdanning sier at *"oppgaver og planer for praksis diskuteres og evalueres med praksisfeltet årlig"*, mens et annet studieprogram sier at de har *"regelmessige møter mellom skolen (dvs høgskolen) og sjefs... ved samtlige praksissteder"*. Samtidig nevner 1 studieprogram i samme profesjonsutdanning som forrige at det kan *"ses som et problem at en relativt stor praksisarena for yrkesgruppen(...) - nemlig privat praksis - i relativt beskjeden grad inngår i studentenes samlede praksiserfaring"*. Hvis dette gjelder flere studieprogrammer og profesjonsutdanninger kan dette være med på at høgskolenes sikring av kvalitet og ikke minst relevans for yrkesutøvelse er noe svak i fht privat praksis. De beskrivelsene respondentene gir her tilsvarer det operative nivået i samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt som beskrevet i kapittel 2.3.

Litt over halvparten av utdanningsprogrammene rapporterer at **fagplan/studieplan** og ev andre retningslinjer er med på å sikre praksisstudienes kvalitet og relevans. Det er også tydelig at enkelte utdanningsinstitusjoner har praksisstudier med i sitt **kvalitetssikringssystem**, da det er 6 profesjonsutdanninger som også nevner dette som et element. Halvparten av profesjonsutdanningene har også **etterutdanning/seminarer/kurs for praksisveiledere**.

I **evalueringer** ligger det også ulike elementer. I dette ligger både evaluering av studenter og evaluering av praksissteder, samt de som bare har nevnt evaluering uten å spesifisere hva evalueringene er knyttet til. F eksempel oppgir 1 studieprogram i en profesjonsutdanning "*Halv- og heltidsevaluering*", mens et annet i en annen profesjonsutdanning "*Jevnlige evalueringer*". Ett studieprogram offentliggjør også resultatene av evalueringene på fakultets websider, og evalueringen av hver praksisperiode foretas både av veiledere og studenter.

5 profesjonsutdanninger trekker fram **praksisveileder** som et ledd i praksis sin relevans og kvalitet. Bla a nevner 1 studieprogram at de har retningslinjer for faglig godkjenning av praksisinstitusjonen, praksisplass og veileder, mens et annet nevner at praksisveileder må ha samme utdanning som studieprogrammet utdanner for. Enkelte profesjonsutdanninger krever også at praksisveileder skal ha autorisasjon innen eget fagfelt. Det antas at det er mange flere studieprogrammer som har lignende krav til praksisveileder, men at dette er så innarbeidet og anses for å ligge implisitt i det å ha praksisveiledere at det ikke nevnes spesielt fra mange av respondentene. Samtidig sier respondentene at å sikre stabilitet i tilgang på veiledere og sikre praksisveilederes faglige og pedagogiske nivå er en utfordring (se kapittel 4.2.).

1 studieprogram trekker også fram at de har **diskusjoner med medstudenter og kvalifiserte veiledere** fra utdanningsinstitusjonen på Fronter (elektronisk læringsplattform). Et annet studieprogram rapporterer at de har et **nasjonalt forum for praksis** og at dette er med på å sikre praksis sin relevans og kvalitet for yrkesfeltet. Det nasjonale forumet har praksispool for fagfeltet, samt koordinerer fordelingen av praksisplasser til studenter innen på studieprogrammene innen fagfeltet. Det er naturlig å tro at alle studieprogrammene i samme profesjonsutdanning deltar i dette nasjonale forumet, men at det ikke er tatt med i svarene fra disse.

Når det gjelder **praksisbesøk** er det flere studieprogrammer som rapporterer at de praktiserer dette, særlig de tre store helse- og sosialfagutdanningene. Cirka halvparten av de har praksisbesøk, for 1 av disse er det over halvparten som har denne ordningen. Det er mulig at praksisbesøk er underrapportert, da slike besøk mer kan være for å evaluere studentens ferdigheter, enn at det fokuseres på selve praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på yrkesfeltet studentene utdannes til. Flere respondenter kan derfor ha utelatt dette alternativet i sine svar.

Andre elementer som nevnes for å sikre praksisstudienes relevans er gjennom **FOU-arbeid eller at praksisfeltet bestiller bachelorprosjekter** fra utdanningene. En del eksempler på dette er gitt i vedlegg V10, som er en oversikt over innrapporterte samarbeidsprosjekter. En annen måte å trekke praksisfeltet inn i utdanningen på, og som noen få utdanningsprogrammer rapporterer om, er å hente inn **forelesere fra praksisfeltet**. Denne ordningen bidrar antageligvis til at undervisningen er mer praksisnær.

Bachelorprogrammer innen helse- og sosialfag som finnes ved mange høyskoler i landet har 10-14 av ordningene som er nevnt av respondentene. Det er mulig at mange studieprogrammer innen samme profesjonsutdanning fører til større variasjon i forhold til ulike ordninger enn studieprogrammer som det bare finnes ved en eller noen få høyskoler og universitet i landet. Det kan være flere årsaker til dette. Ulike lokale kulturelle forhold ved den enkelte utdanningsinstitusjon, pedagogiske avveielser/trender, totalt flere ansatte ved studieprogrammer som finnes ved mange utdanningsinstitusjoner kan gi større variasjon i ordninger og egenarten til den enkelte profesjonsutdanning, for å nevne noen. Og som påpekt tidligere, det kan også være slik at spesifikke

ferdighetsområder studenten skal tilegne seg i praksisstudier, særegenheter ved det aktuelle praksisfeltet og ulik forståelse av hvilke faktorer som er med på/vektlegges for å sikre relevans og kvalitet, varierer mellom profesjonsutdanningene.

## 8.2 Veilederopplæring av praksislærere

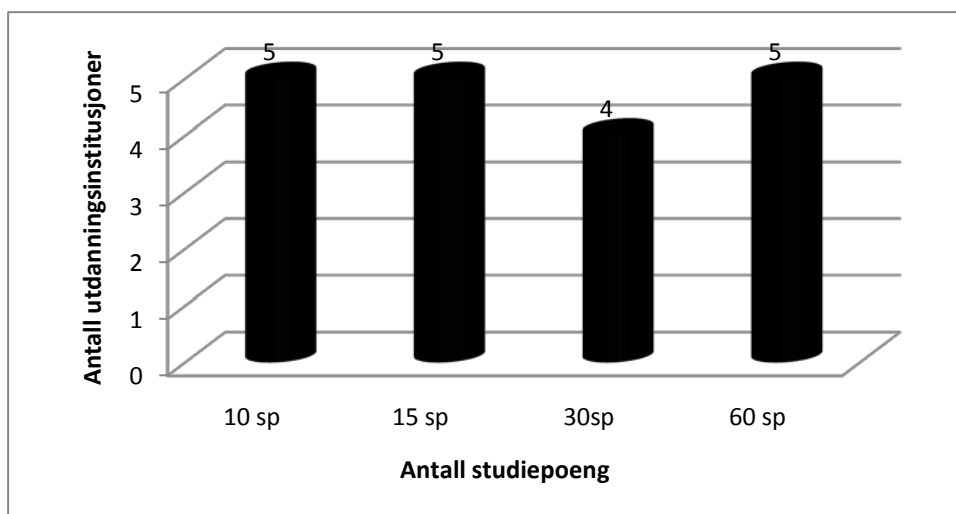
Respondentene framhever ulike utfordringer i forhold til praksisveiledere (se kapittel 4.2.). Noen av disse utfordringene er knyttet til praksisveileders pedagogiske kompetanse og tilgang på veiledere med slik kompetanse. Men, hvordan tilrettelegger studieprogrammene/utdanningsinstitusjonene for at praksisveiledere kan øke sin veileder- eller pedagogiske kompetanse? Respondentene ble spurt om praksisveiledere blir tilbudt veilederopplæring, og de ble bedt om å gi en kort beskrivelse av opplæringstilbudet. Dataene viser at det er stort mangfold i hvordan studieprogrammene tilrettelegger for veilederopplæring av praksisveiledere (N=108). På tross av mangfoldet kan opplæringen likevel grovt sett deles i to;

a) **Kortere samlinger/kurs** (1-3 dager, ev 40 timer) med veiledere forut for (og noen også etter) praksis, og

b) **formell veilederopplæring som er studiepoenggivende.**

De studiepoenggivende tilbudene rapporteres ofte å være modulbaserte deltidstilbud, de beskrives som tverrfaglige, tilbys av utdanningsinstitusjonen og de fleste er ikke spesifikt rettet mot profesjonsutdanningene som denne undersøkelsen omfatter. I figur 21 er kun de som har rapportert om formell studiepoenggivende veilederutdanning med. Veilederutdanningstilbudene varierer fra 10 til 60 studiepoeng. Totalt er det 18 av de 23 utdanningsinstitusjonene som sier at de har formell studiepoenggivende veilederutdanning, hvorav 5 av veilederprogrammene er på 60 studiepoeng. 4 av veilederopplæringsprogrammene er 30 studiepoeng. Dette vil si at halvparten av institusjonene som rapporterer at de har formell veilederutdanning har veilederopplæring som tilsvarer ½ - 1 års heltidsstudier. De resterende 10 institusjonene har veilederopplæring som er på mindre enn ett semesters heltidsstudier. Halvparten av de formelle veilederopplæringsprogrammene er derfor ganske korte. Det er mulig at enkelte respondenter ikke har rapportert om veilederutdanning ved institusjonen, hvis egen avdeling/fakultet ikke selv administrerer den. Det kan derfor være flere utdanningsinstitusjoner som har studiepoenggivende veilederutdanning enn det som framgår av dataene.

**Figur 21: Antall utdanningsinstitusjoner med helse- og sosialfaglige utdanninger som har studiepoenggivende veilederutdanning.**



Det er kun ett av universitetene som sier at de har veilederutdanning. Dette er en 15 studiepoengs veilederutdanning for en type veiledere og altså ikke en tverrfaglig generell veilederutdanning. 1 studieprogram viser til utdanning av veiledere i regi av den nasjonale interesseforeningen uten å spesifisere antall studiepoeng. Denne er ikke med i oversikten da dette ikke tilbys av utdanningsinstitusjonen selv. Ulike studieprogrammer ved 2 høgskoler oppgir hver 2 forskjellige studiepoengsummer for formell veilederopplæring. Angivelsene med flest studiepoeng er tatt med i figuren for disse institusjonene, men det er også mulig at respondentene her faktisk refererer til 2 ulike veilederutdanninger. 1 studieprogram viser til at opplæring av praksisveiledere inngår som en del av undervisningsansvarlige institutters ansvar.

I tillegg til formell studiepoenggivende veilederopplæring, er det mange som rapporterer at de har ulike typer samlinger med sine praksisveiledere hvor elementer av veilederopplæring kan være en del. 79 av studieprogrammene oppgir at de har 1-3 dagers praksisseminar med innslag av opplæring av veiledere enten ved innledning til praksis eller jevnlig (hvert semester/årlig), 40 timers/tre trinns veilederkurs eller opplæringskurs på enkelte praksisarenaer. Svarene er ikke konsistente med hensyn til begrepsbruk og tidsangivelser, så det gis her ikke noen samlet oversikt over dette. Fordelen med de utdanningsspesifikke veiledersamlingene innen de ulike studieprogrammene er at ev veilederopplæring i slike settinger kan være mer målrettet mot studieprogrammets praksisstudier og ikke så generelle som et studiepoenggivende tverrfaglig veilederstudium nødvendigvis må være. Noen studieprogrammer viser også til skriftlig instruks til praksisveilederne, men en kan stille spørsmål ved om dette kan ses som en del av veilederopplæringen.

Det er stor variasjon i hvordan respondenter har rapportert seminarer, kurs, dagssamlinger med praksisveiledere. Det er mulig at flere studieprogrammer enn det framkommer av dataene har samlinger med praksisveiledere ved innledningen til praksisperioder, men hvor en lokalt ikke ser på dette som et ledd i veilederopplæringen.

Det kan ligge feil i tolkningen av beskrivelsene som respondentene gir. Flere studieprogrammer viser også til møter med praksisveileder i løpet av praksisperioden. Disse dataene er ikke tatt med her, da de tolkes til i større grad å være et ledd i oppfølging av student i praksis, selv om det i slike møter også kan forekomme elementer av opplæring eller kanskje heller rådgivning av veiledere (f eks veiledning til praksisveilederen vedrørende spesielle forhold).

Dataene i undersøkelsen sier bare noe om tilbudet om veilederopplæring til praksisveiledere. De sier ikke noe om i hvilken grad praksisveiledere tar de formaliserte studiepoenggivende veilederutdanningene eller i hvilken grad de deltar på kurs/seminarer i forbindelse med praksis. Data sier heller ikke noe om hvilke effekter det har for praksisveiledningen at praksisveileder har tatt formalisert utdanning, og heller ikke noe om effektene av de kortere kursene/seminarene som mange av utdanningsprogrammene rapporterer at de har. For å belyse disse sidene ved veilederopplæringen for praksisveiledere trengs nye undersøkelser.

### 8.3 Kriterier for bestått praksis

Utdanningsinstitusjonene skal sikre at studentenes kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse<sup>20</sup> ved uteksaminering er på et nivå som gjør at de kan praktisere yrket på en sikker måte. Vurderingen bestått/ikke bestått i studentens praksis er derfor sentralt for å sikre samfunnet yrkesutøvere av en kvalitet som minst er på et nivå som matche samfunnets forventninger og som

---

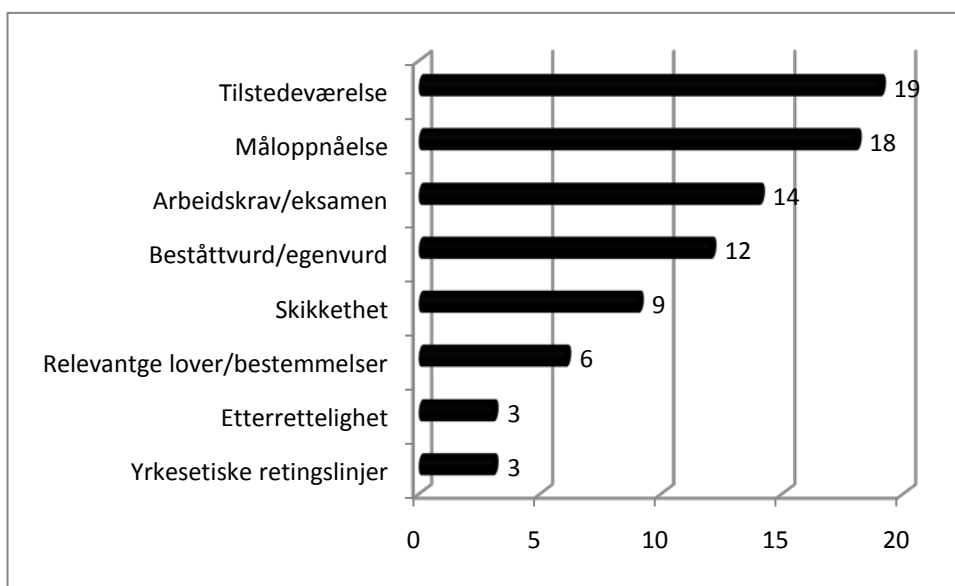
<sup>20</sup> Her er begrepene som brukes i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk brukt. Se

[http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Internasjonal/Europa/Europeisk\\_kvalifikasjonsrammeverk.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Internasjonal/Europa/Europeisk_kvalifikasjonsrammeverk.pdf)

kan sikre befolkningens helse- og omsorgstilbud. Kriterier som må oppfylles av studenten for at gjennomført praksisperiode kan vurderes til bestått er derfor en måte å kvalitetssikre den framtidige yrkesutøvelsen på.

Kriterier for bestått praksis har mange felleselementer på tvers av studieprogrammer og profesjonsutdanninger (figur 22). Tallene i figur 22 er i forhold til de 21 profesjonsutdanningene som er med i undersøkelsen. Hele 19 av profesjonsutdanningene rapporterer at krav til **tilstedeværelse** er ett av kriteriene som en del av vurderingsgrunnlaget for bestått praksis, men det utgjør bare 46 av de 105 studieprogrammene som svarer på spørsmålet (jfr. figur 23). 18 av profesjonsutdanningene (86 av 105 studieprogrammer) oppgir at **måloppnåelse** (studiets mål for praksis/studentens egne mål) også er et vurderingskriterium (figur 22 og 23).

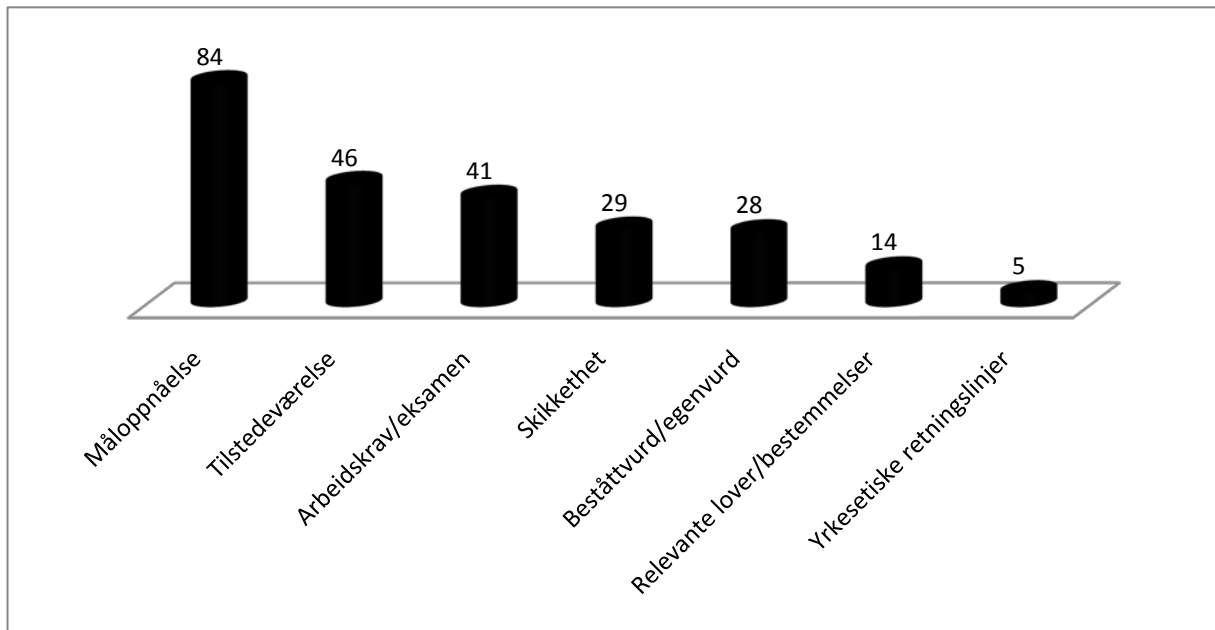
**Figur 22: Kriterier som må oppfylles for å bestå praksis som profesjonsutdanningene rapporterer (N=21).**



I tillegg til de vurderingskriteriene som framkommer i figur 22, er det 2 profesjonsutdanninger (2 studieprogram) som oppgir punktlighet, 1 profesjonsutdanning (1 studieprogram) har som kriterium at studenten skal ha et visst antall pasienter, mens en annen profesjonsutdanning (1 studieprogram) også nevner at studentene ikke skal utføre oppgaver utenfor egen kompetanse.



**Figur 23: Antall studieprogrammer i forhold til de hyppigst nevnte vurderingskriteriene for bestått praksis (N=105)**



9 av profesjonsutdanningene og 29 studieprogrammer oppgir at de har **skikkethet** som ett av vurderingskriteriene (figur 23). Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning trådte i kraft 12. august 2006 og omfatter 20 av de 21 profesjonsutdanningene denne undersøkelsen omfatter. Velferdsviter er ikke underlagt skikkethetsforskriften. Forskriftens § 4 a-h spesifiserer følgende vurderingskriterier for helse- og sosialfagutdanningene:

- ”studenten viser manglende vilje eller evne til omsorg, forståelse og respekt for pasienter, klienter eller brukere*
- studenten viser manglende vilje eller evne til å samarbeide og til å etablere tillitsforhold og kommunisere med pasienter, klienter, brukere, pårørende og samarbeidspartnere*
- studenten viser truende eller krenkende atferd i studiesituasjonen*
- studenten misbruker rusmidler eller tilegner seg medikamenter på ulovlig vis*
- studenten har problemer av en slik art at han/hun fungerer svært dårlig i forhold til sine omgivelser*
- studenten viser for liten grad av selvinnsikt i forbindelse med oppgaver i studiet og kommende yrkesrolle*
- studenten viser uaktsomhet og uansvarlighet som kan medføre risiko for skade av pasienter, klienter eller brukere*
- studenten viser manglende vilje eller evne til å endre uakseptabel adferd i samsvar med veiledning”*

Alle punktene i forskriften er direkte eller indirekte relatert til praksis. På bakgrunn av at flere av skikkethetsforskriftens vurderingskriterier direkte berører yrkesutøver – tjenestemottakerrelasjonen kan det synes overraskende at kun 9 av de 21 profesjonsutdanningene sier at de har skikkethetsvurdering med som ett av kriteriene for bestått praksis. De 9 profesjonsutdanningene består av 29 studieprogrammer. Det er sannsynlig at flere studieprogrammer enn de som framkommer i tallene faktisk har skikkethet med som en del av vurderingen til bestått praksis. Den ene årsaken til dette kan være at flere respondenter kan se på skikkethetsvurderingen som en så grunnleggende og selvsagt del av bestått-vurderingen av studenter i praksis, at de har svart på andre elementer i tillegg, og dermed utelatt skikkethetsvurdering. Den andre årsaken kan være at mange studieprogrammer kan ha innarbeidet skikkethetsvurderingen inn i **mål, arbeidskrav/eksamen** for den enkelte praksisperiode eller andre kriterier for bestått-vurderingen/egenvurdering. Det er derfor sannsynlig at skikkethetsvurdering er mye mer utbredt i studieprogrammene og profesjonsutdanningene enn det framkommer av tallene her. De samme årsakene som angitt her, kan også forklare at kun 3 profesjonsutdanninger (5 studieprogrammer) rapporterer at yrkesetiske

retningslinjer er en del av vurderingsgrunnlaget for bestått praksis. Det er mulig at i beskrivelsene studieprogrammene gir av kriterier for å bestå praksis er sammenblandinger av mål for praksis, ferdigheter innen skikkethetsvurdering og overholdelse av etiske retningslinjer. Dette kan føre til at det kan være noe tilfeldig hva respondentene faktisk har gitt i sine beskrivelser i spørreskjemaet.

12 profesjonsutdanninger og 28 studieprogrammer (figur 22 og 23) innen disse 11 profesjonsutdanningene har svart at de har bestått-vurdering av **studenten/egenvurdering**. Det utdypes i liten grad hva dette består i.

2 profesjonsutdanninger oppgir at de ikke har tilstedeværelse som krav ved bestått-vurdering av praksis. I forhold til krav til tilstedeværelse oppgir enkelte studieprogrammer enten timetall eller prosentandel, oftest 80 eller 90 %.

De 4 profesjonsutdanningene med flest studieprogram i Norge er de profesjonsutdanningene som har flest av kriteriene som respondentene rapporterer. Dette er kanskje naturlig da disse profesjonsutdanningene finnes på mange utdanningsinstitusjoner og det derfor kan forventes større variasjon i kriteriene.

3 profesjonsutdanninger oppgir ikke måloppnåelse som en del av vurderingsgrunnlaget. Disse tre profesjonsutdanningene rapporterer at de har arbeidskrav/eksamen som element i vurderingen for bestått praksis. Det er mulig at måloppnåelse for praksis er innarbeidet i arbeidskravene/eksamen og at en derfor ikke har måloppnåelse som et eget kriterium. Ett studieprogram oppgir også at de også har videoevaluering fra praksis i kommunehelsetjenesten.

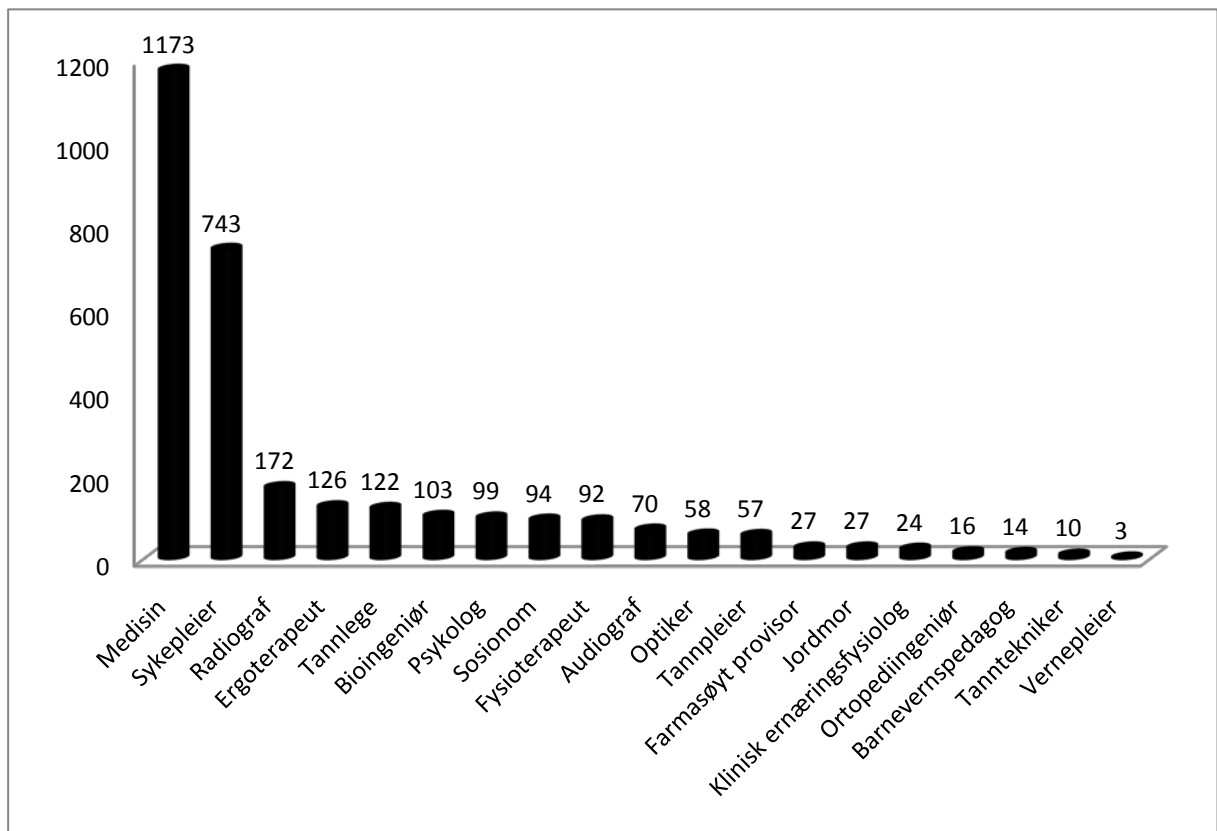
## 8.4 Fjernpraksis

I noen utdanninger er det av ulike årsaker nødvendig å pålegge studenter fjernpraksis (nok praksisplasser innen ulike spesialiteter osv). Noen informanter kommenterer på begrepet fjernpraksis og spør om "*Fjernpraksis er praksis geografisk utenom studiestaden som krev ekstra bolig og/eller reise?*" Begrepet ble ikke definert i spørreskjemaet eller i følgedokumentene til skjemaet. Det har derfor vært opp til den enkelte respondent å legge sine tolkninger inn i begrepet. Pålagt fjernpraksis kan derfor spenne fra at student får innvilget å ha praksis utenfor den radius som den enkelte høgskole definerer som fjernpraksis. Årsaker her kan være familiære, reisemessige, tilgang på ulike praksisplasser osv.

Det andre ytterpunktet av begrepet pålagt fjernpraksis kan være at det i selve studiet for eksempel er ferdighetsmessige spesialiteter som skal dekkes og hvor tilgangen på lokale praksisplasser ikke er stor nok innen f eks helseforetaket det samarbeides med, og at en må til andre helseforetak for å skaffe nok praksisplasser. Nærmere undersøkelser med klar definisjon av hva som ligger i begrepet blant de profesjonsutdanningene som har utstrakt bruk av pålagt fjernpraksis, vil kunne avdekke mulige årsaker til at så vidt mange studenter innen disse profesjonsutdanningene blir pålagt slik praksis.

31 studieprogrammer har ikke svart på spørsmålet om antall studenter i pålagt fjernpraksis i studieåret 2007-2008. Det er naturlig å anta at disse studieprogrammene normalt sett ikke har pålagt fjernpraksis. Av de 84 studieprogrammene som svarer på spørsmål om antall studenter i pålagt fjernpraksis svarer 33 studieprogrammer at de ikke har studenter i fjernpraksis i studieåret 2007-2008. Totalt oppgis at det i studieåret 2007-2008 var 3030 studenter som hadde pålagt fjernpraksis. Disse er fordelt på 51 studieprogrammer. Medisin og sykepleierutdanning er de studieprogrammene som klart har flest studenter i pålagt fjernpraksis med henholdsvis 1173 og 743 (se figur 24).

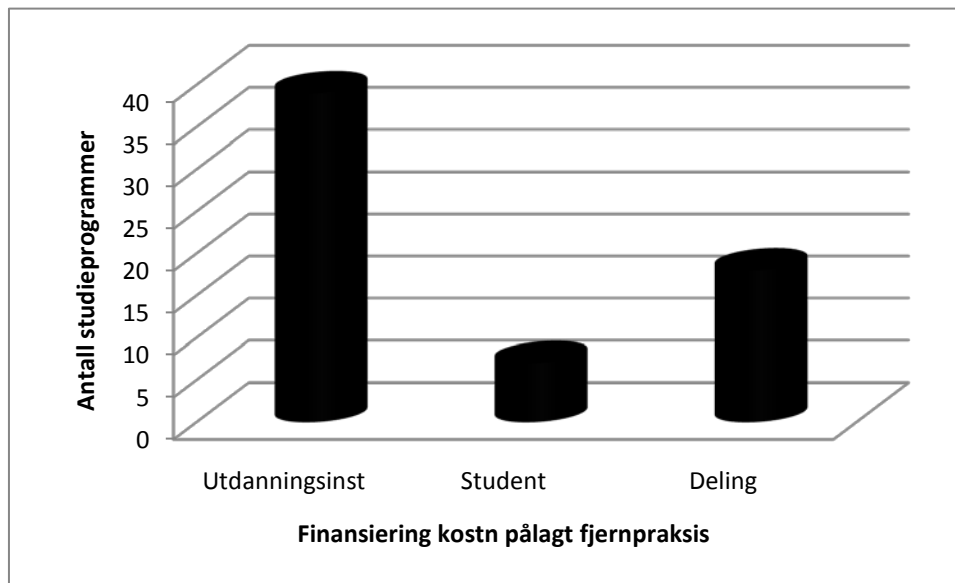
**Figur 24: Antall studenter i pålagt fjernpraksis i studieåret 2007/2008 etter profesjonsutdanninger (N=84)**



7 profesjonsutdanninger oppgir at de i 2007-2008 hadde færre enn 50 studenter i pålagt fjernpraksis. Disse er farmasøyt provisor, jordmor, klinisk ernæringsfysiolog, ortopediingeniør, barnevernspedagog, tanntekniker og vernepleier. 5 profesjonsutdanninger (tannpleier, optiker, fysioterapeut, sosionom og psykologi) rapporterer at de hadde mellom 50-100 studenter i pålagt fjernpraksis i samme tidsrom. Bioingeniør (103), tannlege (122), ergoterapeut (126) og radiografutdanning (172) hadde mellom 100 og 200 studenter utplassert i pålagt fjernpraksis. Som tallene viser er det stor variasjon mellom profesjonsutdanningene og hvor mange studenter som hadde pålagt fjernpraksis i studieåret 2007-2008.

Det knytter seg usikkerhet til enkelte av tallene. Ett studieprogram spesifiserer 17 i pålagt fjernpraksis i Norge og 9 i utlandet. Om de 9 studentene i praksis i utlandet er pålagt eller ikke er et naturlig spørsmål så stille. Et annet studieprogram har ikke spesifisert antall studenter, men sier at *"noen studenter ønsker praksis utenfor vår helseregion, og det er vanskelig å si om man ikke ville hatt nok praksisplasser lokalt hvis ikke disse hadde benyttet plasser utenom helseregionen. I tilfeller hvor studenter har hovedpraksis utenom regionen og hvor dette kan sees på som pålagt, så dekker instituttet reisekostnader knyttet til obligatoriske seminar, samt ev. husleieutgifter knyttet til dobbel bopel"*.

Figur 25: Oversikt over hvem som betaler kostnader ved pålagt fjernpraksis (N=64)



Figur 25 viser at det i hovedsak er utdanningsinstitusjonene som betaler kostnadene ved pålagt fjernpraksis. Av 64 som har svart oppgir 39 at det er utdanningsinstitusjonen som bærer slike kostnader. Kun 7 studieprogrammer rapporterer at studentene selv betaler. I 18 studieprogrammer er det en kostnadsdeling mellom utdanningsinstitusjonen og studenten (se fig 25).

Opplysninger som gis ved utgiftsdeling tyder på at de fleste studieprogrammene gir støtte til reise og opphold, og det varierer fra at studenten betaler det meste selv til at studenten kun betaler en beskjeden egenandel pr uke på 250 kr. 2 av studieprogrammene opplyser at de har egne retningslinjer for støtte til studenter ved fjernpraksis. Om dette er fjernpraksis generelt eller pålagt fjernpraksis vites ikke.

I de fleste studieprogrammene (39) er det høgskolen som dekker utgifter ved pålagt fjernpraksis. Respondentene ble bedt om å sette inn gjennomsnittlig beløpsstørrelse pr student i fjernpraksis. Ikke alle av høgskolene/universitetene som dekker utgiftene har oppgitt beløpene slik. Noen studieprogrammer har angitt snitt på 350,- kroner pr student, mens andre studieprogrammer oppgir 16.000,- kroner pr student. Den høyeste kostnaden pr student som er oppgitt er 93.315,- kroner. Ett studieprogram oppgir 1.419.150,- kroner i 2008. Om denne summen er totalkostnad ved studieprogrammet, og ikke kostnad pr student i fjernpraksis vites ikke. Ett studieprogram oppgir ikke kostnader, men opplyser at de dekker reise og boutgifter etter egne retningslinjer.

I summene som oppgis som gjennomsnittsummer er det uklart om det er regnet gjennomsnitt for alle studentene på utdanningen, eller de studentene som var pålagt fjernpraksis i og med at de varierer så vidt mye. En nærmere undersøkelse blant studieprogrammene, vil kunne gi sikrere data på kostnader ved pålagt fjernpraksis.

I tillegg til de studieprogrammene som oppgir hvilke kostnader utdanningsinstitusjonen betaler ved pålagt fjernpraksis, så har 18 studieprogrammer krysset av for at de betaler hele kostnaden ved slik praksis, men har ikke oppgitt beløp.

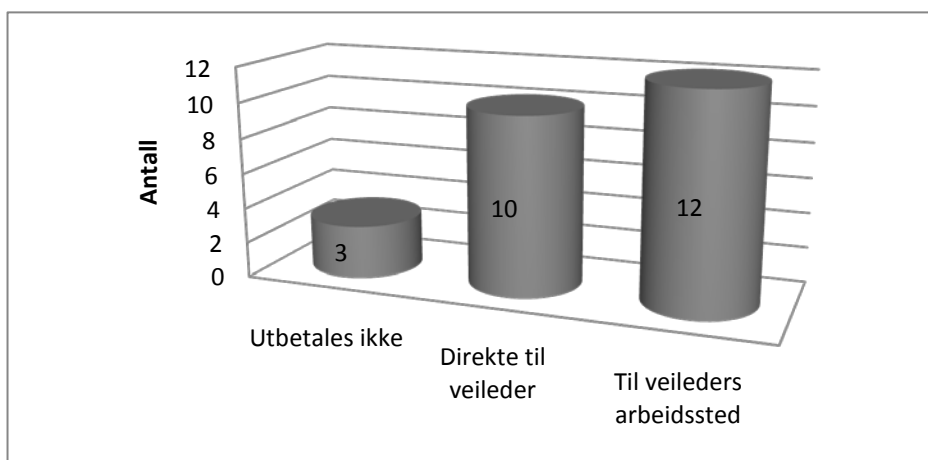
## 8.5 Praksisveiledning og honorering ved særskilte studieprogrammer

Det var bare et utvalg studieprogrammer som ble bedt om å svare på hvem veiledningshonorar evt blir betalt til, beløpsstørrelse pr veiledningstime pr student og andre utgifter knyttet til veiledning. Studieprogrammene var farmasi (provisor), klinisk ernæringsfysiolog, medisin, odontologi og psykologi ved 4 av universitetene, samt tannpleierutdanningene ved UiO og UiB. Totalt 6 profesjonsutdanninger med til sammen 17 studieprogram.

Ettersom mange av de høgskolebaserte studieprogrammene også har utlegg til veiledning, har mange av respondentene fra høgskolegruppen også svart på disse spørsmålene. Men data fra høgskolene på disse spørsmålene var ikke intendert, så eventuelle svar fra høgskolesiden er ikke tatt med i dataanalysen.

10 av de spesifiserte studieprogrammene betaler honorar direkte til veileder, mens 12 betaler honorar til veileders arbeidssted. 7 av studieprogrammene betaler både direkte til veileder og til veileders arbeidssted. Dette kan synes forvirrende, men det er mulig at hvem utbetalingen går til er avhengig både av praksissted og type praksisperiode, slik at studieprogrammene utbetaler både til veileder og til veileders arbeidssted. 5 utbetaler kun til veileders arbeidssted, mens 2 bare utbetaler til veileder. Ett studieprogram svarer at de utbetaler veiledningshonorar direkte til veileder, til veileders arbeidssted og at det ikke utbetales. Det vites ikke om dette er tastefeil, eller om de har alle tre varianter avhengig av type praksissted og praksisperiode. 3 studieprogrammer oppgir også at de ikke utbetaler honorar.

**Figur 26: Hvem honorar for praksisveiledning betales til ved ulike studieprogrammer ved universitetene (N=17).**



Av dataene framgår det også at det er ulik praksis mellom universitetene innen samme profesjonsutdanning. F eks er det ved tre like studieprogrammer slik at to ikke utbetaler honorar, mens det tredje utbetaler honorar til veileders arbeidssted. Andre profesjonsutdanninger har tilsvarende variasjoner mellom studieprogrammene, men hvor det varierer om veileder honoreres direkte eller om det utbetales til veileders arbeidssted.

Studieprogrammene ble også bedt om å oppgi beløpsstørrelse på honorar pr veiledningstime pr student. Opplysningene som gis varierer både i beløpsstørrelse og hvordan beregningen foregår. Tre studieprogram svarte ikke, og naturlig nok de to utdanningene som ikke utbetaler veiledningshonorar, samt et annet studieprogram. Ett av studieprogrammene opplyser at veileder er ansatt som universitetslektor i 20 % stilling og at lønnstrinnet som regel er 56. Et annet studieprogram oppgir at

veileder har 7 % stilling i lønnstrinn 52, mens en annen variant i et studieprogram er 20 % tillegg av lønnen som en profesjonsutøver har i en bestemt stilling. Et annet studieprogram har en grunnsats på 206, 10 kroner som ganges med en forberedelsesfaktor på 2,5 slik at honorar til veileder blir 515,25 kroner pr time pr student. Ellers varierer veilederhonoraret fra ca 125 kroner til 300-400 kroner pr veiledningstime pr student, eller 200 kroner pr dag pr student. Ett studieprogram oppgir 2.707.000,- kroner som totalkostnad. Ett av studieprogrammene sier at de vil fjerne betalingsordningen og at de er i ferd med å trappe ned honoreringen av veiledere.

## 9.0 Oppsummering av hovedfunn med kommentarer

Praksisstudier, og forholdet mellom utdanningssektoren og praksisfeltet er meget komplekse fenomener. Her er stor variasjon mellom institusjoner, profesjonsutdanninger og studieprogram i måten praksisstudier begrunnes og organiseres på, med både historiske, politiske, faglige, organisatoriske og økonomiske aspekter. Det er ikke tidligere gjort en heldekkende undersøkelse av praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Derfor kan en kartleggingsundersøkelse som den UHR her har gjennomført, være et viktig bidrag til få fram både hvilke aspekter ved praksisstudiene som kan beskrives på denne måten, og hvilke tema som bør belyses bedre gjennom nye undersøkelser og eventuelle forskningsoppdrag.

Som det ble redegjort for i kapittel 3, har data i denne undersøkelsen visse begrensninger. Særlig på studieprogramnivå bør derfor resultatene av denne undersøkelsen tolkes med forsiktighet. Samtidig er det gjort et vesentlig etterarbeid for å kvalitetssikre data så langt det har vært mulig uten å gjøre en ny undersøkelse. På det grunnlaget er analyser gjort som det er grunn til å tro at får frem verdifull informasjon om trekk og trender i måten praksisstudiene i de 21 helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene (115 studieprogram) nå gjennomføres på. I det følgende oppsummeres hovedfunn fra de forskjellige delene av undersøkelsen.

### 9.1 Mangfold og relevans

#### **Stort mangfold i typer av praksisarenaer i bruk**

Spørreskjemaet som ble brukt, etterspurte antall studenter og antall uker i praksis i forhold til forhåndsdefinerte praksisarenaer. Tilbakemeldingene fra svært mange av respondentene tydeliggjorde at studieprogrammene, i varierende grad, benytter langt flere praksisarenaer og typer av praksissteder per arena enn det undersøkelsen tok høyde for. Særlig gjelder dette i kommunesektoren, og spesielt i forhold til praksis med fokus på barnevern og sosiale tjenester, psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering. Det kom også tydelig fram at på nettopp disse tjenesteområdene er private tjenestetilbud, med eller uten avtale med det offentlige tjenestetilbudet, i økende grad et nødvendig supplement som praksisarena. For noen få utdanninger er privat sektor eneste relevante praksisarena. Mange studieprogram etterlyste mulighet for å synliggjøre omfanget at praksisstudier i kombinasjon med internasjonalisering, altså at studentene har sin praksis i et annet land.

Organiseringen av offentlige og private tjenester, og forholdet mellom dem, er i kontinuerlig endring. En eventuell ny kartlegging av hvordan praksisfeltet brukes må derfor legge opp til at studieprogrammene selv lister opp hvilke praksisarenaer de benytter, enten det er i offentlig eller privat sektor. Og omfang og kvalitetssikring av praksisstudier i andre land bør inngå i totalbildet.

#### **Praksisstudiene avspeiler organiseringen av det daglige arbeidet i yrkesfeltet.**

Undersøkelsen var i utgangspunktet lagt opp til å få en detaljert oversikt over hvordan volum studenter og uker i praksisfeltet var fordelt på mange definerte subarenaer, og særlig innenfor somatikk og psykiatri i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Med unntak av

sykepleierutdanningene, var dette en inndeling som stemte dårlig overens med måten de øvrige studieprogrammene registrerte utplasseringen av sine studenter på. Tilbakemeldingene fra studieprogram som medisin, fysioterapi, ergoterapi og sosialt arbeid, gikk på at deres studenter beveget seg på tvers av flere slike subarenaer i løpet av en praksisperiode, i tråd med hvordan tjenestene og det daglige arbeidet var organisert ved det aktuelle praksisstedet.

Dette tyder på at man i større grad bør ta utgangspunkt i måten tjenestene på ulike fagområder faktisk er organisert på når man ønsker å få innsikt i hvordan de forskjellige profesjonsutdanningene legger opp praksisstudiene og fordeler studenter og tid i praksisfeltet.

### **Praksis i privat sektor handler om tilgang til praksisplasser og finansiering av veiledning, ikke om praksisstedets organisatoriske status.**

Undersøkelsen hadde et omfattende spørsmålsbatteri knyttet til praksis i privat sektor, med vekt på å få fram et skille mellom praksissteder med eller uten driftsavtale med det offentlige tjenesteapparatet. En ville se om det å ha eller ikke ha slike avtaler hadde noe å si for om privat sektor ville ta imot studenter eller ikke.

Resultatene viste for det første at bruken av privat sektor som praksisarena totalt sett har et lite omfang, og også kan sies å være meget temaspesifikk. For det andre kom det fram at respondentene enten ikke visste eller ikke forholdt seg til hvorvidt et relevant praksissted i privat praksis hadde driftsavtale med det offentlige eller ikke. Dette kan selvsagt skyldes at den som fylte ut skjemaet ikke hadde kunnskap om praksisstedenes avtalestatus i forhold til det offentlige, men det kan også skyldes at dette ikke oppleves relevant for studieprogrammernes arbeid med å få utplassert sine studenter i praksisfeltet.

Det som ble trukket fram var behovet for nok praksisplasser eller spesielle typer av praksisplasser, og at privat sektor da var aktuell for flere av studieprogrammene. På den annen side ble det fra mange av respondentene pekt på at praksisplasser i privat sektor medførte så store veiledningskostnader og ofte også reisekostnader for utdanningene at bruken av privat sektor som praksisarena blir vurdert fortløpende og år for år.

Uklarheten i svarene på disse spørsmålene i undersøkelsen kan tyde på at det også er uklarheter i politiske føringer og rammebetingelser for måten aktører i privat sektor kan eller skal fungere som praksisarena for helse- og sosialfagstudenter.

## **9.2 Volum studenter i praksis og volum praksisstudier**

Resultatene av undersøkelsen viser at det var oppunder 30.000 helse- og sosialfagstudenter som hadde praksis av kortere eller lengre varighet et eller flere steder i praksisfeltet i løpet av studieåret 2007-2008 (tabell 9). Dette er et tall basert på tall for studenter fra alle årskull per studieprogram som var ute i praksis det året.

Ukevolum-tallene er lite informative i denne undersøkelsen når de summeres over flere studieprogram. Likevel har det vært mulig å tolke de rapporterte uketallene i forhold til studenttallene, slik det er gjort i kapittel 5 og i oppsummeringene som følger. Men først er det relevant å vise resultatet av en annen måte å få begrep om hvilket volum praksisstudier det skal tilrettelegges for i praksisfeltet, og så stille noen spørsmål ut fra det:

### **Hvor mye praksisstudier inngår i å utdanne ett kull per studieprogram?**

Utgangspunktet er rammeplanenes/studieplanenes krav til omfang praksisstudier per utdanningsprogram, og antallet 1.årsstudenter som begynte sine studier ved de aktuelle utdanningsprogrammene høsten 2008. Ut fra disse to sikre kildene kan man regne ut hvor mange

**studentukeverk** som skal gjennomføres i praksisfeltet for at samfunnet skal få tilgang på **ett kull** ferdig utdannede kandidater fra hvert utdannings- og studieprogram inkludert i denne undersøkelsen:

**Tabell 32: Beregning av hvilket praksisvolum som inngår i å ferdigutdanne ett kull fra alle studieprogram som inngår i praksisundersøkelsen, per profesjonsgruppe, og totalt over 21 profesjonsgrupper**

Utdanningsprogram	studiets omfang (60sp=1år)	omfang undervisning og ferdighetstrening/ intern klinikk (sp)	min. omfang obligatorisk ekstern veiledet praksis <sup>1)</sup> (sp)	DBH: antall 1.årsstud Høst 2008	tot. antall studentukeverk i praksisfeltet i løpet av studieforløpet per profesjonsgruppe <sup>2)</sup>
medisiner, UiT+UiB+NTNU	360	327	33	379	8 338
medisiner, UiO	360	342	18	107	1 284
Psykolog	360	320	40	143	3 813
farmasøyt provisor	300	270	30	142	2 840
klin ernæringsfysiolog	300	294	6	28	112
tannlege, UiO+UiB	300	293	7	77	359
tannlege, UiT	300	260	40	44	1 173
Audiograf	180	152	28	33	616
Barnevernspedagog	180	150	30	749	14 980
Bioingeniør	180	160	20	276	3 680
Ergoterapeut	180	135	45	255	7 650
farmsøyt reseptar	180	144	36	113	2 712
fysioterapeut	180	135	45	361	10 830
optiker	180	160	20	73	973
ortopediingeniør	180	150	30	16	320
radiograf	180	120	60	256	10 240
sosionom	180	150	30	905	18 100
sykepleier	180	105	75	4153	207 650
tannpleier	180	174	6	57	228
tanntekniker	180	150	30	37	740
velferdsviter	180	166	14	69	644
vernepleier	180	132	48	959	30 688
jordmor	120	60	60	75	3 000
<b>summer</b>				<b>9 307</b>	<b>330 971</b>

1) som praksis regnes kun den tiden studenten er ute i yrkesfeltet, og under veiledning deltar i reelle arbeidssituasjoner for sin profesjon

2) Antall 1.årsstudenter x antall uker hver student skal ha ekstern veiledet praksis i løpet av sitt studieforløp, enten det er 2-, 3-, 5- eller 6-årig. Studiepoeng er omregnet til antall uker, 1 uke=1,5 studiepoeng i hht europeisk enighet om at et studieår består av 40 uker som gir uttelling i 60 ECTS.

Det tabellen over viser, er at for at 9307 registrerte 1.årsstudenter høsten 2008 (DBH-tall) skal komme ut som ferdig utdannet helse- eller sosialpersonell etter 2, 3, 5 eller 6 år, skal det samarbeides om organisering, gjennomføring og vurdering av 330.971 studentukeverk i praksisfeltet. Det tilsvarer 8.275 studentårsverk (à 40 uker) tilbrakt i praksisfeltet – og all denne tiden skal studentene ha veiledning og følges opp med faglig vurdering og løpende skikkethetsvurdering.

For at dette skal skje på en måte som gir hver enkelt student mulighet til å vise forventet læringsutbytte per praksisperiode og totalt, må alle innsatsfaktorer kontinuerlig kvalitetssikres.

Det er tre innsatsfaktorer respondentene er særlig opptatt av at må kunne kvalitetssikres bedre (jfr kapittel 4), og det er:



1. Omfang og stabilitet eller forutsigbarhet for antall og type av praksisplasser
2. Stabile og kompetente veiledere som samarbeidspartnere for studieprogrammene, som følger opp utdanningene og studentene over tid
3. Avtaleverk på system- og institusjonsnivå som avklarer ansvars-, rolle- og oppgavefordeling så klart at organisering, gjennomføring og videreutvikling av praksisstudier blir et opplevd fellesansvar for utdanningssektoren og alle relevante sektorer i arbeidslivet.

### **Interessant variasjon i volum praksisstudier per profesjonsutdanning**

Av tabell 32 kan man også se variasjonen mellom profesjonsutdanningene med hensyn til volum pålagt eller valgt ekstern veiledet praksis. Denne variasjonen er meget stor. Ser man bare på de 9 rammeplanstyrte profesjonsutdanningene<sup>21</sup>, varierer det fra sykepleierutdanningens 75 studiepoeng (75sp=50 uker) ekstern praksis, via radiografutdanningens 60 sp og terapeututdanningenes 45 sp, til bioingeniørutdanningens 20 sp.

Variasjonen i volum praksis gir grunnlag for å stille noen spørsmål av betydning for diskusjoner om kvalitet og relevans, enten man ser utdanningen som helhet eller kun praksisdelen av hvert studieprogram:

- Hva er begrunnelsen for den store variasjonen? Hvorfor trenger sykepleierstudenter dobbelt så mye tid i praksisfeltet som ergo- og fysioterapeuter? Hvorfor skal radiografstudenter ha 3 ganger så mye ekstern veiledet praksis som bioingeniørstudenter?
- Er disse variasjonene faglig og/eller pedagogisk begrunnet ut fra dagens og morgendagens utfordringer, eller er de mer historisk begrunnet?
- Hva betyr tid i praksisfeltet for arbeidet med læringsutbyttebeskrivelser og for faktisk læringsutbytte for den enkelte student? Hva bestemmer hvor lang tid som må til for å sikre en god praksisperiode, eller hvordan forholdet er mellom tid per praksisperiode og totaltid praksis over hele studieforløpet?

### **9.2.1 Profesjonsutdanningenes relative bruk av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Et innspill til samhandlingsreformen**

Spesialisthelsetjenesten er en viktig praksisarena for 17 av de 21 profesjonsutdanningene i undersøkelsen. Det er kun de 3 tannhelseutdanningene og optikerutdanningen som ikke benytter spesialisthelsetjenesten som praksisarena.

Kommunehelsetjenesten benyttes som praksisarena for 12 av 21 profesjonsutdanningene. De som ikke har praksistid i kommunehelsetjenesten er de utdanningene som kvalifiserer til oppgaver som primært utøves enten i spesialisthelsetjenesten eller i privat sektor (radiograf-, audiograf-, optiker- og ortopediingeniørutdanning og begge typer farmasøytutdanning). At heller ikke utdanningen til klinisk ernæringsfysiolog har studenter i praksis i kommunehelsetjenesten var overraskende.

Praksisarenaer innenfor psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering er viktige for mange av profesjonsutdanningene. Hovedtyngden av volum studenter og ukevolum praksis på disse områdene er i spesialisthelsetjenesten, men det er tydelig at praksissteder i kommunesektoren og privat sektor også er viktige for praksisstudier på disse feltene.

<sup>21</sup> Rammeplanstyrte utdanninger inkludert i undersøkelsen: barnevernspedagog-, bioingeniør-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, jordmor-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleierutdanning (helsesøsterutdanning er også rammeplanstyrt, men er ikke inkludert i undersøkelsen).

Psykolog-, sosionom- og vernepleierutdanningene skiller seg ut med tall som tyder på at disse profesjonsutdanningene gjennomgående legger opp til at studentene skal ha relativt lengre praksisperioder gjennom studiet enn de øvrige profesjonsutdanningene, uansett praksisarena. Tilbakemeldinger særlig fra sosionomutdanningene kan tyde på at praksisfeltet ikke nødvendigvis er positivt innstilt til dette, og særlig ikke i forhold til 1.årsstudenter.

Totalt sett ser studentvolumet ut til å være omtrent det samme i løpet av et studieår i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten: over 12.000 studenter (se tabell 9). Ukevolumtallene, derimot, tyder på at spesialisthelsetjenesten skal betjene et nesten 3 ganger så høyt volum praksisstudier. Slik tallene er tolket her, tyder det på at praksisperiodene per student i sykehus er lengre og/eller flere enn i kommunehelsetjenesten.

Bildet som tegnes i strekpunktene over, gir grunnlag for noen refleksjoner:

Er spesialisthelsetjenesten riktig praksisarena for så mange studenter og så lenge? Tilsier de endringer som er skjedd i spesialisthelsetjenesten i retning av stadig mer høyteknologiske og spesialiserte behandlingstilbud at man bør se nøyer på hvilke studentkategorier som må ha praksis i spesialisthelsetjenesten, når i studieforløpet slik praksis er mest relevant og hvor lange og/eller mange praksisperioder som vil gi mulighet for ønsket læringsutbytte?

Hvorfor brukes ikke kommunehelsetjenesten som praksisarena mer aktivt enn spesialisthelsetjenesten? Samhandlingsreformen er bare det siste av mange framstøt over de siste årene for å redusere behovet for innleggelse og behandling i sykehus ved å dreie fokus mer over på primær- og sekundærforebyggende helsearbeid i kommunehelsetjenesten.

Er det slik at denne utviklingen ennå ikke er tatt inn i måten å tenke omkring oppbyggingen av grunnutdanningene på? Eller er det fortsatt gode argumenter for at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal være den viktigste praksisarenaen for så mange grunnutdanninger når det gjelder å sikre studenter de grunnleggende kunnskaper, ferdigheter og holdninger de trenger for å starte sin yrkeskarriere i helsesektoren?

## 9.2.2 Sykepleierstudentenes praksisstudier

Sykepleierstudenter utgjorde 42% av studentvolumet i det totale praksisfeltet i 2007-2008, men innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten utgjør de godt over 70%, og vesentlig mer på visse subarenaer under der igjen (se tabell 12 og 13). Og praksisbelastningen innad i sykehusene er svært skjev. Forventninger og krav om praksisstudier på sengeposter utgjør nesten hele praksisvolumet (se figur 5). Andre praksisarenaer i sykehus, som dagavdelinger og poliklinikk, brukes lite. Disse volumtallene er, i seg selv, ikke overraskende, men det kan være relevant å vurdere om et for stort fokus på volum skygger for andre viktige utfordringer. Fra sykepleierutdanningene meldes det at utfordringene med å sikre nok praksisplasser på riktig sted til riktig tid er så store at fokus på innhold og kvalitet kan bli for svakt. Fra andre profesjonsutdanninger blir det nevnt at det store volumet sykepleierstudenter som skal ha praksis, gjør at noen praksissteder vegrer seg for å ta imot studenter fra andre profesjonsutdanninger samtidig.

Kravet i rammeplan for sykepleierutdanning om omfattende praksis i sengepost "*... med døgnkontinuerlig oppfølging av pasientene*" skaper et voldsomt press på et minkende antall sengeposter i spesialisthelsetjenesten. Denne undersøkelsen viser hvilket volum det er snakk om gjennom et studieår. Det gir grunn til å stille noen spørsmål av betydning for kvalitet og relevans:

- Er spesialisthelsetjenestens sengeposter den viktigste praksisarenaen for morgendagens sykepleiere?
- Hva er det med denne praksisarenaen som er så unikt at studentene ikke kan få et likeverdig læringsutbytte ved mer bruk av tid på sengeposter i andre kontekster enn spesialisthelsetjenesten, eller også på andre arenaer i sykehuset eller i

kommunehelsetjenesten?

### **9.2.3 Praksisutplassering i sosialtjenesten, barnevernstjenesten og NAV**

Det er sosionom-, barnevernspedagog- og vernepleierutdanningene som har mange studenter i praksis i lange og/eller mange praksisperioder på denne hovedarenaen for ekstern veiledet praksis. Disse profesjonsutdanningene fordeler seg noe forskjellig. Fordelingen kan tyde på at sosionom- og vernepleierutdanningene har et noe mindre spesialisert fokus med tanke på hvor deres studenter kan få et relevant læringsutbytte, mens barnevernspedagogutdanningene, som profesjonsutdanninge, knapt bruker andre subarenaer for praksis enn dem som finnes innenfor rammen av barnevernstjenesten.

Det er kun rapportert om noen få studenter fra noen studieprogrammer fra de øvrige profesjonsutdanningene med praksis på disse arenaene, primært til praksisplasser i barnevernet og NAV. Men bruken av NAV-systemet som praksisarena er overraskende liten. Kommentarene fra noen av studieprogrammene kan tyde på at kommunikasjonen med NAV om praksisutplassering av studenter oppleves vanskelig. En utdanning skriver at *"NAV ser ikke at de har noe utdanningsansvar"*.

### **9.2.4 Praksisutplassering til privat sektor**

Inkuderer man medisinestudenter i legepraksis i primærhelsetjenesten, har 14 av 21 profesjonsutdanninger oppgitt å ha studenter i praksis i privat sektor. Selv med et høyt studentvolum medisinerstudenter og et vesentlig antall sykepleierstudenter, er tallene for studenter i praksis i privat spesialisthelsetjeneste og i privat sektor utenom spesialisthelsetjenesten forsvinnende små i forhold til et totaltall på nesten 30.000 studenter i praksisfeltet i studieåret 2007-2008 (se tabell 10).

Det er få av profesjonsutdanningene som bruker privat sektor i noe omfang, og tallene viser at praksisstudier i privat sektor utenfor sykehus i studentvolum er mer enn det dobbelte av hva som ble oppgitt for private spesialisthelsetjeneste/sykehus. Viktigste grunnen til dette er at det er i denne sektoren noen av profesjonsutdanningene har viktige praksisarenaer: Begge farmasiutdanningene i det private apotekvesenet, tanntekniker- og ortopediingeniørutdanningene hos private verksteder og bedrifter, og fysioterapeututdanningene ved privateide fysikalske institutter. I den grad de øvrige profesjonsutdanningene har studenter i praksis i privat sektor, handler det om praksis i private virksomheter innen psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering.

De fleste av de aktuelle studieprogrammene kommenterer at det koster mye å ha studenter i praksis i privat sektor: Det å veilede studenter i private virksomheter tar produktiv tid fra veilederne, noe praksisstedet ofte vil ha kompensert for hvis de skal ta imot studenter. En av medisinerutdanningene og en av odontologiutdanningene sier i klartekst at kostnadene er så store at man der vurderer å kutte ut tilbudet om ekstern praksis helt.

Det at privat sektor brukes i så lite omfang selv om mange praksisarenaer her er både relevante og kan bidra til å dekke behovet for tilstrekkelig antall praksisplasser, kan tyde på at både medansvaret for utdanning av helse- og sosialpersonell og finansieringen av veiledning er temaer som bør avklares bedre fra flere departementers side, slik som f eks gjøres i apotekloven i forhold til farmasistudenter.

### **9.2.5 Praksisutplassering til barnehage og skoleverk**

I undersøkelsen omfattet spørsmål om denne hovedarenaen for praksisstudier også praksissteder med spesifikt spesialpedagogisk virksomhet. Antallet studenter og volum tid i dette praksisfeltet er mindre enn i privat sektor. Likevel er det tydelig at tilgang til praksisplasser i denne sektoren er viktig

for flere profesjonsutdanninger, og særlig barnevernspedagog-, ergoterapeut- og vernepleierutdanninger. Ellers tyder tallene på at når det først er noen få studenter i praksis her, har de relativt lange praksisperioder. Dette gjelder særlig de av psykologutdanninger og sosionomutdanninger som har studenter i PP-tjenesten og andre spesialpedagogiske tiltak.

Tilbakemeldinger fra respondentene om praksisstudier i denne sektoren tyder på at de opplever problemer med å få tilgang til praksisplasser i barnehage- og skolesektoren. Her kan det være at lovverk og andre styringssignaler gjør det uklart hvilken rolle også disse arenaene kan og bør ha i kvalifiseringen av helse- og sosialpersonell.

### 9.3 Variasjoner innad i profesjonsutdanningene

Det ble gjort analyser av hver av profesjonsutdanningene i forhold til to problemstillinger: Er det variasjon mellom studieprogrammene i samme profesjonsutdanning med hensyn til hvor mange av de inkluderte praksisarenaene som benyttes til praksisstudier, og hvor mye praksistid som brukes på hver av praksisarenaene?

Som redegjort for i kapittel 5 og i vedlegg V7, var det store variasjoner innad i profesjonsutdanningene på begge disse spørsmålene. Disse variasjonene gir grunn til å stille noen spørsmål i forlengelsen av hvert av dem:

#### **Variasjon mellom studieprogrammene i samme profesjonsutdanninge i bruken av praksisfeltet:**

Dersom noen av studieprogrammene finner det faglig og pedagogisk interessant å bruke alternative praksisarenaer for noen av sine studenter, hvorfor gjør ikke flere det? Har de fleste studieprogrammene de praksisplassene man trenger på de tradisjonelle arenaene, slik at variasjonen noen studieprogram rapporterer om mer er et uttrykk for nødløsninger på grunn av mangel på plasser?

Er variasjonen et uttrykk for faglig nytenkning i noen fagmiljøer med hensyn til hvor studentene kan få et faglig relevant læringsutbytte på alternative arenaer? Er det slik at noen studieprogrammer mer enn andre, vurderer det slik at ulike praksismål kan nås uavhengig av praksisarena og/eller brukergrupper? Kan det også være slik at flere av studieprogrammene har faglig fordypning og/eller valgfri praksis som også fører til større variasjon? Spiller økonomi en rolle i det bildet som tegnes?

Data i denne undersøkelsen kan ikke gi bastante svar på disse spørsmålene, men de kan peke på tendenser som kan tjene som utgangspunkt for faglige og pedagogiske diskusjoner i relevante fora om begrunnelser for dagens løsninger.

#### **Variasjon mellom studieprogrammene i samme profesjonsutdanning i volum praksistid per praksisarena**

Den store variasjonen mellom studieprogram innenfor samme profesjonsutdanninge på dette punktet gir grunn til flere typer spørsmål: Vekter studieprogrammene læringsutbytteverdien for studenten forskjellig mellom de ulike praksisarenaene? Betyr dette at studieprogrammene har ulike faglige profiler? Er det slik at forskjellene heller gjenspeiler at studieprogrammene har forskjellig utgangspunkt med hensyn til hvor lett eller vanskelig det er å få mange nok og gode praksisplasser for det tidsrommet praksisstudier som er ønskelig? Eller er det helt andre årsaker til den observerte variasjonen?

Variasjon mellom studieprogram av samme type er ikke per definisjon et problem, og kan tvert imot være positivt og viktig for profesjonsutviklingen. Selv om det oppfattes som positivt i fagmiljøene at studieprogrammene innenfor samme profesjonsutdanninge utvikler noe ulike faglige profiler, bør likevel tydelig variasjon i volum tid til praksisstudier i ulike deler av praksisfeltet kunne begrunnes faglig og pedagogisk, eller forklares på annen måte.

Det kan også være grunn til å starte en mer prinsipiell diskusjon om praksisstudiene i relevante fora: Hva er hensikten med praksisstudiene på de ulike praksisarenaene, og hvordan er forholdet mellom læringsmål, tid i praksisfeltet og læringsutbytte på de samme praksisarenaene?

## 9.4 Samarbeid, avtaler og bruken av samarbeidsmidler til prosjekter

Kompleksiteten i det det ble spurt om på disse temaene bidro til at data her er noe svake, men noen momenter er det mulig å trekke fram:

### Samarbeidet i de regionale samarbeidsorganene

Det framgikk av svarene at eksistensen av dette organet ikke nødvendigvis var godt kjent for alle respondentene. Var det kjent, så ble det vist til at dette fungerer som et samarbeidsorgan på et overordnet nivå med ledere som oppnevnte representanter, og at organet i liten grad er involvert i det direkte arbeidet med å tilrettelegge for praksis. Fra høgskolesiden ble det lagt vekt på at samarbeidsorganet var viktig i forhold til tema som samarbeidsavtaler på institusjonsnivå, regionalt system for tildeling av plasser og som arena for å få løftet opp utfordringer og problemer knyttet til praksisstudiene. Noen meldte også om tema som fordeling av samarbeidsmidler, FOU og andre samarbeidsprosjekter. Fra universitetssiden tyder svarene på at praksisstudier ikke er et viktig tema i deres samarbeidsorgan. Det som nevnes som tema for samarbeidsorganet var økonomi, forskning, forskningssaker samt høringssaker.

Data bekrefter ellers at det eksisterer flere samarbeidsnivåer mellom utdanningsinstitusjonene/studieprogrammene i alle regioner, men tyder også på at det er visse variasjoner både i behov og løsninger for slikt samarbeid. Både spørsmål og svar i denne undersøkelsen er for avgrenset til å få fram et godt bilde av status.

En fullstendig kartlegging av hvordan samarbeidsstrukturen mellom UH-institusjonene og praksisfeltet ser ut, vil kreve en nærmere undersøkelse. Dersom det gjøres, vil det være viktig å sikre at respondentene er i en posisjon i utdanningsinstitusjonen som gjør at de har den nødvendige oversikt og innsikt i dette spørsmålet.

### Samarbeidsavtaler

Bildet av i hvilken grad studieprogrammene har avtaler med praksisstedene er broket og vanskelig å få oversikt over. Det varierer også mellom praksisarenaer. Praksis innen spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet dekket av rammeavtaler mellom rammeavtalene med de regionale helseforetakene. Dette er på overordnet nivå. Undersøkelsen var ikke spesifikk i forhold til hvilket nivå en skulle svare på. Samarbeidsavtaler med kommunal og statlig sosialtjenester, barnevernstjenester, NAV og pedagogisk sektor ser ut til å være en utfordring. Mange av studieprogrammene har ikke samarbeidsavtaler med disse praksisarenaene, til tross for at de er viktige for en del profesjonsutdanninger. Innen privat sektor (spesialisthelsetjeneste og utenfor sykehus) oppgir mange av respondentene at de har samarbeidsavtaler med minst en aktør. Det framgår også av dataene at det studieprogrammene arbeider med å få på plass samarbeidsavtaler med praksisstedene. Samarbeidsavtalene som studieprogrammene har oppgitt å ha, varierer i detaljeringsgrad fra å dekke få til mange sider ved samarbeidet. De momentene som oftest inngår, er forventninger til veileder og veiledning og praksisstedets, utdanningsinstitusjonens og studentenes rettigheter og plikter.

For å få en bedre oversikt over studieprogrammenes samarbeidsavtaler med praksisstedene, hvor mange de har, på hvilket nivå samarbeidsavtalene inngås, hvor store ressurser som går med til arbeidet med samarbeidsavtaler osv trengs det videre undersøkelser, da datamaterialet i denne undersøkelsen ikke gir klare svar på dette.

### **Samarbeidsmidler og samarbeidsprosjekter**

Fordeling av samarbeidsmidler ser generelt sett ikke ut til å skje på overordnet nivå, men som oftest på nivå 1 mellom den/det enkelte høgskole/universitet og hvert samarbeidende helseforetak. Men dette kan variere noe fra samarbeidsorgan til samarbeidsorgan.

Samarbeidsmidlene anvendes til mange ulike formål, hvor veilederopplæring, utvikling av praksismodeller, FOU for bedre yrkesutøvelse, kompetanseheving og FOU med studentdeltakelse er av de hyppigst nevnte, også over en treårs periode.

Bruk av samarbeidsmidler til honorar (direkte til veileder eller veileders arbeidssted) er halvert i løpet av tre år. Honorering skjer særlig til to praksisarenaer: Pedagogisk virksomhet (barnehage, skole osv) og privat virksomhet. Dette er to områder som lovverket ikke dekker spesielt godt i forhold til bidrag til opplæring av helse- og sosialfagstudenter.

Oversikt over samarbeidsprosjekter mellom studieprogram og praksisfelt viser at prosjektene grovt sett er innen 4 områder:

- (a) utvikling av praksismateriale/praksismodeller,
- (b) veilederopplæring,
- (c) fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse,
- (d) kombinasjon av veilederopplæring og fagspesifikk kunnskapsutvikling/-anvendelse.

For utprøving av ulike praksismodeller er mange prosjekter knyttet til "studenttette poster" eller har fokus på dokumentasjon av "kunnskapsbasert praksis". Få av prosjektene som beskrives har fokus på hospiteringsordninger eller delte stillinger mellom studieprogram og praksissted som en del av utprøvingen av alternative praksismodeller.

Undersøkelsen viser at utdanningene anser mange praksisarenaer som sentrale og viktige for sine studenter, også utenfor spesialisthelsetjenesten. Men tildeling av samarbeidsmidler til samarbeidsprosjekter og andre praksisstyrkende formål er knyttet til avtaler på institusjonsnivå. Dessuten forutsetter utløsning av midler i et omfang som kan gi aktivitet, mottak av et visst volum studenter. Det er derfor grunn til å anta at det er et behov for en bedre lovregulering for praksisområder som i dag ikke har bestemmelser i forhold til å bidra til opplæring av helse- og sosialfagstudenter, slik at det blir et tydelig avtalegrunnlag for et volum studenter og utløsning av samarbeidsmidler og -prosjekter.

Samarbeidsprosjekter viser en mangfoldighet både med hensyn på innhold, type samarbeidspartnere og nivå i organisasjon. Data sier ikke noe om effekten av alle disse samarbeidsprosjektene, så som hvilke som fører til endret og forbedret praksis og hvordan resultatene spres. Denne typen spørsmål var heller ikke fokus i denne undersøkelsen, men kan være viktige å stille som utgangspunkt for diskusjoner og eventuelle nye undersøkelser.

## **9.5 Kvalitet og relevans i praksisstudiene**

### **Kvalitet, relevans og veilederopplæring**

Studieprogrammene har et mangfold av ordninger for å sikre praksisstudienes kvalitet og relevans. Erfaringsutveksling/møter, retningslinjer og fagplan/studieplan, etterutdanning/ veilederseminarer og evalueringer er hyppig rapporterte ordninger. Mangfoldet som data viser er ikke nødvendigvis negativt, da mangfoldet nettopp kan ivareta alle de ulike studieprogrammene og yrkesfeltets egenart. Dessverre ble det ikke skilt på relevans og kvalitet i spørreskjemaet, slik at en analyse av hvilke ordninger studieprogrammene har for primært å sikre kvalitet og hvilke for primært å sikre relevans, framkommer ikke av datamaterialet. Sikring av kvalitet og relevans er selve kjernen i praksisstudier som forberedelse til yrkesfeltet. Hvilke ordninger studieprogrammene har for dette synes derfor særlig viktig.

Denne undersøkelsen gir en viss oversikt over en del av de ordningene som finnes ved utdanningene for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet. Om det er behov for undersøkelser i tillegg til denne for å få en grundigere analyse av hvordan kvalitet sikres og hvordan relevans sikres, bør derfor vurderes. Ordninger for å sikre kvalitet og relevans kan også knyttes opp mot målsettinger for ulike praksisstudier i ulike studieprogrammer, samt om praksis nødvendigvis må være arena- eller brukerspesifikk.

Veilederkompetanse er en gjenganger i svar på mange av spørsmålene i undersøkelsen. Hvordan studieprogrammene tilbyr veilederopplæring til praksisveilederne varierer. De fleste høgskolene har egne formelle studiepoenggivende veilederutdanninger som varierer fra 10-60 studiepoeng. Disse er ofte modulbaserte og tverrfaglige. I tillegg er det mange studieprogrammer som har kortere samlinger med praksisveiledere med elementer av veilederopplæring.

Studieprogrammene er tydeligvis opptatt av praksisveiledernes pedagogiske kompetanse. Spørsmålet er hvordan en kan sikre slik kompetanse til et så vidt stort veilederkorps som trengs for å ta i mot alle studentene. Det er mulig at det er behov for å se på ordninger som både kan sikre pedagogisk kompetanse, stabilitet og forutsigbarhet i og for praksisveiledergruppen.

#### **Kriterier for vurdering til "bestått" ved praksisstudier**

De fleste studieprogrammene har måloppnåelse, arbeidskrav/eksamen som en del av kriteriene for beståttvurdering i praksisstudier. Dette tyder på at det er tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter som står i fokus for praksisstudiene. Relativt få sier at de har skikkethet som en del av beståttkriteriene. Det er grunn til å understreke at en må være meget forsiktig med å trekke konklusjonen at skikkethetsvurdering, til tross for at 20 av de 21 studieprogrammene som omfatter undersøkelsen har dette som krav, i liten grad praktiseres av studieprogrammene. Skikkethetsvurdering kan ligge i kategorien måloppnåelse og/eller arbeidskrav. Det kan også være slik at mange respondenter ser på dette som så selvsagt at det ikke er nevnt i svarene.

#### **Pålagt fjernpraksis**

Data tyder på at det er medisinstudier og sykepleierutdanning som har flest studenter i pålagt fjernpraksis. Hvorfor enkelte utdanninger har pålagt fjernpraksis var ikke et tema i denne undersøkelsen, kun antall studenter, hvor store utgifter og hvem som dekker de ved slik praksis. Selv om flere respondenter henvendte seg til UHR for å avklare hva som lå i spørreskjemaets formulering "pålagt fjernpraksis" er det grunn til å tro at mange respondenter har lagt sin egen fortolkning i det da begrepet ikke var forklart i spørreskjemaet eller følgeskriv.

Dataene i forbindelse med pålagt fjernpraksis er så usikre at det ikke er mulig å trekke noen konklusjoner på grunnlag av disse. Ønskes nærmere innblikk i dette feltet og hvilke utfordringer utdanningene og samarbeidspartnerne står overfor her, anbefales at det foretas mer spesifikke undersøkelser.

## 9.6 Å ha ansvar for noe som pågår på andres hjemmebane – en oppsummerende kommentar på systemnivå

Det følgende er i sin helhet en kommentar til forholdet mellom respondentenes til dels omfattende tekstlige innspill om positive sider ved praksis og deres tilbakemeldinger om utfordringer ved praksis, slik dette er oppsummert i kapittel 4.

De utdanningene det her er snakk om, er alle kjennetegnet av at de skal tilby en kombinasjon av en akademisk grad og et kompetanse- og ferdighetsnivå som svarer til de krav som stilles til autorisasjon for utøvelse av et yrke. Denne kombinasjonen er krevende, men tilbakemeldingene tyder på at den oppfattes som selve kjernen i disse profesjonsutdanningene. Eksterne, veiledede praksisstudier blir åpenbart vurdert som helt avgjørende for å sikre utdanningenes relevans og studentenes sluttkompetanse med tanke på å kunne utøve sitt yrke etter endt utdanning. Dette gjelder også de universitetsstudiene som av økonomiske grunner vurderer å kutte ut ekstern praksis, selv om de har gode alternativer for ferdighetstrening ved universitetssykehusene og i interne klinikker. Som en medisinerutdanning skriver: *”utplassering til allmenntilleggsmedisin eneste mulighet for praktisk opplæring i et av hovedfagene i medisinstudiet”*. Og ifølge universitets- og høgskoleloven er hver utdanning ansvarlig for å kvalitetssikre alle deler av utdanningsforløpet, også praksisstudiene.

For å lykkes med dette oppdraget er utdanningene helt avhengig av praksisfeltets vilje og mulighet til å samarbeide tett om hensikt, mål, volum, kvalitet og finansiering. Tilbakemeldingene om hvilke utfordringer utdanningene opplever med praksisstudiene, tyder på at det her mangler mye på at praksisstudier er et opplevd fellesansvar for utdanningene og praksisfeltet. Her er mye frustrasjon og avmakt knyttet til uttalelser som går på en opplevelse av at UH-sektoren ikke har noen makt eller instruksjonsmyndighet over det praksisfeltet utdanningene er helt avhengig av for å kunne tilby og, ikke minst, kvalitetssikre, praksisstudiene. Man er særlig opptatt av manglende innflytelse på tilgangen til og utvalget av praksisplasser, og veilederes tid til og kompetanse for veiledning. Og ser man på lovverk og føringer for hovedaktørene i praksisfeltet, er ikke utdanningsansvaret som omtales der særlig tydelig konkretisert. For eksempel har ikke spesialisthelsetjenesten et rapporteringskrav på omfang studenter og veiledning som gir uttelling i budsjettsammenheng.

Det legges mye arbeid fra utdanningenes side i å få på plass gode avtaler om samarbeid som dekker alle sider ved kvalitetssikrede praksisstudier. Men også her tyder tilbakemeldingene på at utdanningene opplever å komme til kort i forhold til å identifisere avtalemotparter for avtaler på institusjonsnivå, sikre progresjon i avtalearbeidet, avtalenes innhold og grad av forpliktelse for alle parter og etterlevelse av inngått avtaler. Det er særlig uklarerheter knyttet til ansvars- og oppgavefordeling og finansiering (veilederkostnader primært) som går igjen som de største utfordringene.

*Billedlig sagt kan det se ut til at mange helse- og sosialfagutdanninger opplever situasjonen slik at de har ansvar for å drive fram og videreutvikle et stort og variert blomsterbed, men bedet befinner seg på naboens tomt - og eieren har egen gartner...*



## 10.0 Synspunkter og forslag til tiltak

Arbeids- og referansegruppen har diskutert resultatene av undersøkelsen, og vil her komme med noen synspunkter og forslag til tiltak knyttet til hovedfunnene i undersøkelsen.

- Tiltak for økt kvalitet og relevans i praksisstudiene bør nå sees i sammenheng med flere viktige prosesser som allerede er i gang innad og på tvers av flere departementer og sektorer. Det gjelder særlig implementeringen av Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og behovet for revisjon av rammeplaner, fag- og studieplaner i lys av dette, og Helse- og omsorgsdepartementets intensjon om å gjøre utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk til et eget strategisk tiltak knyttet til gjennomføringen av Samhandlingsreformen.
- Det er fire hovedinteressentgrupper knyttet til kvalitet i praksisstudiene: Studentene, UH-sektoren og utdanningene, helse- og omsorgstjenestene og praksissteder i andre sektorer, og ansvarlige myndigheter ved flere departementer. Selv om Kunnskapsdepartementet (KD) som ansvarlig for utdanningssektoren har et initiativansvar her, må ikke de andre departementenes medansvar for gode rammebetingelser for praksisstudiene bli undervurdert.
- Tiltak bør utredes i form av et overordnet nasjonalt ramme- og avtaleverk, og involvere representanter for alle fire parter. Områder å ta fatt i:
  - **Bedre og mer samordnet lovverk:** Flertallet av de utfordringene som blir synlige i denne undersøkelsen er av en art som krever tydeliggjøring i enkeltlover og samordning av flere lover når det gjelder hvilke krav som stilles til sektorenes og aktørenes medansvar for utdanning og praksisstudier for helse- og sosialfagstudenter. Generelt bør lovverket for tjenestene der praksisstudier gjennomføres, gjennomgå med tanke på om tjenestenes undervisningsplikt er klart nok formulert. I dag fremstår spesialisthelsetjenesteloven og apotekloven som klare på dette området. Når det gjelder kommunehelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven kan formuleringene oppfattes som tolkbare. Bestemmelser om tilrettelegging av praksisstudier og annen undervisning er helt fraværende når det gjelder sosialtjenesteloven og barnevernsloven. Det samme gjelder straffegjennomføringsloven som regulerer fengslene. Opplæringsloven har klar bestemmelse. Praktiseringen av lovverket må også drøftes.
  - **Avtaleverk:** Det bør utvikles en veiledende mal på nasjonalt nivå for samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene. Det er behov for å gjennomgå samtlige lover ikke bare med tanke på om bestemmelsene er klare nok. Formuleringene må bl.a. baseres på drøftinger om hvilket ansvar og hvilke oppgaver tjenestene skal pålegges i forbindelse med praksisstudier og annen undervisning av studenter. I et slikt arbeid er det viktig å se på helheten, dvs. at de også må være tilpasset elever fra videregående skole, studenter fra kliniske videreutdanninger og spesialistutdanningene.

På overordnet nivå bør det komme føringer for rammeavtaler og avledete avtaler mellom kommuner og UH-sektoren, etter samme mal som de regionale samarbeidsavtalene og underliggende avtalenivåer mellom spesialisthelsetjenesten og UH-sektoren.
  - **Finansiering av praksisstudier:** Hvis praksisstudier er viktig for utdanning av helse- og sosialpersonell er det bekymringsfullt at undersøkelsen avdekker at uklarheter og spørsmål omkring finansieringen av praksisstudiene kan gå ut over relevans og kvalitet. Flere studieprogram som ikke er bundet av rammeplan, melder at de av økonomiske grunner har sluttet eller vurderer å slutte å tilby studentene ekstern veiledet praksis.

Dette gjelder særlig praksisstudier som er avhengig av privat sektor, men i alle sektorer meldes det om at det fortsatt for mange studieprogram er en direkte sammenheng mellom betaling for veiledning og tilgang til gode praksisplasser og veiledere.

Hva alle sider ved praksisgjennomføring koster, og hvem som dekker hvilke kostnader hos hvem bør ikke være ukjente eller skjulte størrelser. Hva som går med av ressurser for å utvikle og bruke praksisstudier som en integrert del av en god profesjonsutdanning, bør vektlegges i budsjetteringen av utdanningene. Innsats for utdanning og rekruttering gjennom å tilby gode praksisplasser, god veiledning og tett samarbeid, bør gi direkte uttelling i budsjettsammenheng for praksisstedene.

- **Samarbeidsorganer:** Dagens ordning med regionale samarbeidsorganer er formalisert kun for spesialisthelsetjenestens samarbeid med UH-sektoren. Det er behov for tilsvarende grep for samhandling om praksis i kommunesektoren. I forbindelse med Samhandlingsreformen bør nåværende og mulige strukturer vurderes på nytt, slik at hensiktsmessige samarbeidsformer tilpasses en ny struktur.
- **Veilederrollen og veilederkompetanse:** Funksjonen som praksisveileder må tillegges vekt og betydning både for arbeidsgiver og ansatte som skal ha, og helst ønsker å ha, denne viktige rollen. Stadige tilbakemeldinger om at det å ta imot og veilede studenter mest oppleves som en merbelastning for veileder og praksissted, må det gjøres noe med. Det bør
  - stilles krav om formalisert veiledningskompetanse hos praksisveilederne,
  - gis tid i stilling til egen kompetanseutvikling,
  - tid i stilling til å fungere som en god veileder.

Lærerutdanningenes øvingslæreravtale er et eksempel på hvordan partene kan fremforhandle og bruke en avtale som sikrer stabilitet, forutsigbarhet og et rammeverk for vurdering av kvalitet i praksisstudiene. Samtidig er det ikke sikkert at øvingslæreravtalen bør være et forbilde: Sentrale avtaler mellom partene i arbeidslivet og knyttet opp mot tarifforhandlinger, legger føringer som begrenser utdanningsinstitusjonenes handlingsrom.

- **Utdanningenes relevans og kvalitet** henger nøye sammen med dialogen med praksisfeltet om sammenhengen mellom praksisstudier og øvrig undervisning, og innhold og læringsmål for praksisperiodene.
  - Det bør gjøres et arbeid for i større grad å avklare praksisfeltets ansvar og rolle i et partnerskap for god utdanning. Dette vil være i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets intensjoner om å gjøre utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk til et strategisk tiltak under Samhandlingsreformen.
  - Det bør legges til rette for økt bruk av kombinerte stillinger - både for ansatte med forskning som del av stilling, og fagpersoner uten Phd- grad som ønsker å fungere i forhold til studentene på begge læringsarenaer.
- **Studentenes læringsutbytte per praksisperiode** bør løftes fram som eget tema i dialogen mellom partene, med et særlig oppfølgingsansvar for KD og NOKUT. Mer felles vurderingskriterier for bestått praksis bør utarbeides innad og på tvers av profesjonsutdanningene. Studentene er opptatt av at mer felles retningslinjer for veilederoppgaven vil sikre mer lik behandling av studenter i praksis.

- **Løpende skikkethetsvurdering** bør inngå i vurderingskriteriene for praksis. Av det følger at praksissted og praksisveiledere må ta mer av ansvaret for å kjenne til og kunne følge opp Forskrift om skikkethetsvurdering. Utdanningene må støtte opp om dette arbeidet, og sørge for at praksisstedet opplever dette ansvaret som reelt.
  - **Det bør utarbeides nasjonale føringer for kostnadsdekning for studenter ved utdanningenes bruk av pålagt fjernpraksis.** Variasjonen nå er stor, og oppleves urimelig og i strid med et lovfestet gratisprinsipp for høyere utdanning. Se resolusjonsvedtak fra Studentenes Landsforbund på dette temaet, vedlegg 11.
- **Særlig om utfordringer knyttet til volum studenter, og til hvor og hvor lenge de er i praksis**  
Resultatene viser at det er et stort og økende antall studenter utdanningene forventer at praksisfeltet skal finne gode praksisplasser til. Presset på spesialisthelsetjenesten er spesielt stort. Spørsmål som blir reist er om praksisfeltet nærmer seg tålegrensen for hvor mange studenter som til enhver tid kan tas imot på en god måte. Samtidig er det klart at det er behov for en vesentlig økning i utdanningskapasiteten på visse områder for å kunne møte morgendagens utfordringer, særlig i helsesektoren. Hva kan gjøres?  
Noen forslag:
    - Vurdere dimensjoneringen av utdanningskapasiteten i forhold til praksisfeltets kapasitet som praksisarena i et nasjonalt og regionalt perspektiv
    - Endre rammeplaner i mer veiledende retning slik at det blir lettere, særlig for sykepleierutdanningene, å bruke større deler av praksisfeltet til praksisstudier
    - Se på inn den store variasjonen mellom utdanningsprogrammene når det gjelder krav til omfang ekstern veiledet praksis. Det aktualiserer spørsmål om hvorfor man skal ha praksisstudier overhodet, og hva praksisstudier skal være for den enkelte utdanningstype.
      - Hvorfor denne variasjonen? Hva er argumentene for mye eller lite ekstern veiledet praksis? Hva er lengden på en god praksisperiode? Hvordan kan svaret på dette variere så mye som resultatene her tyder på?
      - Hva er argumentene for at sykepleierstudenter skal ha så mye mer praksis enn alle andre helsefagutdanninger? Her er detaljstyring også fra EU-direktiv 2005/36EU/EØS en utfordring, men problemstillingen bør reises likevel.
      - Kan forholdet mellom ferdighetstrening og ekstern praksis i flere av utdanningene endres, slik at studentene har "tørrtrent" mer før de kommer ut?
    - Se nøyer på hvordan profesjonsgruppene bruker spesialisthelsetjenesten som praksisarena:
      - Er det gode grunner fra at alle profesjonsgruppene som er i praksis der nå, faktisk må være der for å nå læringsmålene for praksisperioden? Eller kan det være at vanetenkning bør utfordres slik at alternative praksisarenaer og -plasser kan by på like gode muligheter for å sikre sammenhengen mellom læringsmål og læringsutbytte for studentene?
      - Når i studieforløpet er praksis i spesialisthelsetjenesten riktig bruk av ressurser og spisskompetanse?
      - Kan arbeidet med implementering av Samhandlingsreformen bidra til at kommunehelsetjenesten overtar mer av volumet praksisstudier, både i antall og typer studenter, og i antall studentukeverk i praksisfeltet?

- Vurdere mulighetene for tverrdepartemental støtte for et tettere samarbeid mellom praksisfeltet og utdanningene om utarbeiding av fag- og studieplaner. Det er en utfordring for partene at presset på praksisstedene kommer i intensive perioder og skaper slitasje og motstand mot å ta imot studenter. Et tettere samarbeid på fag- og studieplannivå vil kunne ha betydning både for utdanningenes relevans, og for en mer optimal dimensjonering og utnyttelse av praksisfeltet og praksisplassene gjennom studieåret.
- **Privat sektor som praksisarena:**  
Kommunehelsetjenestelovens undervisningsplikt synes ikke å ha tilstrekkelig effekt i forhold til aktuelle praksissteder i privat sektor utenfor spesialisthelsetjenesten.
  - Det er et særlig behov for å avklare og forbedre det offentliges ansvar for finansieringen av kostnader knyttet til mottak og veiledning av studenter i praksis.
  - Det er også behov for mer samhandling mellom utdanningene og representanter for ulike praksisarenaer for å sikre en bedre koordinering av hvordan praksisfeltet i privat sektor kan utnyttes som praksisarena ut fra forholdet mellom antall studenter og antall praksisplasser.

Det gode eksempelet er måten praksisstudiene for farmasistudenter er håndtert. Her har arbeidsgiversiden i alle år tatt et ansvar for å tilrettelegge for studenters praksis i apotek, også økonomisk. Den økonomiske siden av saken er under endring, men Apotekforeningen spiller en nøkkelrolle fortsatt. På Apotekforeningens nettside kan man lese følgende:

*”Apotekforeningen har etter henvendelse fra Nasjonalt råd for profesjonsutdanning i farmasi påtatt seg å koordinere en pool av praksisapotek for farmasøyter. Arbeidet med å organisere praksispoolen utføres i samarbeid med kjedene og praksiskoordinatorerne ved utdanningsinstitusjonene. Det er svært viktig at praksistiden i apotek oppleves som positiv, lærerik og nyttig for studentene. Med fem farmasøytiske utdanningssteder er det mange studenter som skal ut i praksis hvert år, til ulike tidspunkt. Det er ressursbesparende og sikrer kvaliteten i arbeidet både for apotek og for utdanningsinstitusjonene at dette koordineres av én instans; Apotekforeningen. Entydige og felles krav til praksisapotek og veiledere er viktig, og det er enklere å administrere dette ut fra en felles praksispool.” (<http://www.apotek.no/utdanning-og-arbeid/praksispool.aspx>)*

Kunne man se for seg at også andre bransjeforbund påtok seg en lignende rolle? Og at andre av Universitets- og høgskolerådets profesjons- og fagråd kunne spille en rolle i en slik utvikling?

- **Lege- og fysioterapipraksis i primærhelsetjenesten** representerer en blanding av kommunal og privat sektor.
  - Arbeidet med nye lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene bør ta opp muligheten for å legge mottak og veiledning av studenter inn i fastlegeavtalene og driftsavtalene for fysioterapeuter.
  - Legekontorer og medisinske sentra er aktuelle som praksisarena ikke bare for medisinerstudenter. Andre profesjoner vil også ha nytte av tilgang til praksis her, så innføring av en eventuell undervisningsplikt i avtaleverket bør formuleres generelt.
- **Utplassering til praksissteder som går inn under sosialtjenesten, barnevernstjenesten og NAV** skjer både i offentlig og privat sektor, og utdanningene melder om problemer med å få tilgang til nok plasser og god veiledning i denne sektoren. Verken kommunehelsetjeneste- eller sosialtjenesteloven har fungert godt nok med hensyn til tydelig forpliktende føringer for mottak og veiledning av alle typer studenter i praksis.
  - Lovverket bør samordnes og styrkes, og medansvar for utdanning og praksisstudier bør tydeliggjøres overfor NAV som system.

- **Praksismuligheter og -betingelser for helse- og sosialfagstudenter i barnehager og skoleverk** må styrkes. Denne sektoren har ordnede avtaleforhold og avklart økonomi når det gjelder å veilede lærerstudenter. Tilsvarende avtaler mangler når det gjelder veiledning av helse- og sosialfagstudenter i samme sektor.
- **Bruken av samarbeidsmidler** til praksisutviklende samarbeidsprosjekter henger nøye sammen med inngåelse av avtaler på institusjonsnivå om utplassering og veiledning av studenter i praksis. Det praktiseres en ganske direkte sammenheng mellom antall studenter i praksis og volum praksismidler. Dette har ført til at små og/eller spredte fagmiljøer med begrenset mulighet for å ta imot studenter, opplever omleggingen fra veilederhonorar til samarbeidsmidler kun som noe demotiverende: De har mistet en symbolsk og direkte honorering for egen innsats, uten å få del i det som er kommet i stedet.
  - Som tidligere nevnt, må et avtalehierarki på plass som regulerer samarbeidet mellom partene om praksisstudienes form og innhold. I arbeidet med dette bør partene også se på muligheter for å avtalefeste støtte til arbeid med nye samarbeidsmodeller på tvers av flere praksissteder, eventuelt også flere høgskoler. Et større samlet studentvolum vil da kunne utløse samarbeidsmidler nok til å kunne realisere utviklingsprosjekter som oppleves relevante for flere parter.

#### **FORSLAG TIL NYE UNDERSØKELSER**

##### **1) Hva koster praksis?**

Kostnader og kostnadsdekning, og hvem som har ansvar for hva, er et gjennomgangstema når partene skal samarbeide om gjennomføring, kvalitetssikring og utvikling av praksisstudiene for helse- og sosialfagstudenter. Denne undersøkelsen ga ikke nok informasjon om noen av partenes faktiske kostnader. For helsetjenestens del skal det å ta imot studenter i praksis være dekket innenfor eksisterende rammebevilgninger. Det er grunn til å tro at det likevel vil være av nytte for videreutviklingen av samarbeidet om kvalitet og relevans å få synliggjort hvilke ressurser som faktisk settes inn overfor hvor mange studenter, når og hvor lenge per år. En kartlegging av alle parters indirekte og direkte kostnader ved praksis vil også bli et bidrag til nødvendig avklaring av hvordan ulike elementer i bildet skal forstås, verdisettes og omtales.

##### **2) Hvordan ser praksisfeltet på sitt medansvar for praksisstudiene?**

Praksisfeltets aktører var ikke inkludert i denne undersøkelsen. Det ville gi et betydelig bedre diskusjons- og handlingsgrunnlag om man også fikk en bedre oversikt over hvordan praksisstedene ville ha svart på omtrent samme type spørsmål: Type studenter, volum studenter, kontakt med utdanningene, veilederoppgaven, kvalitetssikring, ressursbruk osv.

##### **3) Evaluering av ordningen med samarbeidsmidler**

Ordningen med samarbeidsmidler ble etablert fra og med 2006. De er snakk om betydelige midler som settes av. Fra starten av var det lagt opp til liten grad av rapportering. Konsultasjoner med Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet viser at det foreligger svært lite opplysninger om bruken av midlene. I forbindelse med denne undersøkelsen har det kommet inn en del data om aktuelle prosjekter som er iverksatt. Ordningen går nå inn i sitt femte år, og det bør gjennomføres en evaluering av hvorvidt ordningen faktisk fungerer etter hensikten.

## Litteratur

- Haugdal, B.K. (2009). *Revidering av akkrediterte sykepleierutdanninger. Kvaliteten i praksisstudiene*. Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen: NOKUTS utredninger og analyser.
- HOD (2006): Helse- og omsorgsdepartementet (15.09.2006). Brev til de regionale helseforetakene vedrørende *Praksisundervisning for helse- og sosialfagstudenter – omlegging fra "praksisveiledningsmidler" til "samarbeidsmidler"*.
- Molander A, Terum LI (red.). (2008) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo
- NOKUT (2008) "*Kriteriegrunnlaget for evaluering av universiteters og høgskolers kvalitetssikringssystem for utdanningsvirksomheten.*"
- NOKUT (2009) *Revidering av akkrediterte sykepleierutdanninger. Kvaliteten i praksisstudiene*. Rapport 2009. NOKUTS utredninger og analyser. NOKUT, Oslo
- NOKUT (2009) *Strategiplan. Strategi for videreutvikling av NOKUT 2010-2014*. NOKUT, Oslo
- NoU 2008:3 (Stjernø-utvalget). *Sett under ett. Ny struktur i høyere utdanning*.
- NoU 2009:8 (Befring-utvalget): *Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning*.
- St. meld. nr 47 (2008 - 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- St.meld. nr. 11 (2008-2009) *Læreren Rollen og utdanningen*; kap 6
- St.meld.nr.7 (2007-2008) *Statusrapport for Kvalitetsreformen i høgere utdanning*
- UFD (2005): Utdannings- og forskningsdepartement (22.12.2005) Brev til statlige og private høgskoler med helse- og sosialfaglige utdanninger vedrørende *Praksisundervisning for helse- og sosialfagstudenter ved statlige og private høgskoler*.

### UTVALG AV RELEVANT LOVVERK

- Forskrift om rammeplan for grunnskolelærerutdanningene for 1.–7. trinn og 5.–10. trinn (2010)
- LOV 2009-12-18-137: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- LOV 2009-06-19-103: Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova)
- LOV 2006-12-22-100: Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)
- LOV 2009-12-18-131: Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen ("NAV-loven")
- LOV 2009-12-11-130: Lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
- LOV 2009-06-19-71: Lov om apotek (apotekloven)
- LOV 2005-04-01 nr 15: Lov om universiteter og høgskoler (universitets- og høgskoleloven)
- FOR 2006-06-30 nr 859: Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning.
- FOR 2010-02-01 nr 96: Forskrift om kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i høyere utdanning og fagskoleutdanning.
- LOV 2010-04-09-14: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- LOV 2006-05-19-16: Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

## NOEN NYTTIGE LENKER

- EUs yrkesdirektiv: Direktiv 2005/36:  
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:da:PDF>
- NSD: Database for statistikk om høgre utdanning (DBH) <http://dbh.nsd.uib.no/>
- Rammeplanene, Kunnskapsdepartementet:  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter\\_planer/planer/2006/rammeplaner-for-hoyere-utdanning.html?id=587302](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter_planer/planer/2006/rammeplaner-for-hoyere-utdanning.html?id=587302)
- <http://tuning.unideusto.org/tuningeu/>
- WFOT: <http://www.wfot.org/>
- ECOO European Diploma in Optometry <http://www.ecoo.info/mm/ENGLISH.pdf>
- Europsy: <http://www.efpa.eu/europsy/what-is-europsy>
- Om innføringen av et Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk,  
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hoyere\\_utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk.html?id=564809](http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/hoyere_utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk.html?id=564809)
- <http://www.apotek.no/utdanning-og-arbeid/praksispool.aspx>

## Vedlegg

Vedleggene til rapporten er omfattende, men viktige for dem som vil gå mer inn i bakgrunns materialet til grunn for resultatkapitlene i selve rapporten.

Vedleggsdelen gjøres tilgjengelig som eget dokument, slik at det er mulig å laste ned hovedrapporten og vedleggsdelen hver for seg.

Først følger spørreskjemaet og relevante dokumenter i forbindelse med det, før vedlegg som viser hvordan det ble arbeidet med metodiske utfordringer i materialet.

Vedlegg 7 gir innsyn i analysen av materialet gruppert etter profesjonsgruppe for å se på likhet og variasjon i student- og ukevolum og bruk av praksisfeltet mellom studieprogram i samme gruppe.

Vedlegg 10 gir en viktig oversikt over innrapporterte samarbeidsprosjekter per 2008-2009.

Obs: Vedleggsdelen har sin egen sidenummerering og nummerering av tabeller.

# VEDLEGGSEDELEN TIL UHR-RAPPORT OM PRAKSIS

VEDLEGG.....	1
<b>V1 Henvendelsesbrev og spørreskjema.....</b>	<b>4</b>
<b>V2 KDs brev 2005 og 2006 vedrørende samarbeidsmidler .....</b>	<b>52</b>
<b>V3 Oversikt over grep gjort med rådata forut for analyser basert på modifisert praksisarenakart .....</b>	<b>57</b>
<b>V4 Problemer med tolkning på tvers av studieprogrammene av sumtall for oppgitt antall uker i praksis per praksisarena .....</b>	<b>58</b>
<b>V5 Oversikt over fordelingen av studieprogram per helseregion .....</b>	<b>61</b>
<b>V6 Oversikt over profesjonsutdanningenes rapporterte bruk av subarenaer for praksisstudier i privat sektor .....</b>	<b>62</b>
<b>V7 Resultater per profesjonsutdanning .....</b>	<b>64</b>
V7.1 Barnevernspedagogutdanningene.....	64
V7.2 Bioingeniørutdanningene.....	67
V7.3 Ergoterapeututdanningene.....	69
V7.4 Farmasiutdanningene .....	72
V7.5 Fysioterapeututdanningene.....	74
V7.6 Jordmorutdanningene.....	76
V7.7 Medisinerutdanningene.....	77
V7.8 Psykologutdanningene.....	79
V7.9 Radiografutdanningene.....	82
V7.10 Sosionomutdanningene .....	84
V7.11 Sykepleierutdanningene .....	87
V7.12 Tannhelseutdanningene:Tannlege-, tannpleier- og tannteknikerutdanning.....	90
V7.13 Vernepleierutdanningene .....	93
V7.14 Profesjonsutdanninger som tilbys ved kun en UH-institusjon i landet.....	96
<b>V8 Bakgrunn for dagens organisering i to samarbeidsorganer .....</b>	<b>98</b>
<b>V9 Oppsummert positive svar på spørsmål om samarbeidsavtale per praksisarena .....</b>	<b>107</b>
<b>V10 Aktuelle samarbeidsprosjekter 2008-2009 .....</b>	<b>109</b>
<b>V11: Resolusjon fra Studentenes Landsforbund om økonomiske merutgifter i pålagt fjernpraksis .....</b>	<b>128</b>



## Tabelliste for vedleggene:

Tabell 1: Oversikt over subarenaer ingen respondent benyttet, og som er tatt ut av videre analyser .....	57
Tabell 2: Oversikt over hvilke subarenaer og hovedarenaer som er slått sammen .....	57
Tabell 3: Tannlege-, tannpleier- og tannteknikerutdanningenes rådatasvar mht antall studenter og antall uker i ekstern veiledet praksis i offentlig tannhelsetjeneste studieåret 2007-2008 .....	59
Tabell 4: Barnevernspedagogutdanningene (11 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena, studieåret 2007-2008 .....	64
Tabell 5: Variasjon i 11 barnevernspedagogutdanningers bruk av aktuelle praksisarenaer .....	65
Tabell 6: Barnevernspedagogutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker det er studenter ute i praksis på samme type praksisarena i løpet av studieåret .....	66
Tabell 7: Bioingeniørutdanningene (7 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	67
Tabell 8: Bioingeniørutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer .....	67
Tabell 9: Bioingeniørutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena .....	68
Tabell 10: Ergoterapeututdanningene (5 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	69
Tabell 11: Ergoterapeututdanningene: Variasjon i studieprogrammets bruk av aktuelle praksisarenaer .....	70
Tabell 12: Ergoterapeututdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker studentene er i praksis per praksisarena .....	71
Tabell 13: Farmasiutdanningene (5 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	72
Tabell 14: Farmasiutdanningene: Variasjon i studieprogrammets bruk av praksisarenaer .....	72
Tabell 15: Farmasiutdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker studentene er i praksis per praksisarena .....	73
Tabell 16: Fysioterapeututdanningene (4 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	74
Tabell 17: Fysioterapeututdanningene: Variasjon i studieprogrammets bruk av aktuelle praksisarenaer ....	75
Tabell 18: Fysioterapeututdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker i praksis per praksisarena i løpet av studiet .....	75
Tabell 19: Jordmorutdanningene (5 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	76
Tabell 20: Jordmorutdanningene: Variasjon i studieprogrammets bruk av praksisarenaer .....	76
Tabell 21: Jordmorutdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker i praksis per praksisarena .....	77
Tabell 22: Medisinerutdanningene (4 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	78
Tabell 23: Medisinerutdanningene: Variasjon i studieprogrammets bruk av praksisarenaer .....	78
Tabell 24: Medisinerutdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker i praksis per praksisarena .....	78
Tabell 25: Psykologutdanningene (4 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	79
Tabell 26: Psykologutdanningene: Variasjon i studieprogrammets bruk av aktuelle praksisarenaer .....	80
Tabell 27 : Psykologutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena .....	81
Tabell 28: Radiografutdanningene (6 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008 .....	82

Tabell 29: Radiografutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer .....	82
Tabell 30: Radiografutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena.....	83
Tabell 31: Sosionomutdanningene (12 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008.....	84
Tabell 32: Sosionomutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer .....	85
Tabell 33: Sosionomutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena.....	86
Tabell 34: Sykepleierutdanningene (28 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008.....	87
Tabell 35: Sykepleierutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer .....	88
Tabell 36: Sykepleierutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena.....	89
Tabell 37: Tannlegeutdanningene: Arenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet .....	90
Tabell 38: Tannpleierutdanningene: Arenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet .....	91
Tabell 39: Tannteknikerutdanningen: Arenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet .....	91
Tabell 40: De 7 tannhelseutdanningenes bruk av 5 praksisarenaer .....	92
Tabell 41: Hvordan de 5 studieprogrammene bruker den offentlige tannhelsetjenesten som praksisarena ..	92
Tabell 42: Vernepleierutdanningene (12 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008.....	93
Tabell 43: Vernepleierutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer .....	94
Tabell 44 : Vernepleierutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena.....	95
Tabell 45: Velferdsviterutdanning 2007-2008: Praksisarenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet .....	97

## V1 Henvendelsesbrev og spørreskjema



**UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET**

The Norwegian Association of Higher Education Institutions

Til profesjonsutdanningene  
innen helse- og sosialfag (herunder også  
farmasi, medisin, odontologi og psykologi  
ved landets universiteter, høyskoler og private  
høyskoler

Dato: 22.6.2008

Vår ref.: 08/25-15 TRT

### **Oppstart av prosjekt vedr. organisering og finansiering av praksisstudier**

Universitets- og høyskolerådet arbeider med et prosjekt med følgende formål

- Beskrive omfang, organisering og finansiering av praksisstudiene for helse- og sosialfagutdanningene i statlig, fylkeskommunal, kommunal og privat sektor med tanke på å identifisere sterke og svake sider ved dagens ordninger
- Kartlegge finansieringen av praksisstudiene innenfor alle praksisområder
- Ved prosjektets avslutning skal arbeidsgruppen foreslå eventuelle tiltak som bør iverksettes innad i sektoren og/eller overfor Kunnskapsdepartementet og evt. andre departementer og samarbeidspartnere for å forbedre praksisstudiene.

Prosjektet omfatter både universitetenes profesjonsutdanninger innen medisin, odontologi, farmasi, psykologi samt høyskolenes og de nye universitetenes bachelorutdanninger innen øvrige helse- og sosialfag.

Bakgrunnen for prosjektet er sammensatt. I hovedsak ønsker en å kartlegge organisering (herunder kvalitetssikring) og finansiering av praksisstudiene innen spesialisthelsetjenesten, kommunehelse- og sosialtjenesten innenfor både offentlig og privat sektor. Med finansiering i denne sammenhengen menes bruk av utdanningsinstitusjonenes penger, enten som direkte betaling til veileder eller praksissted, eller brukt til kvalitetsforbedrende tiltak og samarbeidsprosjekter. For flere av utdanningene er det nylig foretatt en omlegging i bruken av midlene som før ble brukt til veilederhonorar. Flere av utdanningsinstitusjonene og deler av praksisfeltet oppfatter omleggingen som vanskelig å gjennomføre bl.a. på grunn av uklare signaler. Det praktiseres ulike ordninger for finansiering både av samme og ulike typer praksis. Det er ulik og mangelfull lovgivning innenfor feltet. Mange har erfaringer med manglende oppfølging av avtaler. Det erfarer også manglende løsninger når det gjelder konkurranse om praksisplassene. En oversikt over hvilke ordninger som gjelder praksisstudiene, og hvilke sider ved disse som fungerer og ikke fungerer, vil danne et godt

grunnlag for UHRs videre arbeid med saken. Utdanninger og utdanningsinstitusjoner hvor man har ordninger som fungerer kan gi viktige bidrag når det gjelder å finne løsninger for de som har problemer.

I arbeidet med dette prosjektet har vi drøftet hva vi mener med begrepet "praksisstudier". Det har vært viktig å komme fram til en felles forståelse av dette slik at det skal være mulig å besvare undersøkelsen. Definisjonen på praksisbegrepet foreligger i vedlagte veileder.

For å innhente den informasjonen som er nødvendig, og for å gjøre det så enkelt som mulig har vi utarbeidet et sett med spørsmål som ønskes besvart. Vi har utarbeidet en prosedyre som er beskrevet i vedlagte veileder.

Prosjektet er organisert med en prosjektgruppe bestående av:

Venche Hvidsten, universitetslektor, Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger, gruppens leder

Elisabeth Rørvik Moen, studieleder, avd. for helsefag, Høgskolen i Nord-Trøndelag

Kristin Nordseth, kontorsjef, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo,

Britt Ingjerd Nesheim, professor, prodekan for undervisning, Medisinsks fakultet, Universitetet i Oslo,

Morten Rykke, professor, prodekan for studier, Odontologisk fakultet, Universitetet i Oslo,

Tor Rynning Torp, seniorrådgiver, Universitets- og høgskolerådet, gruppens sekretær.

Det er også etablert en referansegruppe som vil bli bedt om å drøfte sentrale funn fra undersøkelsen når denne er oppsummert. Denne gruppen består av ulike interessenter i prosjektet som f.eks. Kunnskapsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Barne- og likestillingsdepartementet, et utvalg fagforeninger, pasientombud, bransjeorganisasjoner m.fl.

Dersom du har spørsmål til dette kan du kontakte rådgiver Tor Rynning Torp i Universitets- og høgskolerådet, e-post [tor.rynning.torp@uhr.no](mailto:tor.rynning.torp@uhr.no) tlf. 22 45 39 53 / 90742286.

**Svarfrist er satt til 15. september 2008.**

Med vennlig hilsen

Venche Hvidsten  
prosjektleder

Tor Rynning Torp  
seniorrådgiver

## **Veiledning til spørreskjema i forbindelse med kartlegging av omfang, organisering, kvalitetssikring og finansiering av praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene**

### **1. Innledende punkter**

1.1 Det skal fylles ut ett skjema for hvert studieprogram (se pkt. 2.3 Sentrale begreper)

1.2 I denne undersøkelsen kartlegges hovedsakelig **studieåret høst 2007/vår 2008**. Der hvor andre tidsenheter gjelder er dette angitt i spørsmålene.

1.3 Bli kjent med spørsmålene vi stiller og spørreskjemaet. Spørsmålene følger som eget vedlegg. Dersom noen av spørsmålene er uklare kan Tor Rynning Torp kontaktes på e-post [tor@uhr.no](mailto:tor@uhr.no) evt. tlf. 22453953 / 90742286.

**NB! Merk at dette vedlegget med spørsmål kun er en hjelp for den som skal besvare spørsmålene. Svarene på spørsmålene legges inn i det web-baserte spørreprogrammet!**

1.4. Når dere har klart for dere hva dere vil svare på spørsmålene skrives svarene inn i et web-basert spørreprogram (se pkt. 1.7 for lenke til programmet).

1.5 Legg inn svarene fortløpende. Arbeidet i det webbaserte spørreprogrammet må

gjennomføres i en økt. NB! **Av tekniske grunner er det ikke mulig å bla tilbake i programmet! Det er derfor viktig at skjemaet fylles ut korrekt.**

1.6 Ved fullføring blir det stilt spørsmål om det skal tas utskrift av svarene, om det skal sendes på e-post eller om det ikke skal gjøres noe. I tilfelle man ønsker utskrift og denne enten ikke kommer, eller man glemmer det, så kan utskrift fås tilsendt via e-post ved henvendelse til [tor@uhr.no](mailto:tor@uhr.no)

1.7 Spørreprogrammet kommer du til ved å følge denne lenken:

<http://web.refleks.com/?surveyid=32563> Skulle du ikke få det til å virke går du inn på [www.refleks.no](http://www.refleks.no) I venstre marg er det et felt med overskrift "**Svar på undersøkelse**". Under teksten er det en boks hvor tallene [32563](#) tastes inn. Klikk deretter på "**Gå videre**". Da kommer man til åpningssiden for spørreundersøkelsen.

### **2. Kommentarer til spørsmål samt begrepsavklaringer**

#### *2.1 Praksisstudier*

Det som kalles praksisstudier i noen sammenhenger kalles kliniske studier i andre sammenhenger. For å unngå misforståelser har vi forsøkt å definere innholdet i begrepet praksisstudier, se pkt. 2.3, Sentrale begreper.

#### *2.2 Undersøkelsens inndeling*

Undersøkelsen omfatter følgende områder:

1. Basisopplysninger
2. Offentlige spesialisthelsetjenester

3. Offentlige, fylkeskommunale helsetjenester
4. Kommunehelsetjeneste
5. Kommunal – og statlig sosialtjeneste, barneverntjeneste samt NAV-kontor
6. Privat sektor – spesialisthelsetjeneste
7. Privat sektor - virksomhetsområder med driftsavtale innen kommunal helsetjeneste
8. Annen praksis innen privat sektor
9. Barnehage og skoleverket
10. Praksis i utdanningsinstitusjon
11. Kvalitetssikring
12. Utdanningsinstitusjonenes utgifter til gjennomføring av praksisstudier
13. Gjennomføring av praksisstudier

I punktene 2 til og med 10 vil vi kartlegge hvor studentene gjennomfører praksisstudier, i hvilket omfang og om praksis er regulert i samarbeidsavtaler. De tre spørsmålstypene som går igjen i disse delene av undersøkelsen blir kommentert nedenfor.

For å få et inntrykk av omfanget er det to spørsmål som gjentas. F.eks. 2.3.1: *”Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av et studieår gjennomfører praksis i sengepost.”*

En enkel måte å skaffe seg en oversikt over antallet studenter kan være å benytte en slik hjelpetabell:

<b>Sykepleier</b>	<b>Antall studenter heltid</b>	<b>Antall studenter deltid</b>
1. år	25	0
2. år	25	20
3. år	0	20
4. år	0	0
<b>Sum</b>	<b>50</b>	<b>40</b>

**TIPS:** *Dersom du vil bruke tabellen over som en hjelp til å regne ut svaret på spørsmålet, kan du sette markøren inne i tabellen og dobbeltklikke. Da gjøres tabellen om til et aktivt Excel regneark. Meny for Excel fremkommer øverst i skjermbildet. NB! Tabellen skal ikke legges inn i det web-baserte spørreskjemaet, bare resultatet.*

I eksempelet er det brukt sykepleierutdanning med både heltids- og deltidsstudenter. Det er ofte en tidsforskyvning mellom heltid og deltid med tanke på når i studiet samme type praksis forekommer.

Svaret på dette spørsmålet er følgelig 90 studenter i studieprogrammet som i løpet av et studieår gjennomfører praksis i sengepost. Tallet 90 er det som skal skrives inn i svarfeltet i spørreskjemaet.

Det neste spørsmålet som går igjen i undersøkelsen er f.eks. 2.3.2 *”Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av et studieår gjennomfører praksis i sengepost.”*

I de fleste tilfellene har deltidsstudentene like mange praksistimer pr uke som heltidsstudentene. I de tilfelle hvor praksis organiseres med færre timer pr uke en fulltidspraksis foretas en omregning til hele uker.

<b>Sykepleier</b>	<b>Antall uker pr student heltid</b>	<b>Antall uker pr student deltid</b>
1. år	5	0
2. år	10	5
3. år	0	10
4. år	0	0
<b>Sum</b>	<b>15</b>	<b>15</b>

I og med at heltids- og deltidsstudenter i utgangspunktet har samme praksisforløp med unntak av noe forskyvning i tid, er det for så vidt ikke nødvendig med to kolonner i tabellen. Kolonnen til høyre vil derfor bare være aktuell dersom deltidsstudentene faktisk har avvikende tid i praksis sammenliknet med heltidsstudentene.

Svaret på dette spørsmålet er at hver student har 15 ukers praksis i sengepost i løpet av studieprogrammet. Følgelig skal tallet 15 skrives inn i svarfeltet i spørreskjemaet.

*Spørsmål 11.2.1 Hvilke bestemmelser hjemler og regulerer praksisstudienes mål, formål, omfang, innhold og arenaer?*

Spørsmålet har sin bakgrunn i at noen utdanninger er underlagt bestemmelser i form av spesielle direktiver fra EU og/eller forskrifter hjemlet i universitets- og høgskoleloven. Ulike sektorer, som f.eks. spesialisthelsetjenesten og apotekene har en lov hjemlet forpliktelse til å ta i mot studenter. Vi ønsker å få kartlagt både formalgrunnlaget for utdanningenes praksisstudier og de ulike tjenestenes forpliktelse til å ta i mot studenter.

*Spørsmål 11.2.3 Hvilke ordninger finnes for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på det yrkesfeltet studentene utdannes til?*

Universitetene og høgskolene har en lovfestet institusjonell akademisk frihet. Samtidig gir UH-loven anledning til å fastsette både rammeplaner og kvalifikasjonsrammeverk. Det siste er bl.a. for å sikre samfunnets behov for bestemte typer kompetanse. Vi ønsker å kartlegge sikringen av praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på sluttkompetansen for studiet.

### *2.3 Sentrale begreper*

#### **Praksisstudier**

Praksisstudier kjennetegnes av at studenten for en tidsbestemt periode befinner seg i en situasjon hvor han/hun skal arbeide omtrent som en yrkesutøver. Kravene til oppgaver, omfang og utførelse vil være ulike avhengig av hvor i studieforløpet studenten befinner seg.

Som eksempler på praksis kan nevnes sykepleiestudenters praksis i sykehusavdeling, sosionomstudenters praksis ved sosialkontor, psykologstudenters terapeutpraksis innen psykisk helsevern, medisinerstudenters praksis i primærhelsetjenesten, tannteknikerstudenters praksis i tanntekniske laboratorier osv. Situasjonen er som oftest kjennetegnet av at praksisstudiene gjennomføres utenfor utdanningsinstitusjonens egen ramme og at en fagperson på praksisstedet er veileder.

#### **Samarbeidsavtale**

I denne sammenhengen forstås samarbeidsavtale som et skriftlig dokument som regulerer forholdet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted. Avtalene kan være inngått på ulike nivåer. Vanlige momenter å finne i en

samarbeidsavtale er:

- studentenes rettigheter og plikter
- vurdering av studenten ved avsluttet praksis
- praksisstedets rettigheter og plikter
- veiledning
- økonomiske forhold
- forsknings- og utviklingsarbeid
- utdanningsinstitusjonens rettigheter og plikter

**Studieprogram:**

Med studieprogram menes en utdanning (f.eks. sykepleierutdanning) og inkluderer både fulltids- og deltidsstudentene. I de tilfellene hvor en utdanningsinstitusjon tilbyr studieprogrammet i forbindelse med fler-campus eller filialløsninger fylles det ut et samlet skjema for studieprogrammet som den enkelte institusjon er ansvarlig for. Dersom en institusjon har filialvirksomhet i en annen helseregion enn hovedcampus fylles det ut eget skjema for dette studietilbudet. NB! I tilfelle med fjernpraksis i annen helseregion samtidig som studenten er knyttet til "moderinstitutionen" telles praksis med i moderinstitutionens skjema. Har et fakultet eller en avdeling f.eks. fire studieprogrammer skal det fylles ut et skjema for hver utdanning.





## UNIVERSITETS- OG HØGSKOLERÅDET

The Norwegian Association of Higher Education Institutions

Til medlemmene i Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning:

Ledelsen i UHRs helse- og sosialfaglige organer –

***Nasjonalt profesjonsråd for psykologiutdanning:***

***Nasjonalt profesjonsråd for farmasiutdanning:***

***Det nasjonale fakultetsmøtet for odontologiske fag***

***Det nasjonale dekanmøtet i medisin***

***Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning***

har tidligere blitt enige om å gjennomføre et kartleggingsprosjekt vedr. organisering, finansiering og kvalitetssikring av praksisstudier. Undersøkelsen er nå klar til å gjennomføres. Det skal fylles ut ett skjema for hvert enkelt studieprogram. Noen institusjoner har kun et utdanningsprogram, mens andre har 12 programmer fordelt på tre avdelinger. Utfordringen for rådsrepresentantene er å sørge for at undersøkelsen distribueres på en slik måte at alle relevante fagmiljøer som skal bidra blir involvert.

Det understrekes at undersøkelsen foregår elektronisk. Svarfristen er satt til 15. september.

I første omgang er undersøkelsen preget av kartlegging. En arbeidsgruppe bestående av en representant for hvert av ovennevnte råd vil vurdere dataene og komme med anbefalinger om videre arbeid til UHR. Sentrale problemstillinger på bakgrunn av funn fra undersøkelsen vil også bli drøftet i en referansegruppe for prosjektet.

Vi håper på velvillig samarbeid. Eventuell spørsmål omkring undersøkelsen rettes til Tor Rynning Torp, [tor@uhr.no](mailto:tor@uhr.no) evt. tlf. 90742286.

Med vennlig hilsen

Venche Hvidsten

prosjektleder

Tor Rynning Torp

seniorrådgiver

## 1. Basisopplysninger

### \* Institusjonens og avdelings- fakultets- institutt navn

### \* Navn, e-post og telefonnummer til kontaktperson

### \* Utdanning:

- audiograf
- barnevernspedagog
- bioingeniør
- ergoterapeut
- farmasøyt provisor
- farmasøyt reseptar
- folkehelsearbeid
- fysioterapeut
- jordmor
- klinisk ernæringsfysiolog

- medisin
  - mensendieck
  - optiker
  - ortopediingeniør
  - psykolog
  - radiograf
  - sosionom
  - sykepleier
  - tannlege
  - tannpleier
  - tanntekniker
  - velferdsviter
  - vernepleier
- 

## **2. Offentlige spesialisthelsetjenester**

### **2.1 Dagavdeling - somatikk**

**2.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling.**

**2.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling.**

### **2.1.3 Har samarbeidsavtale**

- Ja
- Nei

---

## 2.2 Poliklinikk - somatikk

2.2.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk.

2.2.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk.

### 2.2.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.3 Sengepost - somatikk

2.3.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost.

2.3.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost.

### 2.3.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.4 Dagavdeling/senter - psykisk helsevern

2.4.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling/senter.

2.4.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling/senter.

### 2.4.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.5 Poliklinikk - psykisk helsevern

2.5.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk.

2.5.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk.

### 2.5.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.6 Sengepost - psykisk helsevern

2.6.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost.

2.6.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost.

### 2.6.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.7 Ambulante team

2.7.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i ambulante team.

2.7.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i ambulante team.

### 2.7.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.8 Rusomsorg

2.8.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis innen rusomsorg.

2.8.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis innen rusomsorg.

### 2.8.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.9 Rehabiliteringsinstitusjoner

2.9.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis innen rehabiliteringsinstitusjoner.

2.9.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis innen rehabiliteringsinstitusjoner.

### 2.9.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 2.10 Hjelpemiddelsentral

2.10.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjelpemiddelsentral.

2.10.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjelpemiddelsentral.

2.10.3 Har samarbeidsavtale.

Ja

Nei

---

## 2.11 Sykehusapotek

2.11.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sykehusapotek.

2.11.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sykehusapotek.

2.11.3 Har samarbeidsavtale

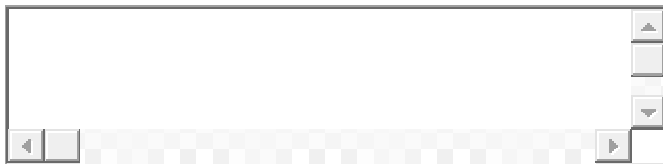
Ja

Nei



---

## 2.12 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 2.

A large, empty rectangular text area with a light gray border. It has a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable text field.

## 3. Offentlige, fylkeskommunale helsetjenester

### 3.1 Offentlig tannhelsetjeneste

3.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i offentlig tannhelsetjeneste.

3.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i offentlig tannhelsetjeneste.

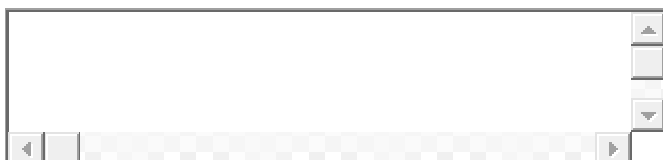
### 3.1.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 3.2 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 3.

A large, empty rectangular text area with a light gray border. It has a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable text field.

#### 4. Kommunehelsetjeneste

##### 4.1 Sykehjem

4.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sykehjem.

4.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sykehjem.

4.1.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

##### 4.2 Hjemmetjeneste

4.2.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjemmetjeneste.

4.2.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjemmetjeneste.

4.2.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

### 4.3 Omsorgsboliger

4.3.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i omsorgsboliger.

4.3.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i omsorgsboliger.

4.3.3 Har samarbeidsavtale

- ja  
 Nei

---

### 4.4 Aldershjem

4.4.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i aldershjem.

4.4.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som gjennomfører praksis i løpet av ett studieår i aldershjem.

4.4.3 Har samarbeidsavtale.

- ja  
 Nei

---

#### 4.5 Dagavdeling

4.5.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling.

4.5.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling.

4.5.3 Har samarbeidsavtale

- ja  
 Nei

---

#### 4.6 Helsestasjon

4.6.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i helsestasjon.

4.6.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i helsestasjon.

4.6.3 Har samarbeidsavtale

- Ja  
 Nei

---

#### 4.7 Allmennlegetjeneste

4.7.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i allmennlegetjeneste.

4.7.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i allmennlegetjeneste.

#### 4.7.3 Har samarbeidsavtale

Ja

nei

---

#### 4.8 Fysioterapi

4.8.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i fysioterapitjeneste.

4.8.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i fysioterapitjeneste.

#### 4.6.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

#### 4.5 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 4.

#### 5. Kommunal og statlig sosialtjeneste, barneverntjeneste samt NAV-kontor

##### 5.1 Sosialkontor

5.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sosialtjeneste.

5.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sosialtjeneste.

##### 5.1.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

##### 5.2 Barnevern

5.2.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i barnevern.

5.2.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i barnevern.

### 5.2.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

### 5.3 NAV-kontor

**5.3.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i NAV-kontor.**

**5.3.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i NAV-kontor.**

### 5.3.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

### 5.4 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 5.

---

## 6. Privat sektor - spesialisthelsetjeneste

## 6.1. Dagavdeling - privat spesialisthelsetjeneste

6.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling i privat spesialisthelsetjeneste.

6.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling i privat spesialisthelsetjeneste.

6.1.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 6.2 Poliklinikk - privat spesialisthelsetjeneste

6.2.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk i privat spesialisthelsetjeneste.

6.2.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk i privat spesialisthelsetjeneste.

6.2.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---



### 6.3 Sengepost - privat spesialisthelsetjeneste

6.3.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost i privat spesialisthelsetjeneste.

6.3.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost i privat spesialisthelsetjeneste.

6.3.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

### 6.4 Privat tannklinikk

6.4.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i privat tannklinikk.

6.4.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i privat tannklinikk.

6.4.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 6.5 Dagavdeling - psykisk helsevern - privat spesialisthelsetjeneste

6.5.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling.

6.5.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i dagavdeling.

6.5.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 6.6 Poliklinikk - psykisk helsevern - privat spesialisthelsetjeneste

6.6.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk.

6.6.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i poliklinikk.

6.6.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 6.7 Sengepost - psykisk helsevern - privat spesialisthelsetjeneste

6.7.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost.

6.7.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sengepost.

6.7.3 har samarbeidsavtale.

- Ja
- Nei
- 

## 6.8 Rusomsorg - privat spesialisthelsetjeneste

6.8.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i rusomsorg.

6.8.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i rusomsorg.

6.8.3 Har samarbeidsavtale

- Ja
- Nei
-

## 6.9 Rehabiliteringsinstitusjoner - privat spesialisthelsetjeneste

6.9.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i rehabiliteringsinstitusjoner.

6.9.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i rehabiliteringsinstitusjoner.

6.9.3 Har samarbeidsavtale.

Ja

Nei

---

## 6.10 Hjelpemiddelsentral - privat spesialisthelsetjeneste

6.10.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjelpemiddelsentral.

6.10.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjelpemiddelsentral.

6.10.3 Har samarbeidsavtale.

Ja

Nei

---

## 6.11 Sykehusapotek - privat spesialisthelsetjeneste

6.11.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sykehusapotek.

6.11.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksistudier i sykehusapotek.

6.11.3 Har samarbeidsavtale.

Ja

Nei

---

6.12 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 6.

## 7. Privat sektor - virksomhetsområder med driftsavtale innen kommunal helsetjeneste

### 7.1 Sykehjem - privat sektor

7.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sykehjem.

7.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i sykehjem.

### 7.1.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 7.2 Hjemmetjeneste - privat sektor

7.2.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjemmetjeneste.

7.2.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i hjemmetjeneste.

### 7.2.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

## 7.3 Omsorgsboliger - privat sektor

7.3.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i omsorgsboliger.

7.3.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i omsorgsboliger.

### 7.3.3 Har samarbeidsavtale

Ja

Nei

---

### 7.4 Aldershjem - privat sektor

7.4.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i aldershjem.

7.4.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i aldershjem.

### 7.4.3 Har samarbeidsavtale.

Ja

Nei

---

### 7.5 Helsestasjon - privat sektor.

7.5.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i helsestasjon.

7.5.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i helsestasjon.

**7.5.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**7.6 Fysioterapi - privat sektor**

**7.6.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i fysikalsk institutt.**

**7.6.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i fysikalsk institutt.**

**7.6.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**7.7 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 7.**

**8. Annen praksis innen privat sektor**

**8.1 Ortopedisk verksted - privat sektor**



**8.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i ortopedisk verksted.**

**8.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i ortopedisk verksted.**

**8.1.3 Har samarbeidsavtale**

Ja

Nei

---

**8.2 Private tannklinikker**

**8.2.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i private tannklinikker.**

**8.2.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i private tannklinikker.**

**8.3.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**8.3 Privat tannteknisk laboratorium**

**8.3.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i private tanntekniske laboratorier.**

**8.3.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i private tanntekniske laboratorier.**

**8.3.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**8.4 Legekantor**

**8.4.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i legekantor.**

**8.4.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i legekantor.**

**8.4.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**8.5 Fysikalsk institutt uten kommunal driftsavtale**

**8.5.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i fysikalsk institutt uten driftsavtale.**

**8.5.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i fysikalsk institutt uten driftsavtale.**

**8.5.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**8.6 Medisinsk senter uten driftsavtale**

**8.6.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i medisinsk senter uten driftsavtale.**

**8.6.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i medisinsk senter uten driftsavtale.**

**8.6.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**8.7 Private sykehus uten driftsavtale**

**8.7.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i privat sykehus uten driftsavtale.**

**8.7.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i privat sykehus uten driftsavtale.**

**8.7.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

## **8.8 Apotek**

**8.8.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i apotek.**

**8.8.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i apotek.**

**8.8.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

## **8.9 Farmasøytisk laboratorium**

**8.9.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i farmasøytisk laboratorium.**

**8.9.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i farmasøytisk laboratorium.**

**8.9.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**8.9 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 8.**

## **9. Barnehage og skoleverket**

### **9.1 Barnehage**

**9.1.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i barnehage.**

**9.1.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i barnehage.**

**9.1.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**9.2 Grunnskole**

**9.2.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i grunnskole.**

**9.2.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i grunnskole.**

**9.2.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**9.3 PP-tjenesten**

**9.3.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i PP-tjenesten.**

**9.3.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i PP-tjenesten.**

**9.3.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**9.4 Andre spesialpedagogiske tiltak**

**9.4.1 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i spesialpedagogiske tiltak.**

**9.4.2 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i spesialpedagogiske tiltak.**

**9.4.3 Har samarbeidsavtale.**

Ja

Nei

---

**9.5 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 9.**

**10. Praksis i utdanningsinstitusjon**

**10.1 Har utdanningen egen klinikk som den har både faglig og administrativt ansvar for?  
(Hvis ja - angi antall studiepoeng pr student i kommentarfeltet)**

Ja

Nei

Kommentar:

**10.2 Får studentene praksis med klinikkens brukere av tjenestene som tilbys? (Hvis "ja" besvares også spørsmålene 10.3 og 10.4).**

Ja

Nei

**10.3 Angi antallet studenter i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i klinikken.**

**10.4 Angi antallet uker pr student i studieprogrammet som i løpet av ett studieår gjennomfører praksis i klinikken.**

---

**10.4 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 10.**

**11. Kvalitetssikring o.a.**

**11.1 Veilederopplæring**

**11.1.1 Tilbys praksisveiledere veilederopplæring? Hvis ja, gi en kort beskrivelse av hvordan veilederopplæringen tilrettelegges.**



**11.1.2 Gi en kort beskrivelse av igangsatte prosjekter/aktiviteter som har betydning for praksisundervisningen. (Med kort beskrivelse menes "ingress-nivå".)**

---

## **11.2 Regulering av innholdet i praksisstudiene**

**11.2.1 Hvor er bestemmelser og reguleringer vedr, praksisstudienes mål, formål, omfang, innhold og arenaer forankret og beskrevet? (Her kan det velges flere alternativer)**

- EU-direktiv
- Lov
- Forskrift
- Rammeplaner (utstedt av Kunnskapsdepartementet)
- Fagplan
- Studieplan

**11.2.2 Annet:**

**11.2.3 Hvilke ordninger finnes for å sikre praksisstudienes relevans og kvalitet med tanke på det yrkesfeltet studentene utdannes til?**

**11.2.4 Beskriv kort hvilke kriterier som må oppfylles for at gjennomført praksisperiode kan vurderes til bestått.**

**11.2.5 Marker hvilke områder som reguleres av samarbeidsavtale mellom praksissted og utdanning.**

- Studentens rettigheter og plikter
- Vurdering av studenten ved avsluttet praksis
- Praksisstedets rettigheter og plikter
- Veiledning
- Økonomiske forhold
- Forsknings- og utviklingsarbeid
- Utdanningsinstitusjonens rettigheter og plikter
- Det er ikke inngått samarbeidsavtaler

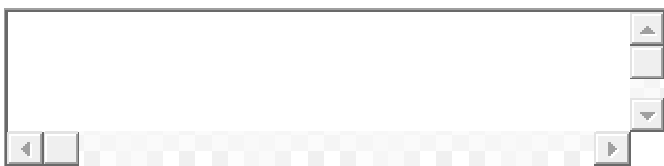
**11.2.6 Andre forhold som reguleres av avtalen:**

---

### 11.3 Samarbeidsorganene

**11.3.1 Mellom de regional helseforetakene og universitetene samt de regionale helseforetakene og høyskolene er det etablert samarbeidsorganer. Beskriv i hvilken grad og**

på hvilken måte samarbeidsorganet er involvert når det gjelder tilrettelegging av pra

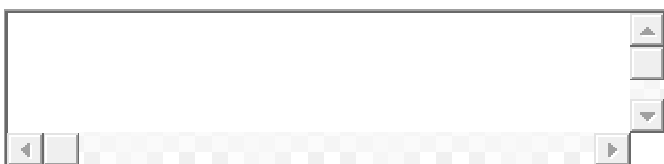


---

#### 11.4 Samarbeidsprosjekter (gjelder ikke bachelorutdanningene)

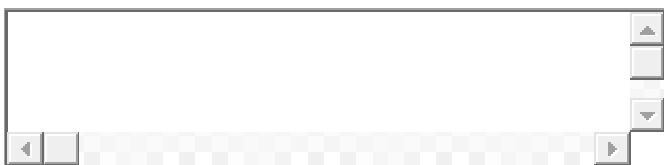
Dette spørsmålet gjelder kun farmasi (provisor), klinisk ernæringsfysiolog, medisin, odontologi, psykologi og tannpleie ved UiB og UiO.

**11.4.1 Gi en kort beskrivelse av evt. samarbeidsprosjekter mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt som har til formål å forbedre kvaliteten på de kliniske studiene.**



---

#### 11.5 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 11.



---

### 12. Kostnader ved gjennomføring av praksisstudier

#### 12.1 Utgifter til fjernpraksis

**12.1.1 Angi antallet studenter som hadde pålagt fjernpraksis i løpet av studieåret 2007/2008 2007/2008 .**




**12.1.2 Marker hvem som finansier utgifter til pålagt fjernpraksis. Beløpsstørrelser angis som**

**gjennomsnitt av kostnadene for de studentene som omfattes av ordningen. Beløp føres i kommentarfeltet.**

- Utdanningsinstitusjonen betaler
- Studenten betaler
- Kostnaden deles

Kommentar:

#### **12.1.2: Kommentarer:**



---

## **12.2 Utgifter til praksisveiledning**

Spørsmålene 12.2.1-12.2.4 skal kun besvares av farmasi (provisor), klinisk ernæringsfysiolog, medisin, odontologi, psykologi ved UiO, UiB, NTNU, UiT samt tannpleie ved UiB og UiO.)

### **12.2.1 Veiledningshonorar**

- utbetales direkte til veileder
- utbetales til veileders arbeidssted
- utbetales ikke

**12.2.2 Ved utbetaling av honorar, angi beløpsstørrelse pr veiledningstime pr student. Dersom honorarets størrelse varierer mellom ulike praksisplasser, oppgis en gjennomsnittssats.**

**12.2.3 Andre utgifter enn honorar knyttet til veiledning. Evt. beløpsstørrelse angis i boksen nedenfor.**

- dekkes av praksisstedet selv
- dekkes av utdanningsinstitusjonen
- dekkes i fellesskap mellom praksissted og utdanningsinstitusjon

**12.2.4 Annet:**

---

**12.3 Samarbeidsmidler**

Spørsmålene 12.3.1-12.3.6 skal kun besvares av høgskolene, UiA og UiS.

**12.3.1 Hvor stort beløp ble satt av til samarbeidsmidler for institusjonen i 2004?**

**12.3.2 Hvor stort beløp ble benyttet til samarbeidsmidler i 2007 (midler som både ble brukt og som er avsatt til formålet men ikke benyttet)?**

**12.3.3 Angi fordelingen av midlene i % mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten og evt. annet i 2007.**

**12.3.4 Hvor stor andel (%) av samarbeidsmidlene ble benyttet og satt av til fellestiltak for helse- og sosialfagutdanningene, f.eks. i form av veilederutdanning og andre kurs i 2007?**

**12.3.5 Hvor stor andel (%) av midlene går direkte til aktiviteter som ikke er institusjonelle**

**fellestiltak men knyttet til den aktuelle utdanningen i 2007? (jf. sp. 12.3.12)**

**12.3.6 Hvor stor andel (%) av midlene gikk til honorering av veiledere og/eller veileders institusjon i 2007?**

**12.3.7 Hvor stort beløp er satt av i budsjettet i form av samarbeidsmidler for 2008?**

**12.3.8 Angi fordelingen av midlene i % mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten og evt. annet i 2008**

**12.3.9 Svarene i dette spørsmålet gjelder studieåret 2007/2008 2007/2008 . Midlene har vært brukt til (marker ved de aktuelle aktivitetene):**

- Utvikling og dokumentasjon av praksismodeller
- Utvikling av system for hospiteringsordninger
- Utvikling av system for delte stillinger mellom utdanningsinstitusjon og praksissted
- Veilederopplæring
- FoU-prosjekter for bedre yrkesutøvelse
- FoU-prosjekter med studentdeltakelse
- Kompetansegivende tiltak
- Betaling av honorar til veileder (personlig avlønning)
- Betaling av honorar til virksomheten veileder arbeider i (institusjons honorering)

**12.3.10 Dersom det betales honorar til veileder eller institusjon, spesifiser hvilke praksisområder dette gjelder, f.eks. sosialkontor, barnevernsinstitusjon, privat aldershjem osv.).**



**12.3.11 Hvor stor andel (%) av samarbeidsmidlene er budsjettert til fellestiltak for helse- og sosialfagutdanningene, f.eks. i form av veilederutdanning og andre kurs i 2008?**

**12.3.12 Hvor stor andel (%) av midlene er budsjettert direkte til aktiviteter som ikke er institusjonelle fellestiltak men knyttet til den aktuelle utdanningen i 2008? (jf. sp.12.3.14)**

**12.3.13 Hvor stor andel (%) av midlene er budsjettert til honorering av veiledere og/eller veileders institusjon i 2008?**

**12.3.14 I studieåret 2007/2008 har midlene vært brukt til (marker ved de aktuelle aktivitetene):**

- Utvikling og dokumentasjon av praksismodeller
- Utvikling av system for hospiteringsordninger
- Utvikling av system for delte stillinger mellom utdanningsinstitusjon og praksissted
- Veilederopplæring
- FoU-prosjekter for bedre yrkesutøvelse
- FoU-prosjekter med studentdeltakelse
- Kompetansegivende tiltak (f.eks. faglige kurs)
- Betaling av honorar til veileder og/eller veileders arbeidssted

**12.3.15 Dersom det i 2007/2008 er betalt honorar til veileder eller institusjon, oppgi hvilke praksisområder dette gjelder, f.eks. sosialkontor, barnevernsinstitusjon, privat aldershjen osv.**

**12.3.16 I studieåret 2008/2009 2008/2009 skal midlene brukes til (marker ved de aktuelle aktivitetene):**

- Utvikling og dokumentasjon av praksismodeller
- Utvikling av system for hospiteringsordninger
- Utvikling av system for delte stillinger mellom utdanningsinstitusjon og praksissted
- Veilederopplæring
- FoU-prosjekter for bedre yrkesutøvelse
- FoU-prosjekter med studentdeltakelse
- Kompetansegivende tiltak (f.eks. faglige kurs)
- Betaling av honorar til veileder og/eller veileders arbeidssted

**12.3.17 Dersom det i 2008/2009 2008/2009 skal betales honorar til veileder eller institusjon, spesifiser hvilke praksisområder dette gjelder, f.eks. sosialkontor, barnevernsinstitusjon, privat aldershjen osv.**

### **12.3.18 Samarbeidsprosjekter**

12.3.16 For å få en best mulig oversikt over hvilke prosjekter som skal avsluttes, gjennomføres eller startes opp i løpet av studieåret 2008/2009 2008/2009 ber vi om en kort redegjørelse for hvert prosjekt. Formålet med dette er at institusjonene kan lære av hverandres praksis. Prosjektene vil bli lagt ut på en nettside på [www.uhr.no](http://www.uhr.no) Nettadressen vil bli offentliggjort for medlemsinstitusjonene i NRHS samt "Praksisprosjektets" referansegruppe.

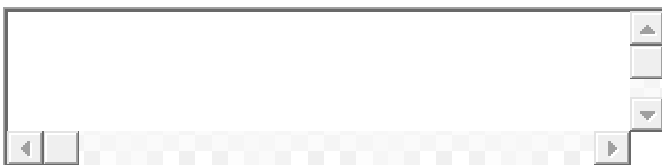
Prosjektbeskrivelsene bør ikke overstige en halv side pr prosjekt. Beskrivelsene sendes i egen e-post til [tor@uhr.no](mailto:tor@uhr.no) E-posten merkes med "Samarbeidsmidler". Husk å oppgi navn på utdanningsinstitusjon samt hvilken utdanning det gjelder.



**12.3.19 På hvilken måte har samarbeidsorganene mellom institusjonene RHF/HF vært inne i bildet når det gjelder bruken av midlene?**

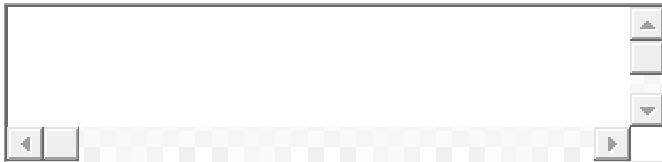


**12.3.20 På hvilken måte samarbeides det med kommunene og andre aktører når det gjelder bruk av midlene?**




---

**12.4 Eventuelle kommentarer til spørsmålene i gruppe 12.**



### **13. Gjennomføring av praksisstudier**

**13.1 Beskriv kort særskilt positive sider ved gjennomføring av praksis for dette studieprogrammet.**



**13.2 Beskriv kort hvilke utfordringer som oppleves i forbindelse med gjennomføring av praksisstudiene for denne utdanningen og som evt. ikke fremkommer i svarene på tidligere spørsmål.**

An empty text input field with a light gray border and a checkered scrollbar on the right side.

**13. 3 Eventuelle kommentarer til spørgsmålene i gruppe 13.**

An empty text input field with a light gray border and a checkered scrollbar on the right side.

**Not allowed to submit from preview of a finished survey.**

## V2 KDs brev 2005 og 2006 vedrørende samarbeidsmidler



### DET KONGELEGE UTDANNINGS- OG FORSKINGSDEPARTEMENT

HOD

Statlige høyskoler  
Private høyskoler med helse- og sosialfagutdanninger

Universitets- og høyskolerådet	
Dato 27/1-06	Saksnr. 06/20
Saksbeh. TRT	Dok.nr. 1
Arkivkode	YOS.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.

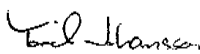
For å understøtte endringene og samtidig sikre ivaretagelse av kvalitative og kvantitative krav til praksisplasser, vil departementene understreke at endringene ikke innebærer endringer i gjeldende ansvars- og oppgavefordeling mellom høyskolene og helseforetakene. Dette innebærer at høyskoleansattes 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 praksisveilederens 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 høyskolerådet



DET KONGELEGE  
UTDANNINGS- OG FORSKINGSDEPARTEMENT

Statlige høyskoler  
Private høyskoler med helse- og sosialfagutdanninger

Utdannings- og høyskoleetaten	
Dato 21/1-06	Saksnr. 04/20
Saksid. T RT	Saksnr. 1
Saksbehandler KOS-S	

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 fellesskap 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)).

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

  
Malken Engelstad e.f.  
underdirektør

  
Bjørn Heinum Scim  
seniorrådgiver

**Kopi**  
Kunnskapsdepartementet  
Universitets- og høyskolerådet

## V3 Oversikt over grep gjort med rådata forut for analyser basert på modifisert praksisarenakart

Tabell 1: Oversikt over subarenaer ingen respondent benyttet, og som er tatt ut av videre analyser

fjernet tidl. 5.4	<b>privat SHtj-tannklinikk:</b> Ikke brukt av noen respondent. Praksisarena 7.2 brukes i stedet: privat sektor, annen praksis
fjernet tidl. 5.10	<b>privat SHtj-hjelpemiddelsentral:</b> Ikke brukt av noen respondent. Praksisarena 1.6 er eneste aktuelle valg.
fjernet tidl. 6.3	<b>private omsorgsboliger m/avtale med KHtj:</b> Ikke brukt av noen respondent.
fjernet tidl. 6.5	<b>privat helsestasjon m/driftsavtale:</b> Ikke brukt av noen respondent
fjernet tidl. 7.5	<b>fysikalsk institutt uten driftsavtale:</b> Ikke brukt av noen respondent. Det finnes fysikalske institutter uten driftsavtale med kommunene, men om et institutt har driftsavtale eller ikke, er noe utdanningene sier de ikke forholder seg til – de sier det er vanskelig nok å få praksisplasser i instituttpraksis overhodet. Alle svar om studenter ute i privat fysioterapipraksis er derfor samlet i kat. 6.3
fjernet tidl. 7.9	<b>privat farmasøytisk lab:</b> Ikke brukt av noen respondent

Tabell 2: Oversikt over hvilke subarenaer og hovedarenaer som er slått sammen

<b>1) SAMMENSLÅTTE SUBARENAER:</b>	
ny 1.1=	offentlig spesialisthelsetjeneste,somatikk: dagavd+poliklinikk+sengepost
ny 1.2=	offentlig spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern: dagavd/senter+poliklinikk+sengepost
ny 1.8=	sykehuslaboratorier for bio, ortopedisk verksted, audiograflab osv
ny 3.2=	kommunehelsetjeneste: hjemmetjenester+omsorgsboliger+dagavdeling
ny 3.4 =	legetjeneste, både med og uten avtale med KHtj: allmennlegetj + legekantor+ medisinsk senter u/avtale (gml 3.7+7.4+7.6)
ny 5.1=	privat spesialisthelsetjeneste, somatikk: dagavd+poliklinikk+sengepost
ny 5.2=	privat spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern: dagavd+poliklinikk+sengepost
<b>2) ny HOVEDARENA 6:</b>	
Det ga ikke mening ut fra tall og svar som kom inn, å skille mellom opprinnelig hovedarena 6 og hovedarena 7 innen privat sektor. Etter de endringer som er redegjort for over mht å slå sammen subarenaer, har vi derfor valgt å slå sammen gjenværende kategorier fra opprinnelig hovedarena 7, med gjenværende arenaer fra opprinnelig hovedarena 6.	
<b>Ny hovedarena 6 omfatter etter dette:</b> Privat sektor-aktører <i>utenom private sykehus</i>	



## V4 Problemer med tolkning på tvers av studieprogrammene av sumtall for oppgitt antall uker i praksis per praksisarena

I introduksjonsbrevet til respondentene om undersøkelsen ble det vist et eksempel på hvordan respondentene skulle komme fram til tallene som skulle inn i undersøkelsens mange spørsmål om antall studenter og antall uker per subarena i praksisfeltet (spørsmålsgruppene 2-10):

	Praksisarena/subarena Z			
X-utdanningen v/ Y institusjon, studieåret 2007-2008	antall stud ut, heltid	antall stud ut, deltid	antall uker ute, heltid	antall uker ute deltid
1.år	25		5	
2.år	25	20	10	5
3.år		20		10
	50	40	15	15
<b>sum som føres inn i det elektroniske skjemaet</b>	<b>90 STUDENTER</b> dvs: "90 studenter som i løpet av studieåret 2007-2008 gjennomfører praksis i sengepost"		<b>15 UKER</b> dvs: "at hver student har 15 ukers praksis i sengepost i løpet av det 3-årige studieprogrammet"	

Det respondentene skulle sette inn i skjemaet var altså kun sumtallene:

- 1) **tallet 90** = sumtallet studenter for alle årskull ved studieprogrammet som benyttet en definert praksisarena i studieåret 2007-2008, og
- 2) **tallet 15** = sumtallet uker for alle årskull ved det studieprogrammet som benyttet akkurat denne praksisarenaen. Dette sumtallet gir da det antallet uker praksis en student ved det aktuelle studieprogrammet skal ha på akkurat den praksisarenaen i løpet av hele sitt studieforløp (her 3 år).

Disse to sumtallene representerer derfor to helt ulike størrelser: Det første er antall studenter i ett studieår, uavhengig av årskull. Det andre er antall uker over 3 år for 1 student.

Hadde man fått oversendt tallmaterialet bak de to sumtallene per praksisarena fra hvert studieprogram, ville man hatt et interessant inntak til kartlegging av hvilken organisatorisk praksismodell hvert studieprogram bruker. Men med tilgang kun til sumtallene, blir sammenhengen mellom sum studentvolum og sum ukevolum ikke enkel å lese.

Når sumtallene også skal summeres på tvers av flere utdanninger, gir det tolkningsproblemer. Et reelt eksempel tas med for å klargjøre problemet og hvordan volumtallene for antall uker i praksis blir brukt og tolket i denne undersøkelsen.

### Eksempel på problemet:

Tannleger, tannpleiere og tannteknikere utdannes i Norge ved til sammen 7 studieprogrammer. I tabell 3 (under) er de innrapporterte tallene fra hver av disse 7 studieprogrammene summert. Da framkommer det at 248 studenter var ute i praksis i offentlig tannhelsetjeneste i studieåret 2007-2008. Og sumtallet for det antallet uker i praksis disse 7 studieprogrammene til sammen har oppgitt, er 48 uker.

**Tabell 3: Tannlege-, tannpleier- og tannteknikerutdanningenes rådatasvar mht antall studenter og antall uker i ekstern veiledet praksis i offentlig tannhelsetjeneste studieåret 2007-2008**

Studieprogram	Praksisarena: Den Offentlige Tannhelsetjenesten (DOT)			
	respondent	ant stud	ant uker per studieprogram	sum per profesjon
Tannlegestudiet	UiB	48	3	
	UiO	65	5	
	UiT	30	16	24
tannpleierstudiet	UiB	42	5	
	UiO	24	6	
	UiT	24	12	23
tannteknikerstudiet	HiO	15	1	1
<b>Sumtall for prx i DOT:</b>		<b>248</b>	<b>48</b>	<b>48</b>

Å summere antallet studenter over de 7 studieprogrammene synes greit: Så mange studenter er rapportert å ha vært ute i praksis studieåret 2007-2008 på praksisarenaen DOT (gitt at ikke samme student var ute flere ganger på samme arena i løpet av samme år – det kan vi ikke kontrollerer for).

Å summere antallet uker i praksisfeltet på tvers av de 3 profesjonsutdanningene med til sammen 7 studieprogram er verre, for sumtallet 48 uker sier i utgangspunktet ingenting når vi ikke samtidig ser hver delsum som (kanskje) beskriver hvor mange uker praksis hver student per studieprogram skal ha på denne praksisarenaen.

Ser man bare på sumtallene på tvers av flere studieprogram kan man da spørre:

- Hadde 248 studenter praksis i 48 uker? Nepp.
- Var alle de 30 UiT-tannlegestudentene i samme årskull, og hadde de alle 16 ukers ekstern veiledet praksis? Eller er det noen 1.årsstudenter som er ute i 6 uker, og noen 5.årsstudenter som er ute i 10 uker, slik at summen ekstern praksis i løpet av hele studiet ved UiB blir 16 uker? Poenget er at denne undersøkelsen ikke gir svar på om det er slik eller sånn det henger sammen.

Et av UHR-undersøkelsens hovedanliggende var å få fram hvor stort omfang praksisstudiene på de ulike praksisarenaene har, målt som studentukeverk som skal veiledes i praksisfeltet i løpet av et studieår. Men fordi sumtallene for volum studenter og sumtallet for volum uker er basert på ulik logikk, går det ikke an å gange opp tallene for å få fram hvor mange studentukeverk det totalt dreier seg om – slik det framgår av tabell 1 over.

Den løsningen som er valgt, er å bruke sumtallene for antall studenter og uker per praksisarena for studieåret 2007-2008 til å :

- **tolke ukevolum per arena i lys av studentvolum per arena**, og ut fra det få fram indikasjoner på om studieprogrammene benytter få eller mange, korte eller lange praksisperioder på en gitt arena
- se på **variasjonen mellom studieprogram innenfor samme profesjonsutdanning** i antall uker gjennom studieåret med studenter i ekstern praksis per arena. Det kan si noe om eventuelle forskjeller i løsningsmodeller for praksisstudiene som kan lede til spørsmål om årsaker og begrunnelser.

Ser man da på eksempelet over med de 7 tannhelseutdanningene, tilsier forholdet mellom et studentvolum på 248 studenter og et ukevolum på 48 at praksisperiodene hvert studieprogram har lagt opp til på akkurat denne praksisarenaen, må være gjennomgående ganske korte – ellers ville ukevolumet totalt sett for de 7 studieprogrammene vært høyere.

Fordi vi her har tatt med rådatatallene, ser vi at dette stemmer rimelig bra. Det vi ikke får fram når fokus er på sumtall, er at UiT skiller seg ut med vesentlig lengre praksis over studieforløpet på denne praksisarenaen enn de øvrige. Samtidig vet vi ikke, som før sagt, om UiT-studentene er ute i praksis på denne praksisarenaen en eller flere ganger i løpet av studiet. Er de ute i flere praksisperioder her, vil det bety at hver praksisperiode også ved UiT i ukeomfang per periode er mer lik praksisperiodene ved de øvrige studieprogrammene.

## V5 Oversikt over fordelingen av studieprogram per helseregion

Hvilke profesjonsutdanninger som er inkludert, hvor mange studieprogram per profesjonsutdanningstype, og fordeling på 4 helseregioner					
profesjonsutdanning	helseregion				Antall studieprogram per profesjon
	RHF sør-øst	RHF vest	RHF Midt-Norge	RHF Nord-Norge	
audiograf	0	0	1	0	1
barnevernspedagog	4	2	2	3	11
bioingeniør	3	1	2	1	7
ergoterapeut	1	2	1	1	5
farmasøyt-provisor	1	1	0	1	3
farmasøyt-reseptar	1	0	1	0	2
fysioterapeut	1	1	1	1	4
jordmor	2	1	1	1	5
klinisk ernær-fysiolog	1	0	0	0	1
medisiner	1	1	1	1	4
optiker	1	0	0	0	1
ortopediing	1	0	0	0	1
psykolog	1	1	1	1	4
radiograf	3	1	1	1	6
sosionom	5	3	2	2	12
sykepleier	12	6	4	6	28
tannlege	1	1	0	1	3
tannpleier	1	1	0	1	3
tanntekniker	1	0	0	0	1
velferdsviter	1	0	0	0	1
vernepleier	5	3	3	1	12
<b>totalt antall helse- og sosialfaglige studieprogram inkludert i UHR-undersøkelsen</b>	<b>47</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>115</b>

## V6 Oversikt over profesjonsutdanningenes rapporterte bruk av subarenaer for praksisstudier i privat sektor

profesjonsutdanninger (tot.ant. studieprogram i parentes)	Subarena for praksis	antall studiepr per utdanningsgr. som bruker hver prx-arena	Antall studenter	Volum uker	variasjon i ukevolum rapportert praksis for de av utdann som har stud ute (min.-max.)	
<b>barnevernspedagog (11)</b>	priv rusomsorg	2	11	25	10	15
	privat, annet	1	1	15	0	15
<b>bioingeniør. (7)</b>	priv sykehuslab	1	30	1	0	1
<b>ergoterapeut (5)</b>	priv rusomsorg	1	2	12	12	12
	priv rehab-inst	2	12	22	2	20
	privat, andre aktører	2	6	23	11	12
<b>farmasøyt (5)</b>	priv shtj-sykehusapotek	2	6	23	3	20
	priv apotek	5	205	108	20	24
<b>fysioterapeut (4)</b>	priv-shtj-sykehus	1	14	21	0	14
	priv-rehab.inst	3	97	30	1	22
	priv-fys.institutt	3	165	27	2	22
<b>jordmor (5)</b>	priv shtj-soma	1	19	1	0	1
<b>psykolog (4)</b>	priv shtj-psyk+soma	3	58	118	16	46
	priv rehab-inst	1	1	16	0	16
	privat, andre aktører	1	6	16	0	16
<b>radiograf (6)</b>	priv shtj-soma	2	11	10	4	6
	priv-andre aktører	1	27	24	24	24

<b>Forts vedlegg 4: profesjonsutdanninger</b> (tot.ant. studieprogram i parentes)	<b>Subarena for praksis</b>	<b>antall studieprogram per profesjonsutdanning som bruker hver prx-arena</b>	<b>Antall stud</b>	<b>Volum uker</b>	<b>variasjon i uker praksis for de av utdann som har stud ute (min.-max.)</b>	
<b>sosionom (12)</b>	priv shtj-soma+psyk	3	4	45	12	18
	priv-rusomsorg	7	22	94	12	20
	priv-rehab.inst	1	2	20	20	20
	priv-andre aktører	1	78	12	12	12
<b>sykepleier (28)</b>	priv shtj-soma	4	30	32	8	8
	priv shtj-psyk	10	104	90	8	15
	priv shtj-rusomsorg	7	58	58	7	9
Sum privat SHTj 212	priv shtj-rehab.inst	2	20	9	2	7
	priv-sykehus u/avtale	1	4	8	8	8
	priv-sykehjem+aldershj	10	574	91	7	20
	priv-hjemmetj	1	22	8	8	8
Sum privat sektor forøvrig:605	priv-andre aktører	1	5	2	2	2
<b>tanntekniker (1)</b>	privat tannklinikk	1	6	10		
	privat tannteknisk lab.	1	35	10		
<b>vernepleier (12)</b>	priv shtj-psyk	1	4	8	8	8
	priv shtj-rusomsorg	4	15	37	6	12
	priv shtj-rehab.inst	3	9	28	8	10
	priv-sykehjem+aldershj	2	14	17	8	9
<b>ortopediingeniør (1)</b>	ortopedisk verksted	1	10	19		

## V7 Resultater per profesjonsutdanning

### V7.1 Barnevernspedagogutdanningene

Det tilbys bachelorstudium i barnevern ved 11 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 2081 studenter.

#### 1) Hvilke praksisarenaer bruker barnevernspedagogutdanningene?

Tabell 4: Barnevernspedagogutdanningene (11 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena, studieåret 2007-2008

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per praksisarena 2007-2008
barnevernstjenesten	305	106
grunnskole	152	97
barnehage	131	93
andre spes.ped.-tiltak	50	61
off shtj-psyk	35	146
off shtj-rehabinstitusj	25	35
off shtj-rusomsorg	18	91
priv rusomsorg	11	25
khtj-hjemmebaserte tj	10	71
sosialkontor	10	37
NAV-kontor	3	14
PPT	2	14
khtj-helsestasjon	1	15
privat, annet	1	15

Kommentarer:

- Det store volumet studenter fra bachelorstudiet i barnevern har sin praksis på praksisarenaen 'barnevern'. Dessverre hadde undersøkelsen ingen underkategorier under denne sekkebetegnelsen, så det framgår ikke hvilke praksisarenaer som finnes under denne overskriften og hvordan utdanningene bruker disse.
- Det er interessant å se at for barnevernspedagogstudentene er barnehage og grunnskole viktige praksisarenaer. Dette er praksisarenaer som sorterer under et annet departement enn helsetjenestens praksisarenaer. Det betyr utfordringer for helse- og sosialfagutdanningene når det gjelder rett til praksisplass og avtaler om og finansiering av praksisplasser.
- Når det gjelder tid i praksisfeltet per arena, er forholdet mellom volum studenter og volum uker per praksisarena interessant. For barnevernspedagogstudentene viser tallene at svært mange av subarenaene brukes av bare et fåtall studenter, men at de da er i praksis en relativt lang periode. Praksisperiodene på hovedarenaen "barnevern", der alle barnevernstudenter har praksis, viser tallene at studentene ikke er lengre her enn på andre arenaer. Men til gjengjeld er antallet studenter som er i praksis i barneverntjenesten meget høyt.

## 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

Tabell 5: Variasjon i 11 barnevernspedagogutdanningers bruk av aktuelle praksisarenaer

praksisarena	antall studieprogram (av 11) som bruker hver praksisarena
barnevernstjenesten	11
off shtj-psyk	9
grunnskole	9
barnehage	9
off shtj-rusomsorg	6
andre spesped.-tiltak	5
sosialkontor	3
khtj-hjem-tj	3
priv, rusomsorg	2
off shtj-rehabinstitusj	2
privat, annet	1
PPT	1
NAV-kontor	1
khtj-helsestasjon	1

### Kommentarer:

- Kun 1 praksisarena, "barnevern", brukes av alle 11 studieprogrammene. Og 9 av 11 har praksisplasser i innen psykisk helsevern i offentlig spesialisthelsetjeneste og i barnehager og grunnskoler.
- Når disse 11 studieprogrammene likevel har sine studenter spredt over totalt 14 ulike praksisarenaer, gir det grunn til å spørre hvorfor ikke flere av utdanningsprogrammene benytter flere arenaer. Er årsakene faglige? Pedagogiske? Organisasjonelle? Økonomiske?



**3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?**

**Tabell 6: Barnevernspedagogutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker det er studenter ute i praksis på samme type praksisarena i løpet av studieåret**

praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off shtj-psyk	8	38
off shtj-rusomsorg	8	20
off shtj-rehabinstitusj	15	20
khtj-hjemmebaserte tj	12	45
khtj-helsestasjon	15	15
sosialkontor	8	15
barnevernstjenesten	8	20
NAV-kontor	14	14
priv rusomsorg	10	15
privat, annet	15	15
barnehage	2	20
grunnskole	8	20
PPT	14	14
andre spesped.-tiltak	8	15

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

**Kommentarer:**

- Som vist under 1), er det mange av praksisarenaene som overhodet ikke brukes av mange av studieprogrammene. Det som kommer fram her, er variasjonen i tid brukt i praksis for studentene på de praksisarenaene flere av studieprogrammene faktisk benytter. Det som da blir tydelig, er at også der hvor flere av studieprogrammene har studenter ute i praksis på samme type praksisarena, er det stor variasjon i hvor lenge studentene er i slik praksis i løpet av studiet.
- Selv på denne profesjonsutdanningens hovedarena for praksis, 'barnevern', der alle 11 studieprogrammene har studenter ute, varierer praksistiden per student fra 8 til 20 ukers praksis i løpet av studiet.
- Psykisk helsevern innen offentlig spesialisthelsetjeneste, barnehage og grunnskole er tre viktige arenaer for 9 av 11 utdanninger (sett ut fra antall studenter og volum uker). Likevel er det stor variasjon i hvor lenge studentene er i praksis på disse arenaene: For barnehage og skole varierer det mellom 2 og 20 uker, mens det for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten varierer mellom 8 og 38 uker i løpet av studieforløpet.
- Kun 3 av 11 utdanninger har rapportert at de har studenter i praksis i kommunehelsetjenestens hjemmetjenester (enten det er innen somatikk eller psykisk helsevern). Til gjengjeld har disse 3 en variasjonsbredde i bruken av denne arenaen på fra 12 til 45 uker i løpet av et studieforløp! Men 8 studieprogram bruker ikke denne arenen til sine studenter i det hele tatt. Altså er det noen studieprogram som er storforbrukere av kommunenes hjemmetjeneste som praksisarena, mens andre bruker denne arenaen mindre, og flertallet av disse 11 studieprogrammene overhodet ikke.

## V7.2 Bioingeniørutdanningene

Det tilbys bachelorstudium i bioingeniørfag ved 7 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 676 studenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker bioingeniørutdanningene?

**Tabell 7: Bioingeniørutdanningene (7 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
priv sykehuslab	30	1
off shtj-soma avd/polikl	50	12
legektr/med.senter	154	13
off shtj-sykehuslab.	404	93

Kommentarer:

- Hovedarenaen for ekstern praksis for bioingeniørstudenter er spesiallaboratoriene i den offentlige spesialisthelsetjenesten.
- Dernest følger laboratoriepraksis ved legekontorer og medisinske sentre i primærhelsetjenesten, uavhengig av om disse aktørene er offentlige eller private med eller uten avtale med det offentlige.
- Ut fra volum uker per arena synes dette relativt lavt sett i forhold til volum studenter, noe som tyder på at praksisperiodene er relativt korte.

### 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 8: Bioingeniørutdanningene: Variasjon i studieprogrammernes bruk av aktuelle praksisarenaer**

praksisarena	antall studieprogram (av 7) som bruker hver praksisarena
off shtj-sykehuslab.	7
legektr/med.senter	3
off shtj-soma avd/polikl	2
priv sykehuslab	1

Kommentarer:

- Bioingeniørutdanningene bruker få eksterne praksisarenaer, og alle 7 bruker kun 1: Spesiallaboratorier i den offentlige spesialisthelsetjenesten.
- Få av utdanningene bruker andre areaner, og kun 1 utdanning har studenter i praksis ved privat sykehus.

**3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?**

**Tabell 9: Bioingeniørutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena**

praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i studentuker i praksis mellom de utdanningene som bruker arenaen	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off shtj-soma avd/polikl	1	11
off shtj-sykehuslab.	4	24
legektr/med.senter	1	9
priv sykehuslab	0	1

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

**Kommentarer:**

- På bioingeniørutdanningenes hovedarena for ekstern praksis, sykehuslaboratorier i den offentlige spesialisthelsetjenesten, varierer praksisperiodens lengde for hele studieforløpet mellom 4 uker og 24 uker. Dette kan tyde på at utdanningene ser ulikt på betydningen av sykehuslaboratoriene som læringsarena for sine studenter. Eller det kan bety at sykehuslaboratoriene er forskjellige mht hvor villige de er til å ta imot og veilede bioingeniørstudenter. Begge forklaringsmodeller åpner for interessante spørsmål knyttet til hvorfor bioingeniørstudentene skal ha ekstern praksis, og hvor og hvordan den best skal organiseres.
- Det samme kan sies for praksis i legekantor/medisinske sentra: Hva er læringsmålene for 1 ukers praksis på denne arenaene versus 9 ukers praksis, som er ytterpunktene for variasjonen her?

## V7.3 Ergoterapeututdanningene

Det tilbys bachelorstudium i ergoterapi ved 5 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 610 studenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker ergoterapeututdanningene?

Her presenteres hvordan de 5 studieprogrammene, sett samlet, fordeler sine studenter på de inkluderte praksisarenaene:

**Tabell 10: Ergoterapeututdanningene (5 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
NAV	2	12
priv rusomsorg	2	12
off shtj hjmiddelsentral	6	21
privat, andre aktører	6	23
grunnskole	6	39
priv rehab-inst	12	22
khtj-sykehjem	13	48
off shtj rehab-inst	15	33
barnehage	23	18
off shtj-psyk	129	119
khtj-hjemtj	149	99
off shtj-soma	166	89

Rammeplanen for ergoterapeututdanning krever ekstern veiledet praksis tilsvarende mellom 45 og 60 sp. Det gis dermed stor variasjonsmulighet for den enkelte studieprogram mht omfang tid i praksisfeltet for den enkelte student. Rammeplanen er også lite styrende mht hvor ergoterapeutstudentene skal ha sin praksis: "Praksisstudiene skal omfatte sentrale arbeidsområder for ergoterapeuter".

Kommentarer:

- Ut fra rammeplanen er ikke praksis i nærmere definerte deler av spesialisthelsetjenesten obligatorisk, slik det er for sykepleier-, bioingeniør- og radiografstudenter. Likevel er praksis i spesialisthelsetjenesten en hovedarena for ergoterapeutstudentene, ut fra at ergoterapi er en viktig del av tjenestetilbudet særlig i større sykehus.
- Kommunehelsetjenesten og virksomheter innen psykisk helsearbeid er viktige praksisarenaer for ergoterapeutisk praksis. Disse praksisarenaene har mange ergoterapeutstudenter, og disse har lange praksisperioder.
- Ellers tyder tallene på at ergoterapeutstudentene har relativt lange praksisperioder når de først er ute, selv om det på mange av subarene for praksis er få studenter ute.

## 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

Her presenteres hvor likt eller ulikt utdanningene bruker aktuelle praksisarenaer.

**Tabell 11: Ergoterapeututdanningene: Variasjon i studieprogrammets bruk av aktuelle praksisarenaer**

<b>praksisarenaer</b>	<b>antall studieprogram (av 5) som bruker hver arena</b>
off shtj-soma	5
off shtj-psyk	5
khtj-hjemtj	5
grunnskole	4
off shtj rehab-inst	3
khtj-sykehjem	3
barnehage	3
off shtj hjmiddelsentral	2
priv rehab-inst	2
privat, andre aktører	2
NAV	1
priv rusomsorg	1

Kommentarer:

- Alle studieprogrammene i ergoterapi har studentene i praksis innen både somatikk og psykiatri i spesialisthelsetjenesten, og i hjemmetjenesten i kommunehelsetjenesten.
- Praksis i grunnskolen er en interessant arena for 4 av 5 studieprogram og i barnehage for 3 av 5 studieprogram
- Det er noe overraskende at ikke hjelpemiddelsentraler og rehabiliteringsinstitusjoner er en praksisarena som benyttes mer og av alle ergoterapeututdanningene.

**3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?**

**Tabell 12: Ergoterapeututdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker studentene er i praksis per praksisarena**

Praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off shtj-soma	11	28
off shtj-psyk	21	28
off shtj rehab-inst	10	12
off shtj hjmiddelsentral	9	12
khtj-sykehjem	12	28
khtj-hjemtj	8	48
NAV	12	12
priv rusomsorg	12	12
priv rehab-inst	2	20
privat, andre aktører	11	12
barnehage	2	12
grunnskole	4	12

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

**Kommentarer:**

- Tabell 12 viste at alle studieprogrammene hadde offentlig spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste som hovedarenaer for ekstern veiledet praksis. Da er det verdt å merke seg at studieprogrammene varierer veldig i hvor lang tid hver student har praksis på nettopp disse arenaene.
- Særlig er variasjonsbredde stor mellom studieprogrammene i bruken av hjemmetjenesten som praksisarena: Fra 8 uker til 48 uker i løpet av et studieforløp. Et så høyt tall som 48 ukers praksis for et studieprogram, må forøvrig bety at studentene er i praksis på samme praksisarena mer enn en gang i løpet av studiet: Ingen 3-årig helsefaglig høgskoleutdanning har studentene ute i praksis sammenhengende gjennom et helt studieår.

## V7.4 Farmasiutdanningene

I analysen av data sees utdanning til farmasøyt-provisor (5-årig studium ved universitet, 3 steder) og utdanning til farmasøyt-resepter (3-årig studium ved høgskole, 2 steder) under ett, til sammen 5 studieprogram. Dette fordi de faglig sett er nært beslektet tross nivåforskjeller i sluttkompetanse, og de 5 studieprogrammene benytter i hovedsak de samme praksisarenaene. Samlet studentvolum våren 2008 for provisorutdanningene var 563 studenter, mens det for reseptarutdanningene var 267, til sammen 830 farmasistudenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker farmasiutdanningene?

Hvordan fordeler de 5 studieprogrammene, sett samlet, sine studenter på de inkluderte praksisarenaene?

**Tabell 13: Farmasiutdanningene (5 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
off spes.helsetj-sykehusapotek	15	87
privat spes.helsetj-sykehusapotek	6	23
Privat apotek	205	108

Farmasiutdanningene er ikke styrt av rammeplaner, men av studieplaner utviklet lokalt og godkjent av styret selv ved de institusjonene som tilbyr farmasiutdanning. Som for mange av de øvrige profesjonsutdanningene, er disse utdanningene også underlagt internasjonale føringer for studieinnhold. Slike føringer har sammenheng med avtaler om profesjongodkjenning eller akkreditering på tvers av landegrensler.

Kommentarer:

- Det er den private apotektjenesten som er hovedarena for praksis for alle farmasiutdanningene. Samarbeidet mellom utdanningene og apotekvesenet er velregulert og går langt tilbake i tid. Det er også en ordning med "praksispool" som åpner for at studentene selv velger hvor i landet de vil ha sin praksis, så langt det lar seg gjøre.
- Verken offentlig eller privat sykehusapotek tar imot noe vesentlig volum studenter i praksis, men de få studentene som har slik praksis, ser ut til å ha relativt lange praksisperioder der.

### 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 14: Farmasiutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av praksisarenaer**

praksisarenaer	antall studieprogram (av 5) som bruker hver praksisarena
private apotek	5
off spesialisthelsetj.-sykehusapotek	4
priv spesialisthelsetj.-sykehusapotek	2

Kommentarer:

- I tillegg til at alle 5 studieprogram bruker private apotek som praksisarena, bruker 4 av 5 studieprogram også sykehusapotek i den offentlige spesialisthelsetjenesten som praksisarena
- Praksis også på sykehusapotek i privat sektor oppgis av 2 av studieprogrammene, ett provisorprogram og ett reseptarprogram.

**3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?**

**Tabell 15: Farmasiutdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker studentene er i praksis per praksisarena**

Praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off spesialisthelsetj-sykehusapotek	20	24
priv spesialisthelsetj-sykehusapotek	3	20
privat apotek	20	24

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

**Kommentarer:**

- Her er hovedinntrykket at praksisperiodene er rimelig jevnlange på tvers av flere praksisarenaer.
- Unntaket er praksis ved sykehusapotek i privat sektor der provisorprogrammet som bruker denne arenaen, har noen få av sine studenter ute i 20 uker, mens reseptarprogrammet har noen få av sine studenter ute i kun 3 ukers praksis.



## V7.5 Fysioterapeututdanningene

Det tilbys bachelorstudium i fysioterapi ved 4 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 866 studenter.

Høgskolen i Oslo har to studieretninger innenfor sitt bachelorprogram i fysioterapi: Studieretning fysioterapi og studieretning mensendieck. Men fagplanene for de to studieretningene er delvis felles, og praksisstudiene skal i utgangspunktet organiseres felles. Det er derfor ikke grunnlag for å skille mellom de to studieretningene ved Oslo-skolen i forhold til det som skal belyses i denne undersøkelsen.

Rammeplanen for fysioterapeututdanning krever 45 studiepoeng ekstern, veiledet praksis i løpet av studiet. Den er lite styrende for utdanningene mht hvilke arenaer som skal brukes og hvordan, den sier kun at praksisstudiene *"skal omfatte sentrale arbeidsområder for fysioterapeuter"*.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker fysioterapeututdanningene?

Tabell 16: Fysioterapeututdanningene (4 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
grunnskole	4	9
off spes.helsetj-rehab.institusjoner	14	20
privat spes.helsetj-sykehus	14	21
off spes.helsetj-psykisk helsevern	16	27
privat-rehab.institusjoner	97	30
egen klinikk	130	10
privat -fys.institutt	165	27
off spes.helsetj-somatikk	228	58
kommunhelsetj; fysioterapotj+hjemmetj	346	71

Kommentarer:

- Flere av studieprogrammene oppgir problemer med å få praksisplasser i kommunehelsetjenesten. Denne undersøkelsen viser likevel et stort volum fysioterapistudenter i praksis i kommunehelsetjenestens fysioterapitjeneste og i hjemmebaserte tjenester.
- Samtidig er det samlede volumet uker på denne praksisarenaen med så mange studenter ute relativt lavt, noe som tyder på at praksisperiodene i kommunehelsetjenesten for mange studenter er korte.
- Praksis i spesialisthelsetjenesten er ikke nevnt som obligatorisk i rammeplanen, men sykehus er et sentralt arbeidsområde for fysioterapeuter, så resultatet blir det samme: Praksis tilknyttet somatiske avdelinger/fysioterapiavdelinger i sykehus er en hovedarena for fysioterapeututdanningene. Men ukevolumet er relativt lavt, noe som tyder på få og/eller korte praksisperioder på denne arenaen i løpet av studiet.
- Den tredje hovedarenaen for praksis i fysioterapeututdanningene er ved private fysikalske institutter. Men også her tyder det samlede ukevolumet på at praksisperiodene per student er få og/eller korte.

## 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 17: Fysioterapeututdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer**

praksisarena	antall studieprogram (av 4) som bruker hver praksisarena
off spesialisthelsetj-soma	4
kommunehelsetj (fysioterapitj+hjemtj)	4
off spes.helsetj-psykiske helsevern	3
priv-rehab.institusjoner	3
priv-fysikalsk institutt	3
off spes.helsetj-rehab.institusjoner	2
priv-spes.helsetj-sykehus	1
grunnskole	1
egen klinikk	1

Kommentarer:

- Alle studieprogrammene har studenter i praksis på de to hovedarenaene beskrevet i rammeplanene, men ikke alle dekker praksis innen både somatikk og psykisk helsevern. Ellers varierer det mellom studieprogrammene i hvilken grad de benytter praksisplasser i egne rehabiliteringsinstitusjoner og i privat sektor.

## 3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?

**Tabell 18: Fysioterapeututdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker i praksis per praksisarena i løpet av studiet**

Fysioterapeututdanningene: Praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off spes.helsetj-soma	9	22
off spes.helsetj-psyk	8	10
off spes.helsetj-rehab.inst	9	11
kommunehelsetj=fysiotj+hjemtj	2	31
priv-spes.helsetj-sykehus	0	14
priv-rehab.institusjoner	1	22
priv-fysikalsk institutt	2	22
grunnskole	0	9
egen klinikk	0	10

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

Kommentarer:

- Noen studieprogram bruker, som vist, ikke alle arenaene – og bare ett studieprogram (HiO) har egen klinikk med veiledet pasientbehandling. Denne bruker utdanningen på samme måte som en ekstern praksisarena.
- Det mest påtakelige her er variasjonen i tid brukt til praksis i *kommunehelsetjenesten*, en praksisarena rammeplanen for fysioterapeututdanning presiserer at studenene skal ha praksis

på: Her varierer det mellom 2 og 31 uker. Tilsvarende er det stor variasjon i omfang uker brukt til praksis ved private fysikalske institutter.

- Ser man de to praksisarenaene i sammenheng, kan tallene tyde på at det ville vært interessant å undersøke nærmere om studieprogrammene bevisst legger opp til forskjellig faglig profil – for eksempel at det er forskjell mellom studieprogrammene mht hvilken vekt det legges på å få studentene ut i praksis i hhv kommunehelsetjenesten og private fysikalske institutter.

## V7.6 Jordmorutdanningene

Jordmorutdanning i Norge er egentlig en 2-årig videreutdanning for sykepleiere med to års yrkeserfaring som sykepleier. Jordmorutdanning tilbys ved 5 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 227 studenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker jordmorutdanningene?

Her presenteres hvordan de 5 jordmorutdanningene, sett samlet, fordeler sine studenters praksisstudier på de inkluderte praksisarenaene:

**Tabell 19: Jordmorutdanningene (5 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
privat spes.helsetj-somatikk	19	1
kommunehelsetj-helsestasjon	193	56
off spes.helsetj-somatikk	272	158

Kommentarer:

- Hovedarenaen er den offentlige spesialisthelsetjenesten, både i antall studenter og volum uker i praksisfeltet.
- Det er også et høyt antall studenter i praksis i kommunehelsetjenesten, men her tyder ukevolumtallet på at praksisperiodene er få og/eller korte, sammenlignet med praksis i helseforetak.
- Privat sektor er lite brukt

### 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 20: Jordmorutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av praksisarenaer**

praksisarena	antall studieprogram (av 5) som bruker hver arena
off spes.helsetj-somatikk	5
kommunehelsetj-helsestasjon	5
priv spes.helsetj-somatikk	1

Kommentarer:

- Profilen for praksisstudiene er lik for de 5 studieprogrammene: Alle bruker de samme 2 hovedarenaene for praksis
- En utdanning hadde også studenter ute i privat praksis i 1 uke. Det kan være fordi man manglet plasser i offentlig sektor, eller fordi man vurderte plassene i privat sektor som kvalitativt viktige. Slike vurderinger kan ikke denne undersøkelsen si noen om, men problemstillingen er viktig

dersom man vil gå nærmere inn på hvorfor praksisfeltet brukes som det gjør av de forskjellige studieprogrammene.

### 3) 3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?

**Tabell 21: Jordmorutdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker i praksis per praksisarena**

jordmorutdanningene: praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off shtj-soma	17	40
khtj-helsestasjon	2	32
priv shtj-soma	0	1

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

Kommentarer:

- Som vist, er de 5 studieprogrammene like med hensyn til hvilke praksisarenaer som brukes, men tabell 18 viser at de bruker disse arenaene svært forskjellig: Volumet praksis som er oppgitt per arena, varierer mellom 17 og 40 uker på hovedarenaen offentlig spesialisthelsetjeneste, og mellom 2 og 32 for kommunehelsetjenestep praksis.
- I den grad dette stemmer, åpner det for interessante spørsmål knyttet til hvordan studieprogrammene vurderer og begrunner tid "inne" versus tid "ute" i en så spesialisert videreutdanning som denne.

## V7.7 Medisinerutdanningene

Det tilbys profesjonsstudium i medisin ved 4 universiteter, med et samlet studentvolum våren 2008 på 3518 studenter. Studiet varer i 6 år.

Omfanget ekstern praksis i de 6-årige medisinerutdanningene er lavt, ettersom klinisk undervisning og trening ved det universitetssykehuset den enkelte utdanning forholder seg til, ikke regnes som ekstern praksis av utdanningene selv. Utdanningene har derfor kun rapportert den brukerrettete praksisen som studentene har ved andre sykehus enn "deres eget" og hos andre aktører, som legetjenesten i primærhelsetjenesten.

Praksisstudiene er plassert forskjellig over årene ved de 4 studieprogrammene, men felles er at det ikke er ekstern praksis i mer enn 2 de 6 årene studiet varer.

## 1) Hvilke praksisarenaer bruker medisinerutdanningene?

**Tabell 22: Medisinerutdanningene (4 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
off shtj-somatikk	553	53
Legetjen.- primærhelsetj <sup>1)</sup>	1003	28

<sup>1)</sup> Kategorien 'legetjeneste-primærhtj' omfatter både fastleger og private aktører, dvs privatpraktiserende leger med og uten avtale med kommunene, samt private medisinske sentre, fordi respondentene ikke hadde oversikter over utplasseringer i tråd med spørreskjemaet.

Kommentarer:

- Medisinerutdanningene bruker kun 2 av de 36 praksisarenaene som er inkludert i denne undersøkelsen som arena for ekstern veiledet praksis for sine studenter
- De bruker også disse to arenaene lite: Selv om volumet studenter er meget høyt, er ukevolumet meget lavt – som tyder på at studentene er ute kun i korte perioder. Flere av studieprogrammene har for eksempel studentene ute i halve og hele dager gjennom flere semestre, noe som her er lagt sammen til uker per student.

## 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 23: Medisinerutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av praksisarenaer**

ekstern praksisarena	antall studieprogram (av 4) som bruker hver arena
off spes.helsetj-somatikk	4
all legetjeneste i primærhelsetj	4

## 3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?

**Tabell 24: Medisinerutdanningene: Variasjonsbredde mellom utdanningene i antall uker i praksis per praksisarena**

ekstern praksisarena	variasjonsbredde i uker mellom utdanningene	
	minst	mest
off spes.helsetj-somatikk	6	16
all legetjeneste i primærhelsetj	4	9

Kommentarer:

- Det er en relativt stor variasjonsbredde i de fire utdanningenes opplegg i tid for studentene i ekstern praksis både ved andre sykehus og i primærhelsetjenesten. Det ville vært interessant å ha oversikt over hvordan utdanningene tenker om betydningen av den eksterne praksisen, og hva som bestemmer hvor mye praksis eller hvor lange praksisperioder studentene har i ekstern praksis.

## V7.8 Psykologutdanningene

Det tilbys profesjonsstudium i psykologi ved 4 universiteter, med et samlet studentvolum våren 2008 på 1305 studenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker psykologutdanningene?

**Tabell 25: Psykologutdanningene (4 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
off shtj-psykisk helsevern	442	324
khtj-sykehjem	264	3
egen klinikk <sup>1)</sup>	112	59
priv shtj-psyk+soma	58	118
barnehage	24	2
off shtj-soma	20	33
off shtj-rusomsorg	14	66
off shtj-ambul.team	7	66
off shtj rehab-inst	7	66
privat, andre aktører	6	16
kht-helsestasjon	5	42
PP-tjeneste	5	50
barnevern	4	46
NAV	3	26
priv rehab-inst	1	16

<sup>1)</sup> det mangler tall for antall studenter og studenttaker i praksis ved egne klinikk/intern klinikk fra 2 av institusjonene

#### Kommentarer:

- I motsetning til profesjonsstudiene i medisin, bruker psykologutdanningene svært mange av de inkluderte praksisarenaene til ekstern praksis for sine studenter. Av 21 profesjonsutdanninger i denne undersøkelsen ligger psykologutdanningene på 4.plass mht hvor mange praksisarenaer de benytter til ekstern praksis for sine studenter.
- Samtidig framgår det tydelig at det primært handler om 1 hovedarena: Avdelinger og enheter for psykisk helsevern under spesialisthelsetjenesten. Her er studenttallet svært høyt, og også volumtallet for praksisuker. Dette tyder på at hver student har en eller flere lange praksisperioder på denne arenaen.
- Et stort antall psykologstudenter er også innom kommunehelsetjenestens syke- og aldershjem, men ukevolumet tilsier at dette er snarvisitter/ korte praksisperioder.
- Det er også rapportert lange praksisperioder i den private spesialisthelsetjenesten, men her er det snakk om veldig få studenter.

## 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 26: Psykologutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer**

<b>praksisarena:</b>	<b>antall studieprogram (av 4) som bruker hver arena</b>
egen klinikk/intern klinikk	4
off spes.helsetj-somatikk	4
off spes.helsetj-psykisk helsearbeid	3
off spes.helsetj-ambulante team	3
off shtj-rusomsorg	3
off shtj rehab-institusjoner	3
khtj-sykehjem	2
kht-helsestasjon	2
barnevern	2
NAV	2
privat spes.helsetj; psykisk helsearb +somatikk	2
privat rehab.-institusjon	1
privat, andre aktører	1
barnehage	1
PP-tjenesten	1

### Kommentarer:

- Her framgår det tydelig at psykologutdanningene primært bruker den offentlige spesialisthelsetjenesten som praksisarena, men 2 av 4 studieprogram oppgir at de også har praksisplasser i den private spesialisthelsetjenesten
- Tabellen viser at den bredden i bruk av praksisarenaer man får inntrykk av under pkt 1), utnyttes av få av studieprogrammene.

3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?

Tabell 27 : Psykologutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena

praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off spes.helsetj-somatikk	1	32
off spes.helsetj-psykisk helsearbeid	48	126
off shtj-ambulante team	16	26
off shtj-rusomsorg	16	26
off shtj rehab-institusjoner	16	26
kommunehelsetj-sykehjem	0	3
kommunehelsetj-helsestasjon	16	26
barnevern	20	26
NAV	0	26
privat spes.helsetj: psykisk helsearb +somatikk	16	46
privat rehab-institusjon	0	16
privat, andre aktører	0	16
barnehage	0	2
PP-tjenesten	24	26
egen klinikk	23	36

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

Kommentarer:

- Variasjonsbredden i antall ukers praksis innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten er svært stor. Eneste mulige forklaring, bortsett fra feilrapportering, er at ett eller flere av studieprogrammene har sine studenter i relativt lange praksisperioder på samme type praksisarena flere ganger i løpet av profesjonsstudiet, mens andre har studentene der kanskje bare en gang.
- Det er også interessant å merke seg at praksis for psykologstudenter i somatiske avdelinger i den offentlige spesialisthelsetjenesten varierer fra 1 til 32 uker. Dersom disse tallene er riktige, må det bety at enten tilgangen til eller verdien av praksis på denne praksisarenaen er eller vurderes forskjellig ved de fire studieprogrammene.
- Ellers er det å bemerke at psykologstudentene gjennomgående har lengre praksisperioder enn studentene fra de fleste andre profesjonsutdanningene i denne undersøkelsen, med unntak av jordmorstudentene og til dels sosionomstudentene.



## V7.9 Radiografutdanningene

Det tilbys bachelorstudium i radiografi ved 6 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 525 studenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker radiografutdanningene?

**Tabell 28: Radiografutdanningene (6 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

<b>praksisarena</b>	<b>studenter ut 2007-2008 (alle årskull)</b>	<b>sum ukevolum per prx-arena 2007-2008</b>
off spes.helsetj-somatikk	429	125
priv-andre aktører	27	24
priv shtj-soma	11	10
off shtj rehab-inst	2	6

Kommentarer:

- Hovedarenaen for radiografstudentenes praksis er radiologiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten.
- I den grad noen av programmene brukes andre praksisarenaer, kommenteres dette som unntak grunnet problemer med å få nok praksisplasser i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

### 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 29: Radiografutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer**

<b>praksisarena</b>	<b>antall studieprogram (av 6) som bruker hver arena</b>
offentlig spes.helsetj-somatikk	6
privat spes.helsetj-somatikk	2
off shtj; rehab-institusjoner	1
privat - andre aktører	1

Kommentarer:

- Kun 1 eller 2 av studieprogrammene har studenter på andre praksisarenaer enn radiologiske avdelinger i den offentlige spesialisthelsetjenesten

**3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?**

**Tabell 30: Radiografutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena**

praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off shtj-soma	7	32
off shtj rehab-inst	0	6
priv shtj-soma	4	6
priv-andre aktører	0	24

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

**Kommentarer:**

- Variasjonen i samlet ukevolum praksis i spesialisthelsetjenesten varierer veldig mellom disse studieprogrammene, fra 7 uker til 32 uker. For programmene med størst ukevolum tyder dette på at studieprogrammet bruker samme arena flere ganger i samme studieår.

## V7.10 Sosionomutdanningene

Det tilbys bachelorstudium i sosialt arbeid ved 12 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 2519 studenter.

Rammeplanen for 3-årig sosionomutdanning krever at sosionomstudentene skal ha "minimum 30sp (...) i samarbeid med brukere/klienter." Ut over det stilles ingen krav til hvor, når eller hvor lenge praksisperiodene skal være.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker sosionomutdanningene?

**Tabell 31: Sosionomutdanningene (12 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
sosialkontor	191	198
barnevern	165	192
off shtj-rusomsorg	83	159
priv-andre aktører	78	12
off shtj-psyk	56	347
off shtj-rehab.inst	30	93
NAV	27	134
grunnskole	27	67
off shtj-soma	24	98
priv-rusomsorg	22	94
khtj-hjemtj	13	83
barnehage	10	5
priv shtj-soma+psyk	4	45
PPT	4	67
egen klinikk	4	13
off shtj-ambul.team	2	28
priv-rehab.inst	2	20
andre spesped.tiltak	2	15
khtj-sykehjem	1	9

Kommentarer:

- Profesjonsutdanningen benytter svært mange arenaer og aktører for sine studenter i praksis, og 19 av praksisarenaene inkludert i vår undersøkelsen. Bare sykepleierutdanningene benytter flere.
- Det andre som er slående med denne profesjonsutdanningen sammenlignet med de øvrige, er volumtallene for uker per arena: Selv om det er relativt få studenter per arena, er ukevolumtallene høye. Det tyder på at sosionomstudentene har mange og/eller lange praksisperioder på samme praksisarena i løpet av studiet.
- I volum studenter er det praksis ved sosialkontor og i barnevernet som er hovedarenaene. Men i volum uker er det praksis i enheter for psykisk helsevern innenfor offentlig spesialisthelsetjeneste som er hovedarena.

## 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

**Tabell 32: Sosionomutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer**

<b>praksisarena</b>	<b>antall studieprogram (av 12) som bruker hver praksisarena</b>
sosialkontor	12
off spes.helsetj-psykisk helsearbeid	11
barnevern	11
off shtj-rusomsorg	10
NAV	9
privat-rusomsorg	7
off spes.helsetj-rehab.institusjoner	6
off shtj-somatikk	5
kommunehelsetj-hjemmetjenesten	5
grunnskole	5
PPT	4
privat spes.helsetj:-soma+psyk	3
off shtj-ambulante team	2
khtj-sykehjem	1
privat-rehab.institusjoner	1
privat -andre aktører	1
barnehage	1
andre spes.ped.-tiltak	1
egen klinikk	1

### Kommentarer:

- Av de 19 praksisarenaene som blir benyttet av profesjonsutdanningen, er det bare 5 som blir brukt av et klart flertall av de 12 studieprogrammene.
- Praksisutplassering til privat sektor er ikke utbredt. Kun innenfor rusomsorgen benytter et flertall av sosionomutdanningene også praksisplasser i privat sektor.

3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?

Tabell 33: Sosionomutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena

praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off spes.helsetj-somatikk	12	37
off spes.helsetj-psykisk helsearbeid	9	45
off shtj-ambulante team	13	15
off shtj-rusomsorg	9	22
off shtj-rehab.institusjoner	10	19
kommunehelsetj-sykehjem	9	9
kommunehelsetj-hjemmetjenesten	8	30
Sosialkontor	9	22
Barnevern	11	24
NAV	8	22
priv spes.helsetj: somatikk +psyk. helsearb	12	18
privat –rusomsorg	12	20
privat -rehab.institusjoner	20	20
privat -andre aktører	12	12
barnehage	5	5
grunnskole	5	22
PPT	12	22
andre spes.ped.-tiltak	15	15
egen klinikk	15	13

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

Kommentarer:

- Som vist i tabell 33, er sosialkontoret den eneste praksisarenaen alle 12 studieprogrammene benytter – en selvfølgelig hovedarena for sosionomstudenter. Men selv her er variasjonsbredden i volum uker mellom studieprogrammene ganske stor: Fra 9 til 22 uker. Det ville vært interessant å vite om dette har sin årsak i faglige eller praktiske grunner, det siste da særlig i forhold til at det gis uttrykk for at utdanningene har problemer med å skaffe nok praksisplasser.
- Variasjonsbredden i tid brukt i praksis i enheter for psykisk helsevern i den offentlige spesialisthelsetjenesten er påtagelig stor: Fra 9 til 45 uker. Dette må bety at ett eller flere studieprogram har flere årskull studenter ute i praksis på samme praksisarena i løpet av studieåret, altså at studenten utfordres på samme praksisarena flere ganger i løpet av hele studiet.
- Med unntak av praksis i barnehage og grunnskole, er det tydelig at alle sosionomutdanningene satser på lange praksisperioder for studentene på alle arenaer de benytter. 8 til 12 ukers praksisperioder ser ut til å være minstemålet per praksisperiode eller praksis arena her.

## V7.11 Sykepleierutdanningene

Det tilbys bachelorstudium i sykepleie ved 28 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på 12.041 studenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker sykepleierutdanningene?

Rammeplanen for sykepleierutdanning er den mest detaljregulerte av alle rammeplaner. Her kreves at alle studentene skal ha så så lange praksisperioder innen 5 hovedarenaer for praksisstudier. Det legges særlig vekt på betydningen av praksis ”med døgkontinuerlig oppfølging av pasienter”, men det stilles også krav til praksis innen forebyggende helsearbeid og på andre spesielt nevnte arenaer. Det gis også føringer for når i studiet studentene skal ut i praksisfeltet.

**Tabell 34: Sykepleierutdanningene (28 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

praksisarena	studenter ut 2007-2008 (alle årskull)	sum ukevolum per prx-arena 2007-2008
off shtj-soma	6326	566
khtj-sykehjem+aldershj	4768	288
khtj-hjemmetj	3300	306
off shtj-psyk	2498	372
khtj-helsestasjon	1267	25
priv-sykehjem+aldershj	574	91
off shtj-rusomsorg	157	140
off shtj-rehab.inst	153	117
priv shtj-psyk	104	90
priv shtj-rusomsorg	58	58
off shtj-ambul.team	52	60
priv shtj-soma	30	32
priv-hjemmetj	22	8
priv shtj-rehab.inst	20	9
barnehage	10	6
grunnskole	10	3
priv-andre aktører	5	2
khtj-fysioterapitj	4	2
NAV	4	2
priv-sykehus u/avtale	4	8
off shtj-sykehusapotek	2	2
legetj i primærhelsetj	1	2

Kommentarer:

- Sykepleierutdanningene følger opp den praksisprofilen de er lovpålagt å legge opp til: Studentmassen fordeler seg primært på 3 arenaer i spesialisthelsetjenesten (2 somatiske avdelingstyper: kirurgi og medisin, og på enheter innen psykisk helsearbeid), og 3 arenaer i kommunehelsetjenesten.
- Selv om studentvolumet er enormt, utdanningene sett samlet, er ukevolumet per praksisarena gjennomgående lavt. Altså kan det se ut til at sykepleierstudentene har flere heller enn lengre praksisperioder per arena. Dette virker som en rimelig tolkning blant annet ut fra at det er så

mange arenaer en sykepleierstudent skal innom i løpet at studiet sitt at de ikke kan være for lenge på hver arena. Et annet moment kan være at flere av utdanningene har så mange studenter at de, på grunn av begrenset antall praksisplasser, må dele årskullene i både 3 og 4 gjennom studieåret for å få gjennomført praksisstudiene for alle.

- Det som ellers slår en med 34 er at sykepleierutdanningene bruker et stort antall praksisarenaer for et lite antall studenter per arena. Dette må det være ressurskrevende å organisere for utdanningene. At det er slik, er trolig et resultat både av nød og lyst: At det for de volummessig store utdanningene er en utfordring å få nok plasser til alle studenter i alle praksisperioder, og at det også tenkes alternativt med hensyn til hvor studentene kan få relevant læringsutbytte i praksisfeltet.

## 2) Er det variasjon mellom sykepleierutdanningene i bruken av hver praksisarena?

Sykepleierutdanningene benytter hele 22 av de 35 subarenaene for praksisstudier inkludert i vår undersøkelse. Ut fra at denne utdanningen har den desidert strengeste rammeplanen med hensyn til både praksisarena og tid i praksis, var en mer lik profil over 28 studieprogram enn for de øvrige profesjonsutdanningene forventet:

**Tabell 35: Sykepleierutdanningene: Variasjon i studieprogrammernes bruk av aktuelle praksisarenaer**

Praksisarena	Antall studieprogram (av 28) som bruker hver praksisarena
off spes.helsetj-somatikk	28
off spes.helsetj-psykisk helsearbeid	28
kommunehelsetj-: sykehjem+aldershj	28
kommunehelsetj-hjemmetjenesten	28
khtj-helsestasjon	16
off spes.helsetj-rusomsorg	15
off shtj-rehab.institusjoner	14
privat spes.helsetj-psykisk helsearbeid	10
privat -sykehjem+aldershj	10
off shtj-ambulante team	8
privat spes.helsetj-rusomsorg	7
privat spes.helsetj-somatikk	4
privat shtj-rehab.institusjoner	2
Barnehage	2
off spes.helsetj-sykehusapotek	1
kommunehelsetj-fysioterapitjenesten	1
all legetjeneste i primærhelsetj	1
NAV	1
privat; sykehus u/avtale	1
privat –hjemmetjenester	1
privat -andre aktører	1
Grunnskole	1

Kommentarer:

- Alle de 28 sykepleierutdanningene er 'lydige' mht de 4 hovedarenaene for ekstern veiledet praksis for sykepleierstudenter i både den offentlige spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.
- Bildet er mer variert når det gjelder bruken av arenaer utenfor sykehusavdelinger og sengeposter i den offentlige helsetjenesten. Selv om rammeplanen er klar på hvilke områder utenfor disse som skal dekkes for alle studenter, har bare rundt 15 av 28 studieprogram studenter i praksis innen viktige områder som rusomsorg, rehabilitering og helsestasjonsarbeid.
- Samtidig rapporterer opptil 10 av 28 studieprogram å ha studenter i privat sektor, i privat spesialisthelsetjeneste (både somatikk og psykisk helsearbeid) og ved private syke- og aldershjem, og 7 program (25%) rapporterer om plasser i privat rusomsorg.
- Verdt å nevne også er at av 22 registrerte praksisarenaer for sykepleierstudenter, brukes 8 av disse av kun 1 av de 28 studieprogrammene.

### 3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?

**Tabell 36: Sykepleierutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena**

praksisarenaer i bruk	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	minst <sup>1)</sup>	mest
off spes.helsetj-somatikk	9	37
off spes.helsetj-psykisk helsearbeid	7	34
off spes.helsetj-ambulante team	2	10
off spes.helsetj-rusomsorg	7	17
off shtj-rehab.institusjoner	4	18
off shtj-sykehusapotek	0	2
kommunehelsetj.: sykehjem+aldershj	6	20
kommunehelsetj-hjemmetjenesten	6	24
khtj-helsestasjon	1	2
khtj-fysioterapitjenesten	0	2
all legetjeneste i primærhelsetjenesten	0	2
NAV	0	2
privat spes.helsetj-somatikk	8	8
privat spes.helsetj-psykisk helsearbeid	8	15
priv shtj-rusomsorg	7	9
priv shtj-rehab.institusjoner	2	7
privat -sykehus u/avtale	0	8
privat -sykehjem+aldershjem	7	20
privat -hjemmetjenester	0	8
privat -andre aktører	0	2
Barnehage	2	4
Grunnskole	0	3

1) står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen



Kommentarer:

- I rammeplanen for sykepleierutdanning kreves det et minimum av 8 ukers praksis på de fleste av de obligatoriske arenaene for praksis. Det framgår av figuren over at dette minimumet overholdes på de arenaene der alle 28 studieprogrammene har sine studenter.
- Interessant er det da at noen utdanninger tydeligvis har sine studenter på disse hovedarenaene atskilling mer enn minimumskravet: Innenfor somatisk praksis og praksis innen psykisk helsevern i den offentlige spesialisthelsetjenesten er variasjonsbredden fra 7 til 37 uker, og innen kommunehelsetjenestepraksis er variasjonsbredden fra 6 til 24 uker.

## V7.12 Tannhelseutdanningene: Tannlege-, tannpleier- og tannteknikerutdanning

Det tilbys profesjonsstudium i odontologi ved 3 universiteter, bachelorstudium i tannpleie ved de samme tre universitetene, og bachelorstudium i tannteknikk ved Høgskolen i Oslo.

Tannhelseutdanningene (7)	DBH-reg. stud. våren 2008 (alle årskull)
profesjonsstudium i odontologi (3)	697
bachelorstudium i tannpleie (3)	159
bachelorstudium i tannteknikk (1)	38
<b>sum tannhelseutdanningene</b>	<b>894</b>

De følgende 3 tabellene viser likheter og forskjeller mellom de tre utdanningstypene med hensyn til ekstern praksis.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker tannlege-, tannpleier- og tannteknikerutdanningene, og hvordan bruker de praksisfeltet?

Tabell 37: Tannlegeutdanningene: Arenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet

TANNLEGEUTDANNINGENE (3)					
praksisarena	antall studieprogram som bruker hver prx-arena	studenter ute 2007-2008	uker i prx 2007-2008	variasjon mellom studieprogrammene i tid i praksis per praksisarena	
off tannhelsetj	3	143	24	3	16
khtj-sykehjem	1	48	1		
intern klinikk	3	339	115	37	40

Kommentarer:

- Egne internklinikker der studentene møter og arbeider med pasienter, er åpenbart den viktigste praksisarenaen for tannlegestudentene: Både i volum studenter og volum uker er denne praksisarenaen størst. Tidsbruken i intern klinikkpraksis er også rimelig jevn for alle tre studieprogrammene.
- Den offentlige tannhelsetjenesten blir brukt som praksisarena av alle tre studieprogram, men volum tid i slik praksis per student varierer mye, fra 3 uker i et program til 16 uker i et annet.
- Bare ett av studieprogrammene har oppgitt å ha studenter i den kommunale helsetjenesten ved sykehjem og/eller innen rusomsorg.

**Tabell 38: Tannpleierutdanningene: Arenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet**

<b>TANNPLEIERUTDANNINGENE (3)</b>					
<b>praksisarena</b>	<b>antall studieprogr som bruker hver prx-arena</b>	<b>Studenter ute i prx 2007-2008</b>	<b>uker i prx 2007-2008</b>	<b>variasjon mellom studieprogrammene i tid i praksis per praksisarena</b>	
off tannhelsetj	3	90	23	5	12
khtj-sykehjem	2	45	5	2	3
intern klinikk	2	75	58	20	38

Kommentarer:

- Den offentlige tannhelsetjenesten er hovedarena for praksis for tannpleierstudentene. Men tiden de er ute i slik praksis varierer mye mellom studieprogrammene, fra 5 uker til 12 uker.
- Et av studieprogrammene har ikke praksis i kommunehelsetjenesten (sykehjem og/eller rusomsorg), mens de to øvrige har sine studenter ute en kort periode (2 eller 3 uker)
- Et av studieprogrammene har ikke praksis ved internklinikk.

**Tabell 39: Tannteknikerutdanningen: Arenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet**

<b>TANNTEKNIKERUTDANNINGEN (1)</b>		
<b>praksisarena</b>	<b>studenter ute 2007-2008</b>	<b>uker i prx 2007-2008</b>
off tannhelsetj	15	1
privat tannklinikk	6	10
privat tannteknisk lab.	35	10

Kommentarer:

- Privat tannteknisk laboratorium er hovedarenaen for ekstern praksis for tannteknikerstudentene
- Tannteknikerstudentene har knapt pasientnær klinisk praksis i den offentlige tannhelsetjenesten (1 uke) , men de har en relativt lang praksisperiode i private tannklinikker (10 uker).

#### **TANNHELSETEAMET:**

Begrepet "tannhelseteam" blir vanligvis brukt om tannleger og tannpleiere. Fra flere hold er det tatt til orde for at også tannteknikerne hører hjemme i tannhelseteamet, som ledd i å styrke og kvalitetssikre så vel forebyggende som behandlende tannhelsearbeid. På grunn av sterk konkurranse fra utlandet mht tanntekniske produkter, mener mange at det er særlig viktig nå å satse mer aktivt på å beholde et norsk fagmiljø med ekspertise innen tannteknikk.

Økt fokus på muligheter for samlokalisering og teamarbeid innen tannhelse både under utdanning og i profesjonsutøvelsen er viktige utviklingstrekk. UiO har tannteknikerutdanningen ved HiO med på laget når det nå planlegges for nytt odontologibyg. Når det blir en realitet vil de tre tannhelseutdanningene kunne samlokaliseres, med det potensialet det gir for teambasert læring i både intern og ekstern praksis.

Foreløpig ser de 7 tannhelseutdanningenes praksisstudier slik ut mht arena og volum:

**Tabell 40: De 7 tannhelseutdanningenes bruk av 5 praksisarenaer**

<b>praksisarena</b>	<b>studenter i praksis 2007-2008</b>	<b>Rapportert ukevolum 2007-2008</b>
internklinikk m/pas (tannlege- og tannpleierutd.)	414	173
off tannhelsetj ( <b>alle 7 utdann</b> )	248	48
khtj-sykehjem+aldershj (tannlege- og tannpleierutd)	93	6
privat tannteknisk lab. (kun tannteknikerutd)	35	10
privat tannklinikk (kun tannteknikerutd)	6	10

Kommentarer:

- Alle studieprogrammene har studenter i praksis i den fylkeskommunale offentlige tannhelsetjenesten (DOT). Men det er en viktig forskjell: Tannlege- og tannpleierutdanningene bruker den offentlige tannhelsetjenesten som hovedarena for sin praksis, mens tannteknikernes viktigste praksisarena er private tanntekniske laboratorier.
- Dette gjenspeiler seg også i omfanget praksis per utdanningstype:

**Tabell 41: Hvordan de 5 studieprogrammene bruker den offentlige tannhelsetjenesten som praksisarena**

<b>studieprogram</b>	<b>praksisarena: Offentlig tannhelsetjeneste (DOT)</b>			
	<b>respondent</b>	<b>ant stud</b>	<b>ant uker per studieprogram</b>	<b>sum per profesjon</b>
tannlegestudiet	UiB	48	3	
	UiO	65	5	
	UiT	30	16	24
tannpleierstudiet	UiB	42	5	
	UiO	24	6	
	UiT	24	12	23
tannteknikerstudiet	HiO	15	1	1
	<b>sum</b>	<b>248</b>	<b>48</b>	<b>48</b>

## V7.13 Vernepleierutdanningene

Det tilbys bachelorstudium i vernepleie ved 12 UH-institusjoner i Norge, med et samlet studentvolum våren 2008 på hele 2831 studenter.

### 1) Hvilke praksisarenaer bruker vernepleierutdanningene?

**Tabell 42: Vernepleierutdanningene (12 studieprogram): Samlet studentvolum og ukevolum per praksisarena studieåret 2007-2008**

<b>praksisarena</b>	<b>studenter ut 2007-2008 (alle årskull)</b>	<b>sum ukevolum per prx-arena 2007-2008</b>
1. kommunehtj- hjemmetjenesten	700	263
2. kommunehtj- sykehjem+aldershj	594	136
3. grunnskole	132	110
4. off spes.helsetj-psykisk helse	124	212
5. Barnehage	102	96
6. off spes.helsetj-rusomsorg	57	107
7. Barnevern	37	93
8. andre spesped.tiltak	23	43
9. Sosialkontor	23	42
10. off spes.helsetj-rehab.inst	21	44
11. off spes.helsetj-ambulante team	18	88
12. privat spes.htj-rusomsorg	15	37
13. privat-sykehjem+aldershj	14	17
14. privat spes.htj-rehab.inst	9	28
15. NAV	4	21
16. privat spes.htj-psykiske helsevern	4	8
17. off spes.htj-somatisk avd.	3	18
18. PPT	3	22

Kommentarer:

- Det store praksisvolumet, både i studenttall og relativt ukevolum, ligger på helsetjenestesiden og i kommunal virksomhet.
- I spesialisthelsetjenesten er det primært som praksisarenaer innen psykisk helsevern og rusomsorg som er viktige
- Grunnskole og barnehage er også viktige arenaer, selv om forholdet mellom studenttall og ukevolum tyder på at praksis per student her er relativt kortvarig.

## 2) Er det variasjon mellom studieprogrammene i bruken av hver praksisarena?

Tabell 43: Vernepleierutdanningene: Variasjon i studieprogrammenes bruk av aktuelle praksisarenaer

praksisarena	antall studieprogram (av 12) som bruker hver praksisarena
off spes.helsetj-psykisk helsearbeid	12
kommunehelsetj.: sykehjem+aldershj	12
kommunehelsetj: hjemmetjenesten	12
off spes.helsetj-rusomsorg	11
grunnskole	11
barnehage	10
barnevern	9
off spes.helsetj-ambulante team	7
off spes.helsetj-rehab.institusjoner	5
sosialkontor	4
privat spes.helsetj-rusomsorg	4
andre spes.ped.-tiltak	4
privat spes.helsetj-rehab.institusjoner	3
off spes.helsetj-somatikk	2
NAV	2
privat-sykehjem+aldershj	2
PPT	2
privat spes.helsetj-psykisk helsearbeid	1

### Kommentarer:

- Alle 12 studieprogrammene har praksis på de samme hovedarenaene innen den offentlige spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, i tråd med rammeplanens krav.
- Ut over dette viser tabell 40 at vernepleierutdanningene i varierende grad bruker et stort antall av de inkluderte praksisarenaene (det er bare sykepleier- og sosionomutdanningene bruker flere praksisarenaer). Kommentarer til dette går på at vernepleierutdanning er den eneste av de 21 profesjonsutdanningene som har det man kan kalle en dobbelt identitet: Utdanningen er både en helsefaglig og en sosialfaglig utdanning. Og variasjonen kan forklares ved at vernepleierutdanningen har læringsmål som ikke er arena- eller målgruppeavhengig. Derfor kan studenter i samme kull og samme praksisperiode være spredt på mange ulike praksisarenaer, og likevel ha de samme læringsmålene for praksisperioden.

3) Er det variasjon mellom studieprogrammene mht hvor stort praksisvolum per praksisarena det legges opp til?

Tabell 44 : Vernepleierutdanningene: Variasjonsbredde mellom studieprogrammene i antall uker studentene er ute i praksis på samme type praksisarena

praksisarena	variasjonsbredde i volum studentuker i praksis per praksisarena	
	Minst <sup>1)</sup>	mest
off spes.helsetj-somatikk	8	10
off spes.helsetj-psykisk helsevern	8	36
off spes.helsetj-ambulante team	9	12
off spes.helsetj-rusomsorg	6	12
off spes.helsetj-rehab.institusjoner	6	11
khtj-sykehjem+aldershj	6	24
khtj-hjemmetjenesten	10	36
sosialkontor	9	12
barnevern	6	12
NAV	9	12
privat spes.helsetj-psykisk helsevern	8	8
privat spes.helsetj-rusomsorg	6	12
privat spes.helsetj-rehab.institusjoner	8	10
privat sektor: sykehjem+aldershj	8	9
barnehage	6	12
grunnskole	6	12
PPT	10	12
andre spes.ped.-tiltak	9	12

<sup>1)</sup> står det 0 i "minst"-kolonnen, betyr dette at det kun er 1 studieprogram som benyttet denne praksisarenaen i 2007-2008, og programmets praksisvolum står i "mest"-kolonnen

Kommentarer:

- Alle praksisarenaer brukes av mer enn 1 av de 12 studieprogrammene
- Størst variasjon er det mellom studieprogrammen i bruken av psykisk helsevern i den offentlige spesialisthelsetjenesten som praksisarena (28 uker i forskjell fra minst til størst volum 2007-2008)
- Det er også stor variasjon mellom studieprogrammene i volum praksis i kommunal sykehjems- og hjemmetjeneste
- For de øvrige arenaene ser studieprogrammene ut til å legge opp til minimum 6 uker, selv om mange program også har mer enn det.

## V7.14 Profesjonsutdanninger som tilbys ved kun en UH-institusjon i landet

Praksisarenabruken ved de utdanningene det bare finns en av, oppsummeres her. Tannteknikerutdanningen, som kun finnes ved Høgskolen i Oslo, er presentert i pkt V5.12, tannhelseutdanningene. Her presenteres de øvrige. Det gjelder audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), utdanning til klinisk ernæringsfysiolog ved Universitetet i Oslo (UiO), optikerutdanningen ved Høgskolen i Buskerud (HiBu) og ortopediingeniørutdanningen og velferdsviterutdanningen ved Høgskolen i Oslo (HiO).

### AUDIOGRAFUTDANNING, HiST

- Våren 2008 hadde audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag 102 registrerte studenter (ref.DBH).
- Studentene har omfattende ferdighetstrening ved eget laboratorium gjennom hele studiet, også brukerrettet ferdighetstrening.
- I løpet av studiet skal studentene ha 16 ukers ekstern veiledet praksis. Studenter ved Program for audiografutdanning gjennomfører ekstern praksis på 2 praksisarenaer:
  - o ved høresentraler ved offentlige sykehus
  - o hos privatpraktiserende audiografer.

### UTDANNING TIL KLINISK ERNÆRINGSFYSILOG, UiO

- Klinisk ernæringsfysiolog er en yrkestittel som forutsetter autorisasjon fra Statens autorisasjonskontor for helse personell. Studentene kvalifiserer seg gjennom et 3-årig bachelorstudium i ernæring og en 2-årig masterpåbygging ved UiO.
- Våren 2008 var det registrert totalt 62 studenter på masterstudiet ved UiO (ref. DBH).
- I UHR- undersøkelsen er det oppgitt at for studieåret 2007-2008 hadde 24 masterstudenter 9 ukers praksis i den offentlige spesialisthelsetjenesten, ved somatiske avdelinger.

### OPTIKERUTDANNING, HiBu

- Bachelorstudiet i optometri, som kvalifiserer til yrke som optiker. Våren 2008 var det registrert totalt 182 studenter ved dette studiet.
- Optikerstudentene 3 måneders sammenhengende og veiledet praksis i 2. studieår, og 58 studenter var i praksis hos privatpraktiserende optikere/ i optikerforretninger.
- Brukerrettet ferdighetstrening foregår gjennom hele studiet ved avdelingens egen synsklinikk, som tilbyr synsundersøkelse til publikum hele studieåret.

### ORTOPEDIINGENIØRUTDANNING, HiO

- Ortopediingeniørutdanningen ved HiO har ikke opptak av studenter hvert år. Våren 2008 var det registrert total 12 studenter ved utdanningen.
- Disse 12 studentene hadde ekstern veiledet praksis på 2 arenaer:
  - o offentlig spesialisthelsetjeneste; ortopedisk verksted i sykehus
  - o privat sektor; ortopediske verkstedsbedrifter
- De ortopediske verkstedsbedriftene er den klart viktigste praksisarenaen for denne utdanningen, og partene samarbeider om å finne gode løsninger for praksisstudiene. Men finansieringen av veiledet praksis er en stor utfordring, ettersom bedriftenes inntekt er produksjonsbasert og veiledning av studenter i et så håndverkspreget yrke er meget tidkrevende.

### UTDANNING TIL VELFERDSVITER, HiO

- Bachelorstudiet i velferdsfag tilbys ved HiO. Studietilbudet ble utviklet over noen år som svar på behovet for mer formalisert kompetanse innenfor velferdsstatens forvaltninger.  
*" Studiet gir mulighet til å jobbe innen velferdsforvaltningen med administrasjon, saksbehandling eller*

*veiledning av personer i ulike livssituasjoner. Utdanningen gir også et godt grunnlag for personalarbeid og arbeid i humanitære organisasjoner eller andre velferdsvirksomheter. ” (fra HiOs nettside om studiet)*

- Våren 2008 hadde utdanningen 166 registrerte studenter (ref.DBH). Studentene hadde på det tidspunkt praksis i 6 uker i 2. studieår, mens man fra 2008 nå tilbyr 9 ukers praksis i 3.studieår.
- Utdanningen favner vidt, og spørreskjemaets kategorier ga ikke god dekning for registrering av alle de praksisarenaene denne utdanningen bruker. Derfor har tabell 45 en ”ymse”-kategori som rommer praksisarenaer som Amnesty, PRO-sentre, Frivillighetssentraler, fagforbund, ligningskontor og mange flere.

**Tabell 45: Velferdsviterutdanning 2007-2008: Praksisarenaer, studentvolum og tid per student i praksisfeltet**

<b>praksisarena</b>	<b>studenter ute 2007-2008</b>	<b>uker i praksis 2007-2008</b>
off spes.helsetj -rusomsorg	4	6
sosialkontor	13	6
NAV	15	6
ymse andre arenaer	16	6
<b>sum studenter og antall</b>	<b>48</b>	<b>6</b>



## V8 Bakgrunn for dagens organisering i to samarbeidsorganer

(Utdrag av notat skrevet våren 2009, som vedlegg til saksframlegg til Rådsmøtet i NRHS i mai 2009 om samarbeidsorganene – status og veien videre)

### Kort historikk ang. samarbeidsrelasjoner

De medisinske fakultetene ved landets universiteter har lange tradisjoner for tett integrasjon med universitetssykehusene både innen grunnforskning og anvendt forskning, og om undervisning av medisinerstudenter særlig, men også annet helsepersonell. Det har til alle tider vært overføring av penger til forskning og undervisning i dette integrerte systemet, inklusive gode modeller for ansettelse av undervisnings- og forskningspersonell ved begge typer institusjoner (kombinerte stillinger).

De fleste av de nå 3-årige helsefaglige profesjonsutdanningene har en fortid som bedriftsinterne utdanninger i helsesektoren, og underlagt helsedepartementets ansvarsområde. Overføringen av utdanningsansvaret for helsepersonell til utdanningsdepartementet og utviklingen via distriktshøgskoler til dagens høgskoler, har brutt den opprinnelig tette forbindelsen mellom disse utdanningene og helsetjenestens institusjoner. Sosialfagutdanningene har ikke samme historikk, men stiller i dag mer likt med helsefagutdanningene med hensyn til sitt behov for tilgang til institusjonene i helsetjenesten som praksisarena, og som samarbeidspartner i fagutvikling og forskning. For disse helse- og sosialfagutdanningene har det ikke vært etablert ordninger om faste overføringer fra noe departement av forskningsmidler eller midler øremerket undervisning og veiledning i helsetjenesten. Dette har da også vært et tilbakevendende diskusjonstema gjennom alle år, og er et sentralt og relevant tema også i denne saken.

### Instruks til regionale helseforetak om forholdet til universiteter og høgskoler

Som følge av Helsereformen i 2001 ble det etablert 5 regionale helseforetak (RHF) i Norge fra 2002, og disse fikk da en egen instruks om hvordan forholdet til universiteter og høgskoler skulle ivaretas. 2002-versjonen av denne instruksen sa bare at *”Regionalt helseforetak... skal opprette samarbeidsorgan med universiteter og høgskoler for drøfting av saker av felles interesse.”*

Det lå ikke i denne instruksen av 2002 at det skulle være to samarbeidsorgan. Men over mange år før 2002 var det utviklet gode kontakter og etablerte strukturer og samarbeidsorgan mellom de medisinske fakultetene og universitetssykehusene, primært knyttet til strategi for og fordeling av de statlig øremerkete tilskuddene til forskning ved universitetssykehusene. Disse allerede etablerte relasjonene ble nå raskt formalisert som samarbeidsorganet på universitetssiden (heretter omtalt i kortform som USAM, universitetssamarbeidet).

Ser en på sakspapirene fra styremøtene i RHF'ene i 2002, var en hovedbegrunnelse for etablering av to samarbeidsorgan fra start av nettopp forvaltningen av de statlige overføringene til forskning ved universitetssykehusene. Ettersom høgskolesiden ikke var part i tildeling og bruk av disse forskningsmidlene, mente man at det var mest hensiktsmessig at universitetene hadde sitt eget samarbeidsorgan med RHF, der bruk og fordeling av tildelte forskningsmidler var hovedsaken. Samarbeidsorganet mellom RHF og høgskolesektoren skulle da mer fokusere på utdannings samarbeidet mellom høgskoler og sykehus, selv om det også i dette organet skulle diskuteres forskning og utvikling i helse- og sosialfagene – men altså uten midler å fordele. (Høgskolesamarbeidet omtales heretter i kortform som HSAM)

I 2004 kom Revidert instruks til RHF'ene om forholdet til i universiteter og høyskoler. Endringer gjort gjelder særlig samarbeidsorgan, og fra nå synes todelingen å være en del av instruksen:

*”Helse xxxRHF skal i samarbeid med henholdsvis Universitetet i yyy og høyskolene i regionen opprette samarbeidsorganer. (...) Samarbeidsorganene skal utarbeide forslag til mandat eller rammeavtale som spesifiserer organiseringen av organets ledelse og hvilke arbeidsoppgaver og fullmakter som bør gis til organet. Mandatet eller rammeavtalen skal vedtas i styret til Helse xxxRHF”*

Her er det altså instruksfestet at institusjonstype legges til grunn for inndelingen i to ulike samarbeidsorganer, selv om begge har felles oppdrag: *”Samarbeidsorganene skal være rådgivende for Helse xxxRHFes besluttede organer i saker som gjelder forskning og utdanning”*.

Det viktige skillet går på at universitetsorganet fortsatt er tillagt beslutningsmyndighet for fordelingen av det statlig øremerkete tilskuddet til forskning, og Norges Forskningsråd skal derfor ha rett til å være observatør i samarbeidsorganet for RHF og universitetene.

Noen steder var det allerede i 2002 snakk om å lage et overbyggende organ for de to samarbeidsorganene, men det ble ikke realisert i noen region. I stedet innførte man etter hvert en ordning med representasjon som observatør i hverandres samarbeidsorgan. Uttalelser om dette i dag tyder på at HSAMs observatører er hyppigere gjester hos USAM enn omvendt, og at HSAMs representant i USAM normalt er på høyt ledernivå, mens USAMs representasjon i HSAM flere steder er delegert nedover i systemet eller rekruttert utenfra systemet. Kort oppsummert kan dette tolkes dit hen at deltakelse i forskningsdebatten forut for fordelingen av kroner i USAM, oppleves som viktigere for HSAMs representant enn utdannings- og praksisdiskusjonene i HSAM er for representanten fra USAM.

## **NOEN FAKTAOPPLYSNINGER OM SAMARBEIDSORGANENE PER I DAG**

### **Noen hovedtrekk ved organiseringen av samarbeidsorganene**

Vedlegg 1 gir en oversikt over noen hovedtrekk ved organiseringen av samarbeidsorganene.

Oversikten gir et bilde av noen trekk og tendenser vi ser grunn til å kommentere:

- Informasjonen om samarbeidsorganene på nettet er varierende fra veldig god til fraværende. Alle RHF'ene har gode lenker til Universitetssamarbeidsorganene, og 3 av 4 er plassert under Forskning. I Helse Sør-Øst har de valgt å informerer om begge typer samarbeidsorgan under Samhandling og dialog. I Helse Nord finner vi informasjonen om høyskolesamarbeidsorganet under Utdanning, mens verken Helse Midt-Norge eller Helse Vest har egne nettsider med informasjon om høyskolesamarbeidsorganets eksistens og arbeid. Disse forskjellene i synlighet både mellom USAM og HSAM, og innad mellom HSAM, kan tyde på at forståelsen av samarbeidets hensikt og betydningen av selve møtearenaen er noe forskjellig i de fire regionene.
- Universitetssamarbeidsorganene ledes av faglig eller faglig-administrativ toppleder enten fra universitet eller RHF. Representasjonen er gjennomgående faglige og/eller administrative toppledere fra deltakerinstitusjonene. Her deltar også Norges Forskningsråd, enten som fullverdig medlem eller som observatør. Sekretariatsfunksjonen er gjerne ivaretatt av forskningsleder eller forskningsrådgiver. Av dette utleder vi at denne møtearenaen anses som viktig for de deltakende institusjonene og dem de representerer.

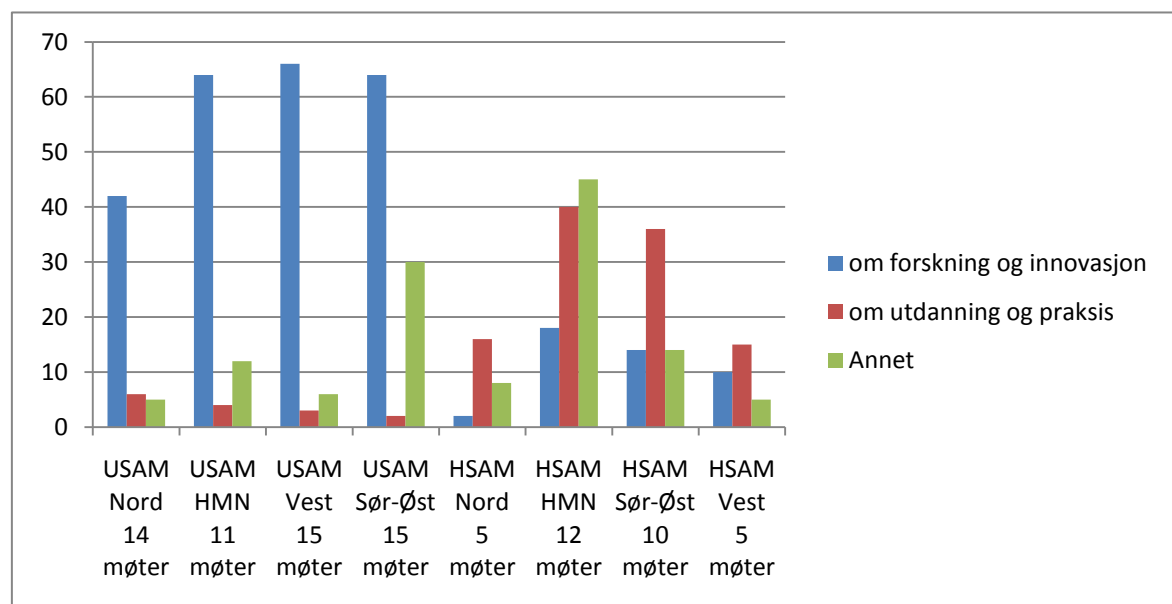
- Høgskolesamarbeidet ledes i alle regioner av en representant for ledelsen i RHF (som er forpliktet til å opprette et slikt organ). RHF stiller også med en administrativt forankret sekretariatsfunksjon. Representasjonen for øvrig er svært blandet, fra dekaner og avdelingsledere til praksiskonsulenter (høgskole) og opplæringskonsulenter (foretak) – altså med høyst ulik grad av innflytelse innad i egen organisasjon.
- Størrelsen på samarbeidsorganene varierer veldig, men gjennomgående er USAM tettere organisert (8-12 representanter), mens HSAM varierer mellom 12 og 38 deltakere.
- Møtefrekvensen er også klart forskjellig: USAM møtes 4-6 ganger per år, mens HSAM har 2-4 møter i året, evt. pluss en fag- eller konferansedag.

### Profil på saker i samarbeidsorganene

Figur 1 viser resultatet av en inndeling i tre kategorier av temasaker som har stått på sakskartet i alle samarbeidsorganene i perioden 2006-2008: Saker som angår forskning og innovasjon, saker som angår utdanning og praksis, og en restkategori for andre typer saker.

Tallene viser tydelig at vi her har med to verdener å gjøre: I universitetssamarbeidsorganene er utdanningsaker bortimot fraværende, mens forskningsrelaterte saker er i klart mindretall i høgskolesamarbeidsorganene. Det er likevel verdt å merke seg at forskningsrelaterte saker oftere er på dagsorden i HSAM enn utdanningsaker er det i USAM.

Figur 1 Kategorisering av temasaker på dagsorden gjennom 3 år i samarbeidsorganene (2006-2008). Antall saker per kategori.



I sine årsrapporter sier begge typer av samarbeidsorganer at de er klar over hvilke tema av felles interesse det er for lite fokus på i samarbeidsorganets arbeid, og at de vil bedre dette misforholdet i det videre arbeidet.

## **NOEN MOMENTER Å TA MED I EN DISKUSJON OM BEHOVET FOR EN ALTERNATIV ORGANISERING AV SAMARBEIDSORGANENE**

### **Makt knyttet til typer av saker?**

Begge samarbeidsorganene skal være rådgivende organ for styret i det RHF de rapporterer til, og representantene har/bør ha mandat til å mene noe på vegne av sin institusjon. Men de to samarbeidsorganene har helt forskjellig betydning og makt fordi USAM er delegert bevilgende myndighet over store forskningsmidler. I tillegg ser vi at noen USAM behandler saker knyttet til fordeling og bruk av midler til undervisning av medisinerstudenter. Kort oppsummert kan man si at hovedtyngden av saker som har vært til behandling siste 3 år i USAM, er beslutningssaker knyttet til tildeling av midler. I 3 av 4 HSAM er det knapt en eneste beslutningssak verken om utdanning, forskning eller penger, ettersom representantene der må tilbake til egen institusjon der avgjørelsen i en gitt sak må tas i linjen.

HSAM i Helse Midt-Norge (HMN) er et interessant unntak når det gjelder penger, ettersom de faktisk har fått innvilget søknad om en årlig bevilgning fra USAM HMN av de statlig øremerkede midlene til forskning. Dette gjør at HSAM i Helse Midt-Norge selv har tildelingsmyndighet som ikke overprøves av en annen instans. I 2007, for eksempel, ble disse midlene brukt til tildeling av 15 stipend av ulik type, pluss prosjektstøtte.

De øvrige HSAM er organer uten tilgang til midler de kan bruke eller fordele, i egenskap av samarbeidsorgan. På forespørsel svarer for eksempel Helse Nord RHF at spørsmålet har vært reist, men at det er bestemt at alle typer forskningssøknader skal behandles samme sted, altså i USAM-Nord.

HSAM Helse Øst hadde i sin tid oppe spørsmålet om HSAM der skulle delegeres myndighet til å fordele det som nå kalles 'samarbeidsmidler', som er penger høgskolene i regionen setter av til samarbeid om utviklingsprosjekter med det enkelte helseforetak (tidligere var dette 'veiledningsmidler' bevilget fra departementet til sykepleierutdanningene, og over tid supplert av høgskolens egne betalingsordninger for veiledning av andre typer helsefagstudenter). Dette ble avvist av høgskolene: Disse samarbeidsmidlene vil den enkelte høgskole selv disponere, og fordelingen av dem skjer lokalt, i samarbeid med aktuelle helseforetak. Det rapporteres om bruken av disse midlene til HSAM, men fordelingen av dem skjer ikke der.

Det kan altså være grunn til å drøfte i hvilke grad nærvær eller fravær av delegert makt eller beslutningsmyndighet over penger eller andre virkemidler, bestemmer både hvordan institusjonene velger å være representert i et samarbeidsorgan, og hvor stort potensialet er for at arbeidet i organet fører til endringer og forbedringer i og mellom sektorene. Det er i den sammenheng interessant å se av referatene fra HSAM'ene at HSAM Helse Midt-Norge synes å ha tettere dialog med forskningsmiljøene i spesialisthelsetjenesten og i USAM HMN enn de øvrige har med tilsvarende miljøer i sin region. Det kan tyde på at det betyr noe at HSAM der faktisk har makt til å ta beslutninger som involverer forskningsmiljøene og forskningsaktiviteten i sin region.

### **To utdanningsverdener?**

I den grad USAM diskuterer utdanningsspørsmål, ser de ut til å dreie seg om medisinerutdanningen og spesialistutdanning for leger, samt utvikling av fakultetenes tilbud og utstyr. Vi så ikke andre typer utdannings saker i vår noe summariske gjennomgang. Det eneste som var nevnt et par ganger var undervisning for annet helsepersonell i sykehus, og da handlet det om sykepleiere.

I HSAM har hovedtemaet over mange år vært utfordringer knyttet til planlegging, gjennomføring og kvalitetssikring av praksisstudiene i helse- og sosialfagene, samt utdanningskapasitet og organisering for spesielle typer etter- og videreutdanning for sykepleiere. Helseforetaksrepresentantene i HSAM har i denne prosessen måttet jobbe hardt for å få oversikt over og innflytelse på dette kompliserte feltet innad i egne institusjoner, og samarbeidet har gitt gode resultater i alle regioner. Men det er kun situasjonen for de høgskolebaserte helse- og sosialfagutdanningene som diskuteres.

### **To forskningsverdener - både i tematikk og kvalitet?**

Instruksen for samarbeidsorganene presiserer at RHF skal *"...påse at helseforetak det eier, legger til rette for og medvirker til medisinsk og helsefaglig forskning i samsvar med fastsatt forskningspolitikk, forpliktelser og foretatte prioriteringer fra overordnede politiske organer og oppdragsgivere i det enkelte år."*

Skillet mellom medisinsk og helsefaglig forskning synes å følge skillet mellom USAM og HSAM: For å sette det litt på spissen, synes oppfatningen å være at USAM i sin fordelingslogikk har fokus på medisinsk og sykdomsfokusert forskning, mens HSAM stadig trekker fram behovet for å synliggjøre og styrke volum og kvalitet på helsefaglig forskning - med mer vekt på helse enn på sykdom. Høgskolemiljøene synes også mer opptatt enn universitetsmiljøene av å forske på pedagogiske problemstillinger knyttet til kvalitet i praksisstudiene, og på selve utøvelsen av en helsefaglig profesjon, i betydningen anvendelse og effekt av måten en forstår og utøver sin profesjonsfaglige kunnskap og kompetanse på.

Det er også slik at universitetsmiljøene mener HSAM-miljøene må bevise at de har gode nok forskningsmiljøer og forskere. Den nevnte tildelingen av forskningsmidler fra USAM til HSAM i Helse Midt-Norge RHF (HMN) kan være et eksempel på dette:

USAM i HMN forvaltet i 2007 100 mill kr til forskning og kompetanseutvikling. De fikk inn en søknad fra HSAM i sin region om å få økt andelen FoU-midler som HSAM kan viderefordre, fra 1 til 2 mill kr. Ifølge referatet ønsket USAM å kunne *"stimulere til mer og bedre forskning i høgskolemiljøene"*, og vedtaket ble å innvilge HSAM en økning ikke til 2 mill, men til 1,5 mill kr, *"...under forutsetning av evaluering og dokumentasjon."* (Sak 44-07)

Man var særlig opptatt av å få rapportert på i hvilken grad støtten som ble gitt, gikk til kliniskforskning. Hvis det er slik at midlene fra departementet er øremerket klinisk forskning, er dette uproblematisk. Men er de ikke det, kan presiseringen tyde på liten støtte til behovet for andre typer forskningsprosjekter i praksisfeltet enn de klart kliniske.

USAM Helse Midt-Norge er, så vidt vites, alene om å tildele HSAM i sin region en rammesum for viderefremming til FoU ved høgskolene. Andre regioner vi har vært i kontakt med sier, som før nevnt, at alle typer forskningsprosjekter skal søke til samme sted, nemlig USAM. Og da er det de som mener å ha erfaring for at de medisinske fakultetenes prioriteringer og representanter får dominere

diskusjonene og fordelingene på bekostning av både tverrfaglig og helsefaglig forskning. Myter eller sannhet? Det er i hvert fall slikt som sies, om man spør.

#### **Representasjonsproblematikk – to typer:**

En type representasjonsproblematikk er åpenbar i HSAM i Helse Sør-Øst RHF nå: Etter sammenslåingen av to helseregioner, og med vedtak om at alle parter skal være representert i samarbeidsorganet, er det nå minst 38 personer til stede i møtene, i tillegg til observatører og gjester. Det skal mye til for at et organ med ambisjoner om å få gjort noe, skal fungere med opp mot 40 personer rundt bordet. Det tilsier i hvert fall en meget stram og målrettet ledelse av forumet!

En annen type problematikk følger av at flere høgskoler nå blir universitet, eller høgskoler fusjonerer med eksisterende universitet: Blir de universitetsbaserte 3-årige profesjonsutdanningenes samarbeidsbehov med helsevesenet ivaretatt gjennom universitetets representasjon i USAM, eller er det aktuelt med dobbeltrepresentasjon? Eller gir disse endringene i seg selv grunn til å stille spørsmål ved den institusjonsbaserte inndelingen i to typer av samarbeidsorganer? Er tiden inne til igjen å diskutere en mer funksjonsbasert organisering av samarbeidet mellom UH-sektoren og de regionale foretakene?

#### **Fraværet av samarbeidsarenaer med kommunehelsetjenesten**

Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med en samhandlingsreform er også omtalt som en potensiell kommunehelsereform. Hensikten er, ut fra et brukerperspektiv, å legge til rette for bedre samhandling på tvers av nivåer og sektorer i helsetjenesten, og å skifte hovedfokus fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. En slik reform vil ha økonomiske, juridiske, organisatoriske og utdanningsrelevante konsekvenser. Det bør da også være aktuelt å ta fatt i kommunehelsetjenestens plass og rolle i relevante samarbeidsorganer mellom UH-sektoren og helsetjenesten, enten det gjelder utdanning og praksis eller forskning.

## **KONKLUSJON**

Gjennomgangen over viser at det ikke er mye å vinne for noen av partene på bare å slå sammen de nåværende samarbeidsorganene USAM og HSAM. Til det er de for forskjellige i fokus og arbeidsmåter på alle nevnte områder.

Samtidig viser gjennomgangen en samhandlingsstruktur som i liten grad stemmer overens med de endringer som har skjedd i UH-sektoren siste 10-år, og de endringer som vil komme som følge av samhandlingsreformen. Tiden kan derfor være inne til igjen å ta opp til diskusjon en annen måte å organisere hele samarbeidsfeltet på, med utgangspunkt i de to hovedtemaene utdanning og forskning.

Gjennomgangen over har vist at følgende momenter bør tas med i grunnlaget for diskusjonen:

- Hvis en endring er ønskelig, må instruksene fra departementene til de respektive partene revideres – og trolig bli et fellesprosjekt mellom i det minste Helse og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapsdepartementet (KD). Flere departementer bør trekkes inn, særlig i forhold til forutsetningene for kvalitetssikring av praksisstudiene og praksisnær forskning.
- Pengestrømmene og veiene de går mellom partene bør kartlegges og gjennomtenkes med hensyn til om de er riktig innrettet i forhold til dagens og morgendagens utfordringer til samspill

og samarbeid innen utdanning og forskning. En mulig tanke er at både universiteter og høyskoler gis mulighet til, evt pålegg om, å bidra med egne midler til samarbeidsorganene, slik at forskningssamarbeidet kan handle om mer enn forvaltning av statlig øremerkete midler til sykehussektoren.

- Partene kan bli mer opptatt av å bruke samarbeidsorganene, evt. et nytt felles samarbeidsorgan, som en reell utviklings- og endringsagent på viktige samfunnsområder. Skal det skje, må det drøftes på hvilken måte samarbeidsorganene/-et og alle underutvalg kan delegeres mer myndighet, slik at det blir interessant for personer med makt og innflytelse i egen organisasjon å delta i disse foraene.
- Man må kunne finne fram til en representasjonsmodell som har legitimitet hos alle parter, uten at alle skal være representert alle steder (fellesorgan og underutvalg).

Vedlegg 1, del 1 og 2, følger under

.....

**Vedlegg til NRHS-sak om samarbeidsorgan, del 1:**

**Parter i og sammensetning av organet 2008-2009; møtehyppighet**

RHF	antall parter		ca. antall møter /år		antall deltakere og observatører	
	USAM	HSAM	USAM	HSAM	USAM	HSAM
Helse Nord	1 univ (UiTø) 5 helseforetak <sup>1)</sup> Nord RHF	7 høgskoler <sup>2)</sup> 4 helseforetak Nord RHF	4	2	8 repr (4 UiT, 4 RHF/HF) 5 observ 1 sekr.,12 vara	12 repr (7 høgsk, 5 RHF/HF) 1 observ, 10 vara
Helse Midt-Norge	1 univ (NTNU) 5 helseforetak Midt RHF	5 høgskoler 1 univ 5 helseforetak Midt RHF	5	4	9 repr (4 NTNU, 4 RHF/HF, 1 NFR) 2 vara, 1 sekr	12 repr (5 høgsk, 7RHF/HF) Felles sekr m/USAM
Helse Vest	2 univ(UiB, UiS) 5 helseforetak Vest RHF	6 høgskoler 1 univ (UiS) 4 helseforetak Vest RHF	4 til 6	2	12 repr (5 UiB, 1UiS, 6 RHF/HF); 2 observ F-tungt sekr.	13 repr (6 høgsk, 7 RHF/HF) 2 univ.-observ (UiB,UiS)
Helse Sør-Øst	1 univ (UiO) 5 univ.sykehus Sør-Øst RHF	12 høgskoler 1 univ (Agder) 20 helse-foretak Sør-Øst RHF	4 til 6	2 (3)	10 repr (4 RHF/HF, 5 UiO, 1 NFR); 8 vara; 3 i sekretariat	38 repr (4 fra RHF, 2 fra HiO, øvrigt: 1 repr hver); sekretariat RHF AU-gr på 11 repr, ledet av RHF

1) Alle helseforetakene består av mange spesialisthelsetjenestestrukturer innen somatikk, psykiatri, rus, assosiert apotekvesen m.m., og skal dekke store befolkningsgrupper som også kan være geografisk svært spredt.

2) Etter fusjonen mellom UiTø og HiTø diskuteres det nå hvordan og hvor de tidligere høgskoleutdanningene skal være repr.mht samarbeidsorganene. Per dato stiller representanten for tidligere HiTø fortsatt i HSAM



Vedlegg til NRHS-sak om samarbeidsorgan, del 2:

Profil for oppnevnte ledere og deltakere; nettbasert informasjon ut (per 2008-2009)

RHF	leder: instit. og rolle		deltakeres posisjon i egen org.		plassering av info på nettet om samarbeidet	
	USAM	HSAM	USAM	HSAM	USAM	HSAM
<b>Helse Nord</b>	Fagdir. RHF	org.dir. RHF	fagl. og adm. topp-ledere + HSAM og 1 stud	blandet: noen dekaner, flere mell.ledere, spl-dominans	under Forskning og utvikling	under Utdanning
<b>Helse Midt-Norge</b>	dekan NTNU	Helsefaglig sjef, HF	fagl. og adm. topp-ledere	H:Dekaner, RHF: en fag-sjef+ adm rådgivere	under Forskning, men nettstedet hos NTNU	ikke på nett; planlegges nå
<b>Helse Vest</b>	fagdir. Helse Vest RHF	plansjef Helse Vest RHF	faglige og adm. topp-ledere	dekaner mell.ledere	under Forskning, men nettstedet hos Helse Bergen	ikke på nett
<b>Helse Sør-Øst</b>	adm.dir. Sør-Øst RHF	viseadm.dir. Sør-Øst RHF	faglige og adm. topp-ledere	blandet: alt fra topp-ledere til opplærings-konsulenter. AU:bare fagl og adm ledere	under Samhandling og dialog, men nettstedet hos UiO	under Samhandling og dialog, og nettstedet hos Helse S-Ø RHF

## V9 Oppsummert positive svar på spørsmål om samarbeidsavtale per praksisarena

Oppsummert positive svar på spørsmål om samarbeidsavtale mellom hvert studieprogram og hver subarena per hovedarena. Svarfordeling for hovedarena 1, den offentlig spesialisthelsetjenesten, er ikke tatt med da data ikke ga mening i lys av eksistensen av rammeavtaler mellom regionale helseforetak og UH-sektoren.

Del 1:	HA 3: Kommunehelsetjenesten og legetjenesten i primærhelsetjenesten					HA 4: Kommunal og statlig sosialtj, barnevern og NAV			HA 7: Barnehage og skoleverk			
	Syke- og aldershjem	hjemmetj, omsorgs- bolig og dagavd	helse- stasjon	allmennlegetj, priv.lege- kontor og medisinsk senter u/avtale	Fysio- terapi-tj.	sosial- kontor	Barne- vern	NAV	Barne- hage	Grunn- skole	PPT	andre spes.- ped. tiltak
Subarenaer for prx												
Antall studieprogram som oppgir å ha skriftlig samarbeidsavtale som regulerer forholdet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted	54	78	23	6	5	8	15	5	9	10	2	4
Antall studieprogram som bruker praksisarenaen	56	81	23	6	5	20	33	16	26	31	9	10
N=	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115

Del 2:	HA 5: Privat sektor, spesialisthelsetjenesten (priv. SHTj)						HA 6: Privat sektor, andre praksisarenaer (enn priv. SHTj) Privat sektor, andre praksisarenaer							
	Soma- tisk avd	Enhet psykisk helse- vern	Rus- omsorg	Rehab- instit.	Syke- hus- apotek	priv sykehus uten avtale	privat syke- og alders- hjem	privat hjem- tj.	Fysik. Insti- tutt	Orto- pedisk verksted	priv tann- klinikk	privtann- tekn. lab	Priv apotek	annen privat virksom- het
Antall studieprogram som oppgir å ha skriftlig samarbeidsavtale som regulerer forholdet mellom utdanningsinstitusjon og praksissted	7	15	8	9	1	0	8	1	0	1	1	1	3	7
Antall studieprogram som bruker praksisarenaen	11	18	21	11	2	1	12	1	3	1	1	1	5	9
N=	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115

## V10 Aktuelle samarbeidsprosjekter 2008-2009

Aktuelle samarbeidsprosjekter som avsluttes, videreføres eller startes i 2008/2009.

### Audiografutdanning

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjektmål	Tidsperiode	Kostnad
HiST	Helseforetak Midt-Norge, St. Olav HF	Kompetanseheving for veiledere ifm innføring av nytt testmateriale for hørselstesting	Opplæring av veiledere i nytt testmateriale for testing av hørselshemmede, samt anvende det nye testmaterialet i studentenes praksis	2008-2009	120.000

### Barnevernspedagogutdanning

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjektmål	Tidsperiode	Kostnad
HiF, bvped & sosionomstud	Alta kommune	Ungdomskontakt i Alta kommune	Utekontaktvirksomhet i Alta kommune	2008	Oppgis ikke

### Bioingeniørutdanning

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjektmål	Tidsperiode	Tildelt midler
HiST		Dekker bioingeniørutdanningen ved HiST dagens behov for kompetanse i yrkesfeltet	Utdanne bioingeniører med høy kvalitet og som yrkesfeltet etterspør, -nødvendig at utdanningen er i overensstemmelse med yrkesfeltet	Angis ikke	Angis ikke
HiBe	Haukeland Universitets Sykehus	Kvalitetsforbedring av preanalytiske forhold ved urinprøver til bakteriologisk undersøkelse	Kartlegge om, og ev hvilke, organisatoriske og kompetansemessige forhold på sengepostene og i transportfasen som påvirker prøveresultat som brukes til utredning og behandling av pasienter	Avsluttes 2008	Angis ikke
HiBe	Helse Bergen	Kunnskapsbasert prøvetaking	Kartlegge kompetanse og erfaring med blodprøvetaking for å få mer kunnskap om organisering og kvalitet på ulike typer prøvetaking	Avsluttes 2008	75.000

HiØ	Ikke oppgitt	Bioingeniørstudenter og blodprøvetaking på akkreditert laboratorium	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Angis ikke
HiØ	Ikke oppgitt	Utvikling av molekylærbiologisk analyse for påvisning av virus i spinalvæske	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Angis ikke
HiØ, master-oppgave biomedisin	Sykehuset Asker og Bærum HF	Strukturert livsstils- og farmakologisk intervensjon ved type 2-diabetes i allmennpraksis	Prosjektet vil bli utført av student som ledd i en masteroppgave i biomedisin ved HiØ. Det etableres samarbeid med lokale fastleger og Diabetesforbundet.	Ikke oppgitt	15.000

### Fysioterapi

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HiBe	Bergen kommune	Slik gjør vi fallforebyggende arbeid i Bergen kommune	Utvikle en kunnskapsbasert modell for fallforebyggende arbeid til bruk i Bergen kommune	2008-2009	Angis ikke
HiØ	Aker universitetssykehus HF	Reliabilitetsstudie av Expanded Timed Up – and – Go test (ETUG)	En økt bevissthet og kunnskap om standardiserte tester generelt i praksisveileder staben generelt og å reliabilitets teste ETUG spesielt for bruk i klinikken.	2008	60.000
HiØ	Sunnaas HF	Somatokognitiv behandling av pasienter med muskel-/skjelettlidelser	Det er utviklet en somatokognitiv behandling på pasienter med underlivssmerter. Denne behandlingsformen vil nå prøves ut på pasienter med muskel-/skjelettlidelser i en randomisert kontrollert behandlingsstudie. Det søkes om midler til stressmålingsinstrument, opplæring og veiledning	Angis ikke	110. 000

## Ergoterapi

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjektittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HiO	Aker universitetssykehus HF	En innføring i bruk av instrumentet COPM. Kompetanseheving av veiledere gjennom et felles kurs og veiledning på bruk av instrumentet COPM	For å møte både kravet om kvalitet og kravene til oppfølging av studenter i praksis ønsker vi å sikre at alle ergoterapeuter som veileder får en innføring eller oppdatering i bruken av instrumentet.	2008	45.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	vurderingskriterier for ergoterapistudenter	En evaluering av vurderingskriteriene for praksis i samarbeid med andre praksissteder og med praksiskoordinator, se på muligheten for å lage en plan/struktur for praksisperioden, hvordan fungere veilederrollen? hva skal til for at læringsmiljøet blir så optimalt som mulig?	2008	110.000
HiO	Sunnaas	Produksjon av video som viser påklledningsteknikk for brukere med ervervet ryggmargsskade	Lage to videoer. Filme pasienter under av- og påklledning, for å kunne bruke videoene i opplæring av studenter, ansatte og som informasjon til pasientene	2008	100.000
HiO	Sykehuset Asker og Bærum HF	Kompetanseheving gjennom samarbeid utdanning og praksisfelt	Utvikling av kurs i bruk av aktivitetsanalyse og arbeidsprosessmodellen, for veiledere. Målet er at studentene rapporterer at det er en sammenheng mellom undervisningen på HiO og erfaringene i praksis når det gjelder disse to modellene.	2009	220.000
HiO	Sunnaas HF	Samarbeidsprosjekt for å utvikle ferdigheter i kunnskapsbasert praksis for studenter og klinikere	Søker om midler til å utarbeide en prosjektbeskrivelse for å kunne implementere kunnskapsbasert praksis i undervisningen ved HiO og i den kliniske hverdagen på Sunnaas.	2008	200.000

HiO	Sunnaas HF	Samarbeidsprosjekt for å utvikle klinisk praksis innenfor spesialområde arbeidshelse og arbeidskapasitet og utvikle ferdighetsundervisning for studenter på ergoterapiutdanningen	Oversette til norsk brukermanualer og testmateriale for administrasjon og såring av 3 VALPAR stasjoner. Dette er første ledd i en valideringsprosess som på sikt gir muligheter for å bruke systemet som et gyldig og pålitelig instrument innen klinikk og forskning. Midler til arbeidstid og til studietur	2008	163.000
HiO	Sunnaas HF	Hvordan kan PRPP-systemet for kartlegging av kognitiv svikt i daglige aktiviteter kvalitetssikre utdanning av ergoterapistudenter og klinisk praksis for ergoterapeuter?"	Undervisning av ergoterapeutstudentene i PRPP systemet, utprøving av kartleggingsredskapet for studenter i praksis på Sunnaas, og sertifisering av ergoterapeutene ved Sunnaas.	2009	180.000

#### Radiografi

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjektittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HiO	Rikshospitalet HF	Utvikling av plan for radiograf studenter i praksis	Utarbeide retningslinjer, disse skal utprøves og evalueres, lage rapport om hvordan praksis ved laboratoriet kan legges opp og kvalitetssikres.	2008	290.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Radiografen i traumeteam, hvordan ta hånd om pasienten og gi best billeddiagnostikk	Å gi studentene økt kunnskap om egen rolle i traumerradiografi	2008	87.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Forbedring av rutiner og utarbeiding av et kompendium for bruk til undervisning	Forbedring av omsorgsrutiner og økning av dybdekunnskaper til radiografer og studenter ved intervensjonsprosedyrer, lage et kompendium for bruk til undervisning	2008	48.000

Jordmor

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HIST	St. Olavs Hospital HF	Innføring av Kengurumetoden <sup>1</sup> til friske premature barn	Vurdere praktisk gjennomførbarhet til forsvarlighet og effekt på foreldre-/barnrelasjonen ved innføring av kengurumetoden til premature	2008-2010	472.000

Sykepleierutdanning:

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HiBe	Bergen kommune, Betanien sykepleierhøgskole, Haraldsplass Sykepleierhøgskole	Kliniske erfaringer for kunnskapsbasert praksis i sykehjem – utvikle en standardisert organisasjonsmodell for fagutvikling i sykehjem	Implementere kunnskapsbasert praksis ved å starte opp 4 kliniske fagringer med sykepleiere fra 10 sykehjem i Bergen og sykepleierstudenter fra HiBe, Betanien Sykepleierhøgskole og Haraldsplass Sykepleierhøgskole	2008-2009	Oppgis ikke
HiBe	Bergen kommune	Sykepleiefaglige veiledningsgrupper i hjemmesykepleien i Bergen	Opprette faglige veiledningsgrupper bestående av sykepleiere i hjemmesykepleie og sykepleierstudenter	2008-2009	Oppgis ikke
HiBe	Helse Bergen, samt ulike avdelinger ved HiBe	Ernæringsprosjekt	Kartlegge barn og unges ernæringsstatus ved innleggelse og under sykehusoppholdet, og vurdere i hvilken grad inneliggende barn får tilstrekkelig ernæring. Kritisk vurdere hvorvidt tiltak som settes i verk er basert på beste tilgjengelige kunnskap og i hvilken grad tiltakene er effektive	2007-2009	Oppgis ikke
HiBe	Haukeland Universitetssykehus & Bergen kommune	Hvordan foregår samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjenesten	Få kunnskap om hvordan samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste foregår på mikronivå og hvilke utfordringer en møter når det gjelder utskrivning av eldre, syke pasienter som trenger hjemmesykepleie eller sykehjem etter sykehusoppholdet	2008-2009	Oppgis ikke

<sup>1</sup> Kengurumetoden: hud-mot-hud kontakt mellom mor/far og det premature barnet.



HiBe	Lærings- og mestringscenteret i Bergen, to sykehus, tre høgskoler, to brukerorganisasjoner	BSH-modellen (Bruker, Spesialist, Høgskole)	Utvikling, gjennomføring og evaluering av konkrete opplæringstilbud for brukere	2007-2010	Oppgis ikke
Haraldsplass diakonale høgskole	Bergen kommune	Vellykket praksis i sykehjem	Fremme læring for sykepleierstudenter og gi praksisveiledere bedre mulighet til faglig vekst gjennom fordypning og bruk av kunnskapsbasert praksis.	2008-2009	Oppgis ikke
Haraldsplass diakonale høgskole	Helse Bergen, Haraldsplass diakonale sykehus, Betanien diakonale høgskole	Praksisfeltenes vurdering av nyutdannede sykepleiere i den somatiske sykehussektoren	Systematisere og klargjøre arbeidsgivers/praksisfeltets forventninger til nyutdannede sykepleiere med hensyn til kompetanse og funksjonsdyktighet i den somatiske sykehussektoren	2008-2009	Oppgis ikke
Haraldsplass diakonale høgskole	Se BSH-modellen HiBe				
HiBo	Kommuner og spesialisthelsetjeneste i Vesterålen	Å bevisstgjøre seg i forhold til kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern. Hvordan utvikle en kunnskapsbasert psykiatri?		2008	24.000
HiBo	Nordlandssykehuset Vesterålen	Veiledningskurs for kontaktsykepleiere		2008	18.000
HiBo*	Nordlandssykehuset Lofoten	En avdeling hva nå?	Hvordan ivareta kravene til sykepleierutdanningen i en integrert medisinsk og kirurgisk avdeling?	2008	18.000

HiBo (ABIOK <sup>2</sup> )	Nordlandssykehuset	Faglig kurs for kontaktsykepleiere, tema død og sorg		2008	6000
HiBo (uklart om HiBo deltar i dette prosjektet)	Mørkved sykehjem	Hvordan stimulerer pleiepersonale på sykehjem til å ivareta hygieniske tiltak ved økt bruk av stellefrakk?		2008	74.000
HiBo (uklart om HiBo deltar i dette prosjektet)	Helgelandsykehuset	Kompetanseheving av helsepersonell med opplæringsansvar for sykepleierstudenter i sykehuspraksis	Hvordan øke kvaliteten på studentenes læresituasjon i sykehuspraksis, gjennom styrking av veiledningskompetanse blant personalet i avdelingen?	2008	24.000
HiBo	Rana kommune	Sammen blir vi bedre	Etablering av ny veiledningsmodell. Praksis basert på forbedringskunnskap og kunnskapsbasert praksis	2008	45.000
HiBo (uklart om HiBo deltar)	Helgelandsykehuset	Utprøving av ny praksismodell	Forbedre kvalitet på praksisstudier	2008	60.000
HiBo	Nordlandssykehuset, 2 avdelinger	Veiledning på veiledning – en ny praksismodell		2008	120.000
HiBo (uklart om HiBo deltar)	Bodø kommune	Studenttett praksis i hjemmesykepleien	Prøve ut ny veiledningsmodell i hjemmetjenesten og to sykehjem	2008	20.000
HiBo	Nordlandssykehuset Vesterålen,	Veiledning av ansatte ved psykiatriske		2008	20.000

<sup>2</sup> ABIOK: anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreftsykepleie

	DPS	avdelinger for bedre å kunne veilede studenter			
HiHa	Harstad kommune	Depresjon hos hjemmeboende eldre – faglig oppdatering	Kurs	2009	Ikke fått midler
HiHa	Harstad kommune	Kompetansemøte – møte i praksisfeltet for å utvikle erfaringskunnskap (student, praksissted, lærer)	Tilby 1 kompetansemøte pr student i praksis i psykiatritjenesten	2009	10.000
HiHa	Universitetssykehuset Nord-Norge	Ringer i vann	Planlegging av pågående prosjekt innen ordinær drift samt veiledning av kontaktsykepleiere	2009	70.000
HiAk	Oslo kommune	Brukerundersøkelse for ikke vestlige brukere av helsestasjonstjenesten i en bydel		2009	Oppgis ikke
HiAk	Nittedal kommune	Studentdrevet team o hjemmesykepleien		2009	Oppgis ikke
HiAk	Lørenskog kommune	Praksisstudier i større gruppe med tredje års studenter		2009	Oppgis ikke
HiAk	Skedsmo kommune, 2 enheter	Praksisstudier i større gruppe med tredje års studenter		2009	Oppgis ikke
HiAk	Aurskog-Høland kommune	Ernæring og eldre		2009	Oppgis ikke
HiAk	Ahus	LMH – legemiddelhåndtering. Hvordan legge til rette for best mulig læringsutbytte i andre studieår?		2009	Oppgis ikke
HiAk	Ahus	Hvordan anvende kunnskapsbasert praksis i sykehus?		2009	Oppgis ikke

HiSH	Stord kommune	Læring i klinisk praksis	Økt veiledningskompetanse hos kontaktsykepleiere, grundig forberedelse av praksisperiodene, medstudentveiledning og økt fagfokus	2007-2009	Oppgis ikke
HiSH	Helse Fonna HF	Prosjektpost	Kombinasjon av vanlig drift av posten og studentveiledning, høyning av det faglige nivået hos sykepleierne, samtidig som studentveiledning blir ivaretatt.	uklart	Oppgis ikke
HiNa	Universitetssykehuset Nord-Norge	Pasientveiledning ved Universitetssykehuset Nord-Norge	Sykepleierstudenter opparbeider seg forventet handlingskompetanse knyttet til veiledning av pasienter. Pasienter får individuell veiledning ut fra sine behov. Kirurgisk avdeling får etablert et system for pasientveiledning.	2008-2009	Oppgis ikke
HiNa	Narvik kommune	Utvikle samarbeidprosjekt mellom HiNa og sykehjemmene i Narvik kommune	Gjennom økt samarbeid øke faglig kvalitet i utdanningen og i praksisfeltet. Bidra til rekruttering til eldreomsorgen.	2008-2009	Oppgis ikke
HiVe	Sandefjord og Larvik kommuner	Gode læringsarenaer	Styrke læring hos studenter og ansatte i sykehjem	2008-2009	Oppgis ikke
HiVe	Sykehuset i Vestfold	Studentrettede poster	Tilrettelegging for at hele presonalgruppen i avdelingen deltar i veiledning av studenter som et "veiledende kollektiv". Øke studentenes muligheter til å diskutere fagspørsmål, få kommentert og vurdert sin egen sykepleieutøvelse systematisk.	2008	Oppgis ikke
HiØ	Ikke oppgitt	Opplæring i elektronisk dokumentasjon i sykepleien	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgis ikke
HiØ	Ikke oppgitt	Praksis som læringsarena. Brukerorientert tverrprofesjonelt samarbeid og lindrende omsorg og behandling	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgis ikke
HiØ	Ikke oppgitt	Ernæringsmessiger og sosiale aspekter ved mat og måltider for beboere i sykehjem	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgis ikke

HiØ	Ikke oppgitt	Utvikling av to e-læringsprogrammer relatert til praktisk anestesikunnskap; en opplærings- og formidlingsmetode som knytter praksis og teori tettere sammen	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgis ikke
HiNT	Stjørdal og Frosta	Oppfølging av praksisveiledere <sup>3</sup>	Styrke identiteten og bevisstheten om rollen som praksisveileder. Øke mestringskompetansen i forhold til veiledning av studenter og styrke samarbeid og samhold mellom praksisveiledere. Motivere sykepleiere og vernepleiere til å veilede studenter	2008	Oppgis ikke
HiNT	Helse Nord-Trøndelag	Ny praksismodell	Utvikle og utprøve praksismodell som ivaretar og videreutvikler kvaliteten i praksis for sykepleierstudenter i sykehus	2008	Oppgis ikke
HiNT	HF Sykehuset Levanger	Studentveiledning med refleksjon	Opplegg for strukturert gruppeveiledning for studenter i kliniske studier innen spesialisthelsetjenesten	2008	Oppgis ikke
HiNT	Verdal og Levanger kommuner	Åndelige behov hos beboere i sykehjem	Kartlegging av ansattes forhold til temaet åndelige behov hos beboere i sykehjem. Legge grunnlag for kvalitetssikring av den åndelige omsorgen.	2008	Oppgis ikke
HiNT	Meråker og Verdal kommuner	Gode øyeblikk. Kulturell stimulering av hjemmeboende eldre med begynnende demens	Utprøving av dagtilbud med kulturelle aktiviteter for hjemmeboende med tegn på demens. Få erfaringskunnskap om kritiske suksessfaktorer ved innføring av dagtilbud med kulturaktiviteter for hjemmeboende med hukommelsesproblemer	2008	Denne fase 38.000
HiNT	Helse Nord-Trøndelag HF	SØK (Sammen øker vi kompetansen)	Opplæringsprosjekt der deltakerne skal lære prinsippene for kunnskapsbasert praksis og lære å anvende disse i praksis	2008	Oppgis ikke

<sup>3</sup> Også vernepleierutdanningen

HiNT		Sykepleiedokumentasjon i praksis	Aktualisere sykepleiedokumentasjon i praksisfeltet, Gi studenter kunnskaper om og ferdigheter i sykepleiedokumentasjon generelt og elektronisk dokumentasjon spesielt for å heve kvaliteten på sykepleieres dokumentasjonsrutiner i praksisfeltet	2008-2009	Oppgis ikke
HiNT	Sykehuset Namsos	Hvordan ønsker sykepleiere å forbedre egen dokumentasjonspraksis?	Sykepleiere dokumenterer relevante og nødvendige data på en måte som sikrer kvalitet og kontinuitet i pleien til den enkelte pasient	2008	Oppgis ikke
HiNT	Meråker Kurbad, HiST, Levanger videregående skole	Klinisk utdanningsavdeling (KUA)	Bidra til utvikling av kompetanse på tverrfaglig samarbeid under praksisstudier for studentgruppene	2008-2009	Oppgis ikke
HiNT	Oppgis ikke	Gruppebasert praksis i Namdalen	Oppgis ikke	Oppgis ikke	Oppgis ikke
HiNT	Oppgis ikke	Hvordan utvikle/bedre praksisveilederfunksjonen til sykepleierstudenter	Oppgis ikke	Oppgis ikke	Oppgis ikke
HiNT	Oppgis ikke	PRØV-prosjektet	Oppgis ikke	Oppgis ikke	Oppgis ikke
HiNT	Oppgis ikke	Schizofreni og sosial deltakelse – hva mener brukeren selv?	Oppgis ikke	Oppgis ikke	Oppgis ikke
HiO	Rikshospitalet HF	New practice learning model to nursing students in clinical practice.	Styrke kompetansen hos sykepleierne i avdelingen i forhold til utdanning og veiledning av studenter. Styrke og optimalisere læresituasjoner for studentene	2008	130.000
HiO	Rikshospitalet HF	Etablere en systematisk vurdering av smerte	Etablere og konsolidere bruken av systematisk vurdering av smerteintensitet ved hjelp av en verbal numerisk skala, samt å gi sykepleierstudenter klinisk erfaring med smertevurdering og med evaluering av arbeidsrutiner i forhold til smertefenomenet. Det skal innføres ny smerteskala på hele helseforetaket.	2009	321.000

HiO	Rikshospitalet HF	Utvikling av praksismodell ved de to Barneklubben og Nevrokirurgisk barnepost	Utvikle en god praksismodell, nært knyttet til avdelingene, utarbeide rutiner og et mer helhetlig samarbeid mellom praksis/skole. Midler til å utvikle en prosjektsøknad.	2009	40.000
HiO	Rikshospitalet HF	Kritisk gjennomgang og evalueringen av en veiledningsmodell	Et prosjekt i to deler, søker først om midler til første del, en kritisk gjennomgang og evaluering av eksisterende modell. Pedagogisk utviklingssenter ved HiO vil delta i evalueringen.	2008	100.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Suksessfaktorer i veiledningssamarbeid	Målet er forbedret yrkesfaglig veiledning i klinikken og på sikt bedre rutiner for samarbeidet.	2008	205.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Studentperm for sykepleier-studenter i avdeling 3	Studentpermen skal legge til rette for en mer systematisk og organisert læring.	2008	57.550
HiO	Aker universitetssykehus HF	Selvstendighet og ledelse, - en praksismodell i 3. studieår	Å utvikle, gjennomføre og evaluere en praksismodell gjeldene 14 dager i slutten av praksisperiode i 3. studieår der studentene tar over halve posten under veiledning.	2008	124.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Ernæringsstatus på inneliggende pasienter	Sykepleiere og sykepleiestudenter er bevisst på hvordan kartlegge og behandle underernæring hos inneliggende pasienter	2008	100.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Intermitterende kateterisering	Å kvalitetssikre postens rutiner mht. intermitterende kateterisering: sikre korrekt beslutning, enhetlig vurderinger hos sykepleierne på posten, enhetlig dokumentering i pasientjournal, og pasientens rett til medbestemmelse.	2008	80.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Veiledende behandlingsplan i psykisk helse	Alle sykepleierstudenter på Klinikk for psykisk helse utarbeider en behandlingsplan i sykepleie-dokumentasjonen for sin psykiatriske pasient.	2008	150.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Kunnskapsheving hos sykepleierstudenter/sykepleiere i forbindelse med sårskift	Sikre at sykepleierstudenter/sykepleiere har gode nok kunnskaper om bakterie-, fuktighetsbalanse og bandasjer for å kunne gi pasientene en god sårbehandling	2008	100.000

HiO	Aker universitetssykehus HF	Sykepleiestudenters læring ved OUU	Systematisere veiledningen av sykepleiestudentene og utvikle rollefordeling mellom høgskolens veiledere og praksisfeltets veiledere	2009	200.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Sykepleierens pedagogiske funksjon og studenters læring av denne	Prosjektet er et utviklingsarbeid knyttet til en måte å lære på i sykepleien. Den overordnede hensikten er å utforske effekten av den anvendte pedagogiske metoden.	2009	83.500
HiO	Aker universitetssykehus HF	Underernæring hos pasienter i spesialisthelsetjenesten. Kartlegging og intervensjon	Få en prevalens over hvorvidt inneliggende pasienter ved de aktuelle avdelinger er underernært, og derigjennom identifisere de spesielt risikoutsatte slik at samordnede tiltak kan utvikles og iverksettes. Utvikling av felles kartleggingsverktøy på ernæring. Studentene vil delta i kartleggingen.	2009	400.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Blir Gundersons miljøterapeutiske prinsipper som avdelingen har bygd sin virksomhet på synliggjort i den elektroniske sykepleiemodulen?	De ønsker å få svar på om det teoretiske grunnlaget som ligger til grunn for behandlingen er synlig, om teori samsvarer med praksis. Prosjektet kan bidra til økt bevissthet hos studentene om hvordan teoretiske perspektiver skal kunne prege sykepleiedokumentasjonen.	2008	50.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Informasjonsperm til fremmedspråklige pasienter	Øke informasjonen slik at angstnivået hos pasienter minsker ved mindre risiko for misforståelser. Bedre behandling. Øke studentenes forståelse for denne pasientgruppen. Det skal utarbeides en perm med informasjon på ulike språk. Studentene skal delta aktivt i dette arbeidet.	2008	50.000
HiO	Aker universitetssykehus HF	Gjensidig kompetanseutveksling mellom sykepleierstudent og sykepleier i praksisperioden,- en videreføring av prosjektet påbegynt høsten 2007	Fokus på kunnskapsbasert viten, å vurdere den sykepleiepraksis som utøves. Studentene får større kunnskap om å dokumentere sin sykepleie og avdelingen får øket fokus på å skrive pleieplaner. Avdelingen skal dokumentere elektronisk i DIPS fra våren 08.	2008	50.000
HiO	Aker Universitetssykehus	Veiskillet - din vei til bedre helse	Prosjektets hovedmål er å kunne øke "kar-pasientens" innsikt i og handlingsmulighet over egen helse, samle data om pasientenes kunnskap og utarbeide informasjonsbrosjyre. Studenter skal delta i pasientundersøkelsen.	2009	40.000
HiO	Aker universitetssykehus	Kompetanseheving gjennom oppøving i vurdering, behandling og evaluering i forbindelse med sårstell	Praksis i samarbeid med høgskolen øker kompetansen i sårbehandling hos sykepleiere/ sykepleierstudenter.	2009	100.000



	HF	for sykepleierstudenter og sykepleiere			
HiO	Aker Universitetssykehus	Suksessfaktorer i kliniske veiledningssamarbeid mellom sykepleierveileder og høyskoleveileder i siste studieår	Finnes bestemte faktorer som karakteriserer vellykket veiledningssamarbeid i siste års praksisstudier i sykepleie? En søker å utvikle evalueringsverktøy som undersøker både studentens læring og veiledernes veiledning, økt kompetanse og tilfredshet.	2009	83.500
HiO	Aker Universitetssykehus	Veiledning av sykepleierstudenter med hjelp av kreative metoder	Sykepleierstudentene skal tilbys systematisk sykepleiefaglig veiledning med bruk av kreative metoder under praksisperioden. Metoder som skal brukers er bl. a.: rollespill, tegning, LØFT, modellering (oppmerksomhet på kroppsfornelemelser)	2008	15.500
HiO	Oslo Urologiske Universitetsklinikk	Videreutvikling av innhold i studentperm, med vekt på sykepleierens tause kunnskap i forhold til NIC-klassifikasjonen	Videreføre arbeidet med studentperm, med særlig fokus på å finne gode læresituasjoner.	2008	32.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Utarbeiding og implementering av elektronisk veiledende pleieplan for barn med kreft	Kvaliteten på sykepleie til barn med kreft blir bedre gjennom gode, oppdaterte og brukervennlige veiledende sykepleierjournaler.	2008	30.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Tilrettelegging for HIV-positive gravide og deres barn under svangerskap, fødsel og barseltid på KK	Øke kunnskap og kompetanse blant personalet og studenter som kan bidra til at faglig forsvarlig omsorg gis til kvinnene og barna	2008	30.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Studentveiledning – smerte	Sikre målrettet veiledning i forhold til smerte, videreføring av prosjekt som startet høsten 06	2008	100.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Kompendium for sykepleierstudenter	Kompendium skal være et verktøy for studenten og bidra til at studenten enklere kan strukturere sin praksisperiode	.2008	50.000

HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Studentdrevet sengepost for sykepleierstudenter 3 år	Tilrettelegging av praksisperioden slik at studentene får økt kompetanse og erfaring med ledelse, delegering, rapportering og tverrfaglig samarbeid.	2008	80.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Sykepleierstudenter og praksisveiledere i akuttpsykiatrisk praksis	Utarbeiding av mal for best mulig oppfølging av studenter, både grunn- og videreutdanning.	2008	150.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Undervisning av studenter i praksis	Midler til undervisningsseminar. Målet er at studentene lærer mer i praksis, samt å styrke samarbeidet mellom høgskolen og praksisstedet.	2008	25.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Aktivitetsbasert terapi – Strukturert integrering av fysisk aktivitet i behandlingen av pasienter	Større bevissthet og struktur på områdene fysisk aktivitet og kosthold i behandlingsforløpene til pasienter. Midler til noe utstyr og til forelesningshonorarer og til forskningsassistanse.	2008	75.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Grensesetting/ bruk av tvang	Grensesetting vil gi nedsatt bruk av tvangsmidler.	2009	75.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Utvikle kunnskapsbasert praksis med fokus på angst	Fremme kunnskapsbasert spesialisthelsetjenester til eldre pasienter med angst, å utvikle kunnskap basert på kliniske erfaringer og systematisk litteratursøk. I samarbeid med studentene skal de beskrive egen praksis og evaluere praksis i forhold til pasienter med angst.	2008	225.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Bruk av standardiserte begreper i klinisk elektronisk arbeidsplan	Gi økt forståelse for nødvendigheten av å bruke standardiserte begreper og sikre at det utføres sykepleierintervensjoner som er med på å sikre en bestemt type behandling av pasienten	2008	50.000

HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Veiledning og undervisning av sykepleierstudenter ved ortopedisk sengepost	Egne praksisveiledere kan bruke tid til å videreutvikle det opplegget som de fikk støtte til i fjor: bl a introduksjonskurs, utvikle en håndbok for studenter, videreutvikle prosedyrer på video	2008	50.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Veiledning og undervisning av sykepleiestudenter	Egne praksisveiledere kan bruke tid til å videreutvikle det opplegget som de fikk støtte til i fjor: introduksjonskurs, utvikle en håndbok for studenter, prosedyrer på video	2008	50.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Studenttettpost med fokusbaserte studier	Videreutvikle ny modell i studentveiledning, og bedre samarbeidet mellom avdelingen og HiO. Det er en videreutvikling av prosjektet: "Studenttett post med fokusbasert praksisstudier" ved Diakonhjemmet sykehus.	2008	229.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Veiledning og undervisning av sykepl. studenter ved Nevrologisk sengepost	Midler til å utarbeide nye rutiner for veiledningen av studenter, og til evaluering av praksisperiodene ved hjelp av spørreskjema	2008	27.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	En annerledes måte å gjennomføre praksisperioden for studenter.	Nye organisering av praksisstudiene. Det er en videreutvikling av prosjektet: "Studenttett post med fokusbasert praksisstudier" ved Diakonhjemmet sykehus.	2008	190.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Pedagogisk utviklingsarbeid, med fokus på god relasjon mellom teori og praksis	Målsettingen for dette prosjektet er at posten skal bidra til at sykepleierstudenter med større faglig tyngde og raskere, ser sammenheng mellom teori og praksis i sykepleierfaget.	2008	50.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Lage et studenthefte som utarbeides av studenter og sykepleiere	Avdelingen mangler skriftlig informasjon til studentene. Studentene skal bidra i arbeidet med å utarbeide heftet. Midler til trykking, litteratur og fristilling av sykepleier.	2008	30.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Praktisk bruk og evaluering av et systematisk opplærings-verktøy i mottak og behandling av multitraumatiske pas.	Avdelingen anser det som av stor betydning å benytte en systematisk undervisningsform, for å kvalitetssikre opplæring i den svært komplekse setting som kjennetegner traumatologi.	2008	75.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Veiledning DVD-filme utvalgte prosedyrer	Bruke filmet prosedyre som forberedelse før gjennomføring av praktiske prosedyrer. Studenter fra HiO vil delta i arbeidet	2008	35.000

HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Angst prosjektet	Et utviklingsprosjekt i samarbeid mellom høgskolen og alderpsykiatrisk avdeling for å styrke tjenesteutøvelsen i alderpsykiatrisk praksis. Utvikle kunnskapsbasert praksis basert på klinisk erfaringer/erfaringskompetanse og systematisk litteratursøk/opdatert teori med fokus på angst.	2009	500.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Bruk av standardiserte begreper i klinisk elektronisk arbeidsplan.	Ved innføring av standardiserte begreper forventes det en nivåheving av den sykepleie-/miljøbehandling som ytes. Studentene tar aktivt del i både utviklingen og kvalitetssikringen av de sykepleieintervensjoner som utføres i praksisfeltet.	2008	155.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Psykose og rus	Målsettingen er å utvikle kunnskap basert på klinisk erfaringer og forskningsbasert litteratur knyttet til problemstillinger relatert til alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk. Studentene får en aktiv rolle i prosjektet.	2009	245.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Strukturert praksisprogram for studenter	Lage et informasjonshefte og undervisningspakke, ha faste veiledningsgrupper, program for hospitering, lage retningslinjer i tilfelle fare for styrk, gjennomføre halvdagsseminar i starten av praksisperiode, lage et evalueringsskjema	2008	50.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF	Evaluering, tilpassing og implementering av retningslinjer for praksis	Bakgrunn for oppfølgingsprosjekt som det søkes om, er å kunne evaluere, tilpasse og implementere retningslinjene som er utarbeidet for oppfølging av studenter i praksis.	2009	200.000
HiO	Ullevål universitetssykehus HF  Sykepleie & ergoterapi	Aktivitetsbasert terapi – strukturert integrering av fysisk aktivitet	Målet er å oppnå større bevissthet og struktur på områdene fysisk aktivitet og kosthold i behandlingsforløpene til pasienter ved avdelingen.	2010	200.000

## Sosionom

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HiBe	Bergen kommune	Brukarstemmer inn i utforming av hjelpetiltak	Få kunnskap om og utvikle metoder for å fremme brukermedvirkning i utvikling av velferdstjenester	2008-2009	Angis ikke
HiBe	Bergen kommune	Kunnskapsbasert praksis – en mulighet for sosialt arbeid?	Få kunnskap om hvordan kunnskapsbasert praksis kan implementeres i sosial arbeidspraksis og utdanning	2008-2009	Angis ikke
HiO	Rikshospitalet HF	Handlingsredskaper for psykososial vurdering	Bidra til å kvalitetssikre den praktiske utøvelsen av sosialt arbeid på sykehus	2008	88.000

## Vernepleier

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjekttittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HiBe	Bergen kommune	Opplæring og kompetanseutviklingstiltak for presonale som arbeider med eldre utviklingshemmede på dagsenter	Utvikle en kompetansehevingsmodell hvor høgskolen gir undervisning og veiledning av personalet på seniorsenteret	2008-2009	Oppgis ikke
HiBe	Bergen kommune	Fra "Poiesis til Praxis" – en relasjonell tilnærming i bofellesskap. Kompetanseutvikling i samarbeid mellom felt og utdanning	Tilføre kompetanse til vernepleieres arbeidsfelt, samt at høgskolen får tilført erfaringsbasert kunnskap fra feltet	2008-2009	Oppgis ikke
HiNT	Oppgis ikke	Nye praksisarenaer for vernepleierstudenter	Vernepleier bør samarbeide med kultursektoren for å sette fokus på fritida som en viktig arena for mennesker med utviklingshemming. Utvikle en modell for læring med utgangspunkt i aksjonsforskning der studenter, brukere og ansatte i praksisfeltet sammen skaper ny kunnskap	Oppgis ikke	Oppgis ikke

UiA	Høgskolen i Rogaland, Universitetet i Uppsala, Universitetet i Reykjavik, Larvik kommune, Sørlandets kompetansesenter	En skole for framtiden	Tilrettelegge skolehverdagen på en slik måte at elevene får styrket sosiale ferdigheter og problemløsningsferdigheter gjennom Aggression Replacement Training (ART)	2008-2014	Oppgis ikke om fått finansiering
HiØ	Oppgis ikke	Arbeid, psykisk helse og brukervedvirkning	Oppgis ikke	Oppgis ikke	Oppgis ikke
HiØ	Oppgis ikke	Kunnskapsbasert praksis gjennom etablering av fagringer og to-spann modell i kommunal boveiledertjeneste for utviklingshemmede	Oppgis ikke	Oppgis ikke	Oppgis ikke
HiØ	Oppgis ikke	Miljøterapeutisk tiltak: funksjonelle analyser, tiltaksutarbeidelse og målemetoder i demensomsorg	Oppgis ikke	Oppgis ikke	Oppgis ikke

HiØ, Avdeling for helse- og sosialfag, oppgir i tillegg veiledningskurs. Dette er ikke plassert under noen av utdanningene

#### HiO tverrfaglige prosjekt:

Utdanningsinst	Samarbeidende parter	Prosjektittel	Prosjekt mål	Tidsperiode	Kostnad
HiO	Sykehuset Asker og Bærum HF	Tverrfaglig klinisk studieenhet	Etablere en klinisk studieenhet er å skape et læringsmiljø for ergoterapi-, fysioterapi- og sykepleierstudenter som fremmer den enkelte students faglige kompetanse og gir optimale muligheter for utvikling av tverrfaglig kompetanse. Midler til å utvikle prosjektsøknad.	2009	50.000

## V11: Resolusjon fra Studentenes Landsforbund om økonomiske merutgifter i pålagt fjernpraksis



### Resolusjon om økonomiske merutgifter i pålagt fjernpraksis

Sendes til: Høgere utdanningsinstitusjoner, KD, interesseorganisasjoner

En undersøkelse om kvalitetssikring av praksis for helse- og sosialfag ble gjennomført av StL våren 2009. Denne avdekket svært ulik håndtering av refusjon ved merutgifter for studenter som har blitt pålagt fjernpraksis. Med bakgrunn i undersøkelsen og andre tilbakemeldinger fra studentene vi representerer, krever vi at økonomireglementene til de ulike utdanningsinstitusjonene gjennomgås sentralt. Det må utarbeides felles retningslinjer for refusjon av økonomiske merutgifter i forbindelse med praksis.

Mange studenter blir pålagt fjernpraksis. Dette innebærer at studenten enten må pendle, eller skaffe nytt bosted under praksisperioden. Det er store forskjeller i hvor mye den enkelte student får tilbakebetalt etter pålagt fjernpraksis. Noen studenter får alle sine merutgifter refundert, mens andre ikke får noe dekket. Dette mener vi er uholdbart. Det er også slik at ikke alle studenter ved samme institusjon blir pålagt fjernpraksis. Dette fører til forskjeller i økonomiske utgifter innad i kull, og oppfattes som urettferdig blant studentene.

Det er gjennomgående at studentene får *etterbetalt* sine merutgifter. Dette kan føre til at studenten blir alvorlig økonomisk skadelidende under praksisperioden. Merutgiftene innebærer ofte å betale to husleier samtidig, i tillegg til reiseutgifter og at man faktisk skal kunne leve. Disse ekstrautgiftene bryter med gratisprinsippet, og i noen tilfeller kan de som kun har stipend og lån som inntekt få store problemer med å gjennomføre praksis fordi det koster for mye. StL krever at det lages ordninger som gjør at studentene ikke må legge ut for ekstrautgifter ved pålagt fjernpraksis.

Norsk høgere utdanning skal være gratis. StL krever at merutgifter i praksis derfor ikke skal forekomme. De institusjonene som faktisk refunderer alle merutgifter er foregangsinstitusjoner, og burde være delaktig i prosessen med å utarbeide nye nasjonale retningslinjer.

Studentenes Landsforbund (StL) er Norges største studentorganisasjon og representerer 100 000 studenter ved [30 statlige og private utdanningsinstitusjoner](#). StL er partipolitisk uavhengig og ivaretar og fremmer studentenes økonomiske, faglige, kulturelle, sosiale og demokratiske interesser.