

# **Praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten**

**Arbeidsgrupperapport**

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INNLEDNING OG MANDAT</b>                                         | <b>5</b>  |
| 1.1 Mandat                                                             | 5         |
| <b>2. KORT OVERSIKT OVER UTVIKLINGSTREKK DE SENERE ÅRENE</b>           | <b>6</b>  |
| 2.1 Utdanningsgrupper                                                  | 6         |
| 2.2 Etterspørsel etter praksisplasser                                  | 7         |
| 2.3 Endringer i organisering og finansiering av praksis                | 7         |
| <b>3. JURIDISKE RAMMER FOR PRAKSISUNDERVISNING</b>                     | <b>8</b>  |
| 3.1 Juridiske rammer for spesialisthelsetjenesten                      | 8         |
| 3.2 Juridiske rammer for høgre utdanning. Kvalitetsreformen            | 9         |
| 3.3 Samarbeid er nødvendig                                             | 10        |
| <b>4. SPESIALISTHELSETJENESTEN</b>                                     | <b>10</b> |
| 4.1 Finansiering av spesialisthelsetjenesten                           | 10        |
| 4.2 Pasientbehandling                                                  | 11        |
| 4.3 Helsepersonell                                                     | 11        |
| 4.4 Styringsstruktur                                                   | 12        |
| <b>5. DAGENS ORGANISERING OG FINANSIERING AV PRAKSISUNDERVISNINGEN</b> | <b>12</b> |
| 5.1 Praksis er en integrert del av utdanningen                         | 13        |
| 5.2 Mekki-utvalget                                                     | 14        |
| 5.3 To ulike prinsipper for finansiering                               | 14        |
| 5.4 Veiledergodtgjøring                                                | 15        |
| 5.5 Andre praksiskostnader                                             | 16        |
| 5.6 Samarbeidsavtaler mellom høgskoler og praksisinstitusjoner         | 17        |
| 5.7 Avtaler mellom høgskolene og regionale helseforetak                | 17        |
| <b>6. UTFORDRINGER</b>                                                 | <b>18</b> |
| 6.1 Manglende avtaler                                                  | 18        |
| 6.2 Ulike betalingsordninger for praksisplasser                        | 18        |
| 6.3 Knapphet på plasser                                                | 19        |
| Praksisopplæring i sykehus - grupperapport                             | 2         |

|                                                                                                       |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.4 Detaljerte rammeplaner                                                                            | 19        |
| 6.5 Varierende kvalitet på praksisopplæringen                                                         | 20        |
| 6.6 Ulik finansiering av praksisveiledning                                                            | 21        |
| <b>7. MODELLER FOR ORGANISERING OG FINANSIERING AV PRAKSISVEILEDNING</b>                              | <b>21</b> |
| 7.1 Forutsetninger for modeller                                                                       | 21        |
| 7.2 Én modell for organisering                                                                        | 22        |
| 7.3 Flere modeller for finansiering                                                                   | 23        |
| <b>8. ARBEIDSGRUPPENS VURDERINGER OG KONKLUSJON</b>                                                   | <b>24</b> |
| 8.1 Vurdering av konsekvenser av valg av de ulike modellene.                                          | 24        |
| 8.2 Arbeidsgruppas konklusjoner                                                                       | 25        |
| <b>VEDLEGG 1: Ansvar/ roller tilknyttet praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten</b>               | <b>27</b> |
| <b>VEDLEGG 2</b> Geografisk fordeling av studenter i sykepleierutdanning                              | <b>28</b> |
| <b>VEDLEGG 3</b> Anslag over utgifter til praksisveiledning i sykehus for enkelte høgskoleutdanninger | <b>29</b> |
| <b>VEDLEGG 4</b> Modell 1: Midler lagt i basisbevilgning                                              | <b>30</b> |
| <b>VEDLEGG 5</b> Modell for finansiering av praksisveiledning                                         | <b>31</b> |

# **PRAKSISOPPLÆRING I SPESIALISTHELSETJENESTEN**

## **ARBEIDSGRUPPERAPPORT**

En arbeidsgruppe med representanter for Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD) og Helsedepartementet (HD) har utarbeidet en rapport om framtidig organisering og finansiering av praksisopplæring for høgskoleutdanninger i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten er enstemmig.

Oslo ....

Gerd Vandeskog, HD

Runi Sletta, HD

Ivar Walle, UFD

Stig Klingstedt, UFD

Elin Stokkan, UFD

# Praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten.

## 1. INNLEDNING OG MANDAT

I møte mellom statsrådene Kristin Clement UFD og Dagfinn Høybråten HD den 11. jan. 2002 ble det besluttet at det skal settes ned en interdepartemental arbeidsgruppe for å vurdere ulike spørsmål knyttet til praksisundervisning av sykepleierstudenter. Problemstillingene knytter seg til kapasitet, kvalitet og finansiering.

Samtidig er det oppnevnt et offentlig oppnevnt utvalg, Hagen-utvalget, som gjennomgår finansierungsordningene i spesialisthelsetjenesten. Det forutsettes at den departementsinterne arbeidsgruppen har kontakt med utvalgets sekretariat der dette er hensiktsmessig.

HD har ledet gruppens arbeid. De to departementer har utvidet oppdraget til også å omfatte andre helsefaglige grunnutdanninger, da problemstillingene i stor grad er felles.

### 1.1 Mandat

Arbeidsgruppen har fått følgende mandat:

- Gi en kort oversikt over utviklingstrekk ved finansiering, organisering og opptakskapasitet for helsefagutdanningene de senere årene.
- Beskrive dagens finansieringsopplegg for praksisundervisning i helsefag- og sykepleieutdanningene, og skissere hvordan praksisundervisningen er organisert.
- Vurdere konsekvensene av dagens finansiering og organisering for gjennomføring av undervisningen.
- Vurdere konsekvensene av ulike finansieringsformer for undervisningsoppgavene knyttet til sykepleier- og helsefagutdanningene, herunder vurdere behovet for en større grad av målretting av midler til undervisning av helsefag- og sykepleierstudenter i sykehus og alternative måter å foreta en slik målretting.
- Vurdere innslag av resultatbasert finansiering og herunder mulige resultatindikatorer.
- Vurdere hvem som evt. bør være tilskuddsyter og tilskuddsmottaker for midler til undervisningsoppgavene.
- Vurdere felles retningslinjer for finansiering av praksisundervisningen i sykehus på tvers av utdanninger i den grad det er hensiktsmessig

Arbeidsgruppen har bestått av:

Prosjektdirektør Gerd Vandeskog, HD, leder

Rådgiver Runi Sletta, HD

Ekspedisjonssjef Stig Klingstedt, UFD

Rådgiver Ivar Walle, UFD

Førstekonsulent Elin Stokkan, UFD

Arbeidsgruppen har hatt 7 møter, hvorav ett med representanter for Høgskolen i Oslo, og innhentet informasjon fra regionale helseforetak.

Med praksisopplæring menes her planmessig opplæring som foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av personer med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis.

Den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten omfatter de offentlige finansierte somatiske spesialisthelsetjenester, psykisk helsevern, rehabilitering og habilitering, sykehusapotek, samt laboratorie- og radiologiske tjenester.

Somatisk spesialisthelsetjeneste omfatter regionsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus, inkludert dagbehandling og poliklinikk samt privat spesialistpraksis.

Arbeidsgruppen har i hovedsak vurdert praksisveiledning i somatisk spesialisthelsetjeneste for sykepleierstudenter, da denne utdanningen med et årlig opptak på godt over 4000 studenter krever store helsepersonellressurser på sykehus. Hovedvekten er imidlertid lagt på generelle ordninger som bør kunne gjøres gjeldende for alle utdanninger i høgskolesystemet som har praksis i spesialisthelsetjenesten. Utredningen omfatter ikke turnustjenesten.

Arbeidsgruppen har også lagt til grunn at de ordninger som foreslås for praksis må innpasses i foretaksorganiseringen som er iverksatt innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at det er lagt opp til stor grad av beslutningsmyndighet og ansvar for å sørge for tjenestetilbud og samarbeid med undervisningsinstitusjoner på regionalt nivå.

## 2. KORT OVERSIKT OVER UTVIKLINGSTREKK DE SENERE ÅRENE

### 2.1 Utdanningsgrupper

Det er mange yrkesgrupper med helsefaglige høgskoleutdanninger som arbeider i spesialisthelsetjenesten. En kan skille mellom utdanninger hvor rammeplanen stiller krav om praksis i spesialisthelsetjenesten og utdanninger hvor praksis i sykehus ikke er obligatorisk, men der mange studenter likevel har slik praksis.

Høgskoleutdanninger med obligatorisk praksis i spesialisthelsetjenesten er: Sykepleier-, bioingeniør- og radiografutdanning. I tillegg videreutdanning til jordmor og videreutdanning i anesthesi-, intensiv-, operasjons- og barnesykepleie samt kreftomsorg og videreutdanning i stråleterapi.

Høgskoleutdanninger med praksis i spesialisthelsetjenesten, men der slik praksis ikke er obligatorisk i henhold til rammeplan omfatter: Ergoterapeut-, fysioterapeut-, vernepleier-, sosionom- og barnevernspedagogutdanning, videreutdanning i psykisk helsearbeid samt et stort antall andre videreutdanninger.

Også elever i videregående skole har praksis i spesialisthelsetjenesten som belaster samme avdelinger og personale som studenter ved høgskolene. Det gjelder i første rekke hjelpepleierelever. Helsefaglige studenter ved universitetene belaster i mindre grad de samme veilederne ved sykehusene som høgskolestudentene.

Turnustjeneste krever også oppfølging fra personalet i spesialisthelsetjenesten. Både jordmor- og fysioterapeututdanningen avsluttes i dag med 1-årig turnustjeneste. (Jordmorutdanningen er for tiden under vurdering.)

## 2.2 Etterspørsel etter praksisplasser

Faktorer som påvirker etterspørselen etter praksisplasser vil først og fremst være bestemmelser i rammeplanene og antall studenter i helsefagutdanningene. I rammeplanene vil det i første rekke være bestemmelser om områder og omfang av obligatorisk praksis som har betydning. I perioden 1986 til 1992 ble direkte pasientrettet praksis i sykepleierutdanningen redusert med i alt 1 år. Dette ga uønskede virkninger som førte til at ekstern praksis igjen ble utvidet med 10 uker fra 2000. Etter rammeplanen fra 2000 skal praksis på medisinsk og kirurgisk avdeling utgjøre minst 16 uker. Bestemmelsen innebærer ikke en utvidelse av slik praksis i forhold til det som var vanlig ved de fleste høyskolene, men det var nytt at minstekrav til omfang ble eksplisitt definert på ulike områder.

Tabellen nedenfor viser økning i opptakskapasitet i sosial- og helsefaglige grunnutdanninger ved høyskolene:

| Utdanning         | 1990*        | 1998         | 2001         | %-økning 1990-2001 |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|--------------------|
| Sykepleie         | 2 519        | 4 100        | 4 414        | 75,2               |
| Bioingeniør       | 186          | 269          | 252          | 35,5               |
| Radiograf         | 84           | 136          | 239          | 184,5              |
| Ergoterapeut      | 80           | 189          | 253          | 216,3              |
| Fysioterapeut     | 184          | 305          | 328          | 78,3               |
| Vernepleier       | 300          | 793          | 895          | 198,3              |
| Sosionom          | 367          | 795          | 965          | 162,9              |
| Barnevernspedagog | 220          | 677          | 801          | 264,1              |
| <b>Sum</b>        | <b>3 940</b> | <b>7 264</b> | <b>8 147</b> | <b>106,8</b>       |

*Tabellen viser faktisk opptak på sosial- og helsefaglige utdanninger målt i antall registrerte heltidsekvivalenter. Tabellen inneholder ikke opptakstall for helsefaglige videreutdanninger som også har praksis i spesialisthelsetjenesten.*

Tabellen viser at det har vært en sterk vekst i opptaket til ulike helsefagutdanninger i løpet av 1990-årene. Etterspørselen etter praksisplasser ved sykehus har derfor også økt betydelig.

## 2.3 Endringer i organisering og finansiering av praksis

Utdanningene med sikte på arbeid i sykehus var lenge sterkt knyttet opp mot sykehusene, og mesteparten av undervisningen foregikk gjennom praktisk arbeid der. Fra om lag 1960 ser vi en utvikling der utdanningene i økende grad ble skilt fra sykehusene. Først organisatorisk, senere også geografisk. Det medførte at elevene ikke lenger var arbeidshjelp, men studenter som krevde veiledning og oppfølging. Mange av problemene knyttet til praksis de senere årene kan relateres til skillet som oppsto mellom sykehusene og utdanningene. Hovedutfordringer for helsefagutdanningene er som følge av denne utviklingen integrering av teori og praksis i undervisningen og kvaliteten på praksisundervisningen.

Et uttrykk for utviklingen er også at det overordnede ansvaret for helsefagutdanningene i 1981 ble overført fra Sosialdepartementet til daværende Kultur- og vitenskapsdepartement, da de også ble etablert som høyskoleutdanninger. De fleste helsefagutdanningene var fylkeskommunale inntil de i 1986 ble overført til staten. Overføringen ble sett i sammenheng med overgang til nytt inntektssystem for kommuner og fylkeskommuner, og man la til grunn at helsefaghøyskolene fortsatt kunne benytte fylkeskommunale helseinstitusjoner som praksissteder i samme omfang som tidligere og uten vederlag. Det ble derfor ikke foretatt en beregning av utgiftene helseinstitusjonene hadde til praksis. Midlene knyttet til veiledning av studenter ble slik liggende i rammene til sykehuseierne, dvs. fylkeskommunene.

I samband med problemer med gjennomføring av praksis og behovet for økning av opptakskapasiteten i sykepleierutdanningen stilte Sosial- og helsedepartementet i 1992 12 millioner kr. til disposisjon til styrking av praksisundervisningen i sykepleierutdanningen. KUF økte beløpet til 17 mill. kroner. Da ny rammeplan ble vedtatt i 2000, ble som nevnt omfanget av ekstern praksis i sykepleierutdanningen økt. For å dekke merutgiftene ved dette ble potten til praksisveiledningsmidler økt, slik at det nå alt i alt ligger 37 mill. kr. i rammene til høyskolene til dette formålet. Disse midlene tildeles høyskolene for overføring til praksisstedene etter nærmere avtale til bruk til blant annet frikjøp av sykepleiere som har veiledning som hovedbeskjeftigelse deler av året. Praksisveiledningsmidlene er knyttet til bestemte kvalitetsforbedrende tiltak og kommer ikke til erstatning for de midlene som lå i rammene ved statsovertakelsen i 1986, slik Helsedepartementet også har innskjerpet i brev til landets sykehus av 18. mai 2001.

### **3. JURIDISKE RAMMER FOR PRAKSISUNDERVISNING**

#### **3.1 Juridiske rammer for spesialisthelsetjenesten**

*I spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 gis en oversikt over oppgaver sykehusene skal ha et særlig ansvar for. I tillegg til pasientbehandling er forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende nevnt særskilt. Formålet med bestemmelsen er iflg. forarbeidene til loven, å klargjøre at også utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende og forskning er hovedoppgaver for sykehus.*

Spesialisthelsetjenestens oppgaver i forbindelse med undervisning og opplæring er omtalt i en egen bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-5. Av bestemmelsen fremgår at RHF skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innenfor helseregionen.

I merknaden til § 3 –5 i Ot. prp. nr. 10 om lov om spesialisthelsetjenesten heter det: ” Det tydeliggjøres i bestemmelsen at departementet kan stille krav til undervisningens innhold og omfang.” I merknaden til denne paragrafen i endringen i spesialisthelsetjenestelovens § 3-5 heter det i Ot. prp. nr. 66 (2000-2001) Ny lov om helseforetak følgende:” Videre vil de regionale helseforetakene etter bestemmelsen ha et ansvar for at det samlede undervisnings- og opplæringstilbud innen helseregionen er av en kvalitet som sikrer at de gruppene som har behov for undervisning og opplæring, oppnår tilstrekkelig kompetanse.”

Det følger av dette at HD og de regionale helseforetakene har et medansvar også for kvaliteten på praksisundervisningen.

*Helseforetaksloven som danner det organisatoriske grunnlaget for spesialisthelsetjenesten etter den statlige overtagelsen, berører også spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver innenfor forskning og undervisning. Formålsbestemmelsen, § 1, og virkeområdet, § 2, påpeker at RHF og helseforetak bl.a. skal legge til rette for forskning og undervisning.*

RHF skal sørge for at behovet for opplæring av helsefaglige studenter dekkes innenfor helseregionen. Plikten ligger ikke lenger på den enkelte helseinstitusjon. Departementet kan gi forskrifter om plikten til å delta i undervisning og opplæring, herunder om private helseinstitusjoners plikter. Bestemmelsen skal sikre utdanning av helsepersonell som er avhengig av å få deler av sin opplæring ved institusjoner i spesialisthelsetjenesten, jfr. Ot.prp.nr. 66 (2000-2001), og Innst. O nr. 118 (2000-2001). HD har ikke per august 2002 utformet egen forskrift om plikten til å delta i opplæring.



Det fremgår av Helseforetakslovens § 2 at: "Regionalt helseforetak legger til rette for eller yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette." RHF skal i tillegg til å yte helsetjenester, ha ansvar for å planlegge, organisere og drive forskning og undervisning.

*RHF's vedtekter* er fastsatt ved kongelig resolusjon 31. august 2001, senere endret i foretaksmøte. Vedtektene beskriver nærmere hvilke oppgaver og ansvar det enkelte regionale foretaket har, jfr. beskrivelsen av hovedoppgaver i vedtektenes § 6, som er de samme oppgaver som framgår av spesialisthelsetjenesteloven. Vedtektenes § 13 fastlegger at styret skal påse at universiteters og høgskolers rettigheter og interesser i tilknytting til undervisning og forskning ivaretas, og at sakene belyses tilstrekkelig ut fra forsknings- og undervisningsperspektivene. RHF skal tre inn i de pliktene som fylkeskommunene og staten som sykehuseiere hadde overfor universiteter og høgskoler.

*Foretaksmøtet* skal fastsette *instruks* om forholdet til universiteter og høgskoler. Det er fastsatt en instruks for de regionale helseforetak i foretaksmøter i alle regionale helseforetak i juni 2002 som presiserer enkelte bestemmelser i vedtektene. Av instruks framgår det at det regionale helseforetaket bl.a. skal arbeide for at det inngås avtaler med aktuelle høgskoler og universiteter om praksisplasser og studentveiledning. Avtalene forutsettes å være langsiktige og gi rammer for oppfølging av det enkelte års budsjett. I oversikten over aktuelle emner for slike avtaler, er praksisplasser nevnt.

Hvorvidt det er RHFene eller undervisningsinstitusjonene som skal definere behovet for opplæring fremgår ikke av lovbestemmelsen. Av instruks for RHF fremgår imidlertid at universitetenes og høgskolenes behov for opplæring av helsefaglige studenter dekkes i samsvar med fastsatt undervisningspolitikk og foretatte prioriteringer i det enkelte år. UFD definerer, etter kontakt med HD, det samlede behovet for praksisplasser og kravene til kvalitet. Det er det fremtidige nasjonale behov for helsepersonell som må dekkes ved tilstrekkelig opplæring ved helseinstitusjonene.

Det skal videre opprettes samarbeidsorgan med universiteter og høgskoler for drøfting av saker av felles interesse.

Regionale helseforetak skal i årlig melding til Helsedepartementet redegjøre for virksomheten.

### **3.2 Juridiske rammer for høgre utdanning. Kvalitetsreformen**

Som ledd i Kvalitetsreformen i høyere utdanning ble lov av 12. mai 1995 om universiteter og høgskoler endret med virkning fra 1. juli 2002. Loven omtaler ikke eksplisitt praksisopplæring.

Etter § 46 nr. 4 i loven kan departementet fastsette nasjonale rammeplaner for enkelte utdanninger. UFD har utarbeidet rammeplaner med egne forskrifter om faglig innhold og vurderingsordninger for helsefagutdanningene. Forskriften for sykepleierutdanningen inneholder bl.a. bestemmelser om omfang av praksisstudiene i spesialisthelsetjenesten spesifisert på avdeling/spesialitet. Kvalitetsreformen legger til grunn mindre bruk av rammeplaner; både ved at antallet reduseres, og at de gjenværende blir mindre omfangsrike og detaljerte. Utdannings- og forskningsdepartementet vil vurdere hvilke utdanninger som i framtiden skal ha rammeplan og foreta en revisjon av sentrale rammeplaner. Det tas som utgangspunkt at helsefagutdanninger som i dag har rammeplaner og som kvalifiserer til yrkesutøvelse der det er krav om autorisasjon, fortsatt bør ha rammeplaner.

Statlige høyskoler kan etter UH-lovens § 46 nr. 2 fra 1. juli 2002 selv etablere studietilbud som inngår i den lavere graden (bachelorgraden). Det innebærer at dersom en høyskole vil etablere en ny helsefaglig 3-årig grunnutdanning, trenger den ikke samtykke fra departementet eller akkrediteringsorgan, så lenge rammeplanen følges. Med et udekket behov for kandidater i regionen og større konkurranse om studentene som følge av ny finansieringsordning, kan vi erfare at høyskoler vil etablere flere nye helsefagutdanninger. Som følge av dette vil det være behov for flere praksisplasser, og det vil være særlig påkrevd med forpliktende samarbeid for best mulig utnyttelse og fordeling av praksisplassene.

Mens særskilt skikkethetsvurdering tidligere var forbeholdt lærerutdanningene, er det i UH-lovens § 42 b åpnet for slik vurdering også i andre utdanninger. Utdannings- og forskningsdepartementet har nå bestemt at skikkethetsvurdering skal innføres for alle helse- og sosialfagutdanninger i høgre utdanning. Praksisveilederne vil kunne få en sentral og ressurskrevende rolle i saker der det stilles spørsmål ved skikketheten til studenter.

### 3.3 Samarbeid er nødvendig

De foregående kapitler beskriver lovverket som regulerer hhv. spesialisthelsetjenesten og høyskolene. Lovverket for de to sektorene forutsetter et nært samarbeid. Det er både i sykehusenes og høyskolenes interesse at samarbeidet omkring praksisplasser går godt slik at helsepersonellet får de nødvendige fagkunnskaper til å starte sine yrkeskarrierer. Vedlegg 1 gir en skjematisk oversikt over aktuelle lovverk.

## 4. SPESIALISTHELSETJENESTEN

### 4.1 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Fram til midten på 1990-tallet var spesialisthelsetjenesten hovedsakelig finansiert ved rammetilskudd som ikke var knyttet til hvor mange pasienter som ble behandlet. Sykehusene mottok pasienter fra sitt opptaksområde. Det var få formaliserte pasientrettigheter. Denne situasjonen er vesentlig endret. Den statlige finansieringen av sykehus ble endret fra 1. juli 1997 ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF). Omleggingen medfører at sykehusene får refundert deler av utgiftene til behandling av pasienter basert på et system med diagnoserelaterte grupper (DRG). Spesialisthelsetjenesten er i tillegg finansiert både med øremerkede tilskudd og rammetilskudd. Av statlige øremerkede tilskuddsordninger til spesialisthelsetjenesten kan nevnes regionsykehustilskuddet.

Det har fra 1996 til 2001 vært en vekst i brutto driftsutgifter ved somatiske sykehus på vel 25 pst. målt i 2001 kroner. Veksten skyldes i all hovedsak økte lønnsutgifter med økning i sykehuspersonell og justert lønnsnivå. Driftsutgiftene økte med 4,44 pst. fra 2000 til 2001, mot 6,8 pst. i perioden 1999-2000. Driftsutgifter relatert til gjennomføring av praksisveiledning på sykehus er ikke tallfestet, men vil være ønskelig å få kartlagt i fremtiden.

#### *Brutto driftsutgifter somatiske sykehus 1996-2001*

|                                                      | 1996   | 1997   | 1998   | 1999   | 2000   | 2001   |
|------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Bruttodriftsutgifter somatiske sykehus <sup>1)</sup> | 29 100 | 30 900 | 32 400 | 34 000 | 34 500 | 36 400 |

<sup>1)</sup> I mill. kr. 2001 kr

Kilde: Sintef Unimed

## 4.2 Pasientbehandling

Det har skjedd en betydelig endring i sykehusstruktur og behandlingsformer bare i løpet av en 5 års periode, fra sengepost med døgnopphold til mer dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Om det har vært en tilsvarende dreining av praksisveiledning fra avdelinger med sengepost til dagbehandling med poliklinisk behandling i takt med endret sykehusstruktur er uvisst.

Tabellen nedenfor viser en vekst i heldøgnsopphold ved somatiske sykehus fra 1996 til 2001 på 10,88 pst. Bare fra 2000 til 2001 var veksten på 4,39 pst. Antall polikliniske konsultasjoner har økt med 10,85 pst. i perioden 1996-2001. Den største økningen i siste periode er innenfor ikke-kirurgisk kreftbehandling, ortopedi og linseoperasjoner. Antall effektive senger er redusert fra 1996 til 2001 med om lag 5 pst. Nedgangen skyldes i all hovedsak en overgang til dagkirurgisk behandling.

### *Aktivitet ved somatiske sykehus, 1996-2001*

|                                           | 1996      | 1997      | 1998      | 1999      | 2000      | 2001      |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Heldøgnsopphold                           | 653 466   | 665 795   | 685 711   | 701 993   | 694 116   | 724 555   |
| Effektive senger <sup>2)</sup>            | 13 788    | 13 840    | 13 755    | 13 521    | 13 092    | 13 096    |
| Polikliniske konsultasjoner <sup>1)</sup> | 3 160 892 | 3 171 746 | 3 314 310 | 3 418 638 | 3 591 071 | 3 503 786 |

1) Oslo kommunale legevakt er ikke inkl. fra 2001

2) Effektive senger er definert som gjennomsnittet av antall tilgjengelige senger i løpet av året.

*Kilde: SSB /Sintef Unimed*

## 4.3 Helsepersonell

Antall årsverk ved somatiske institusjoner øker. Tabellen nedenfor viser antall årsverk ved somatiske institusjoner fordelt på ulike stillingsgrupper. I 2001 ble det registrert i alt 62 061 årsverk, en økning i årsverk på 8,53 pst. fra 1998 til 2001. Antall årsverk sykepleiere har i perioden 1998-2001 økt med 6,08 pst, mens antall legeårsverk økte med 9,80 pst. i samme periode. Antall årsverk hjelpepleiere er redusert med 2,70 pst. i perioden 1998-2001, med hele 2,24 pst. i siste periode fra 2000 til 2001. Sykepleiere utgjorde 34,95 pst. av totale årsverk ved somatiske institusjoner i 2001. Andelen legeårsverk var på 11,77 pst. i 2001, mens hjelpepleiere utgjorde 8,66 pst. av totale årsverk i samme periode. Bruk av helsepersonell til praksisopplæring har tiltatt med økt studentopptak. En totaloversikt over bruken av helsepersonell på sykehus til gjennomføring av praksisopplæring eksisterer ikke per dags dato.

## ANTALL ÅRSVERK<sup>1</sup> VED SOMATISKE INSTITUSJONER<sup>2</sup>, ETTER PERSONELLGRUPPE. 1998-2001

|                 | 1998   | 1999   | 2000 <sup>3</sup> | 2001   |
|-----------------|--------|--------|-------------------|--------|
| Årsverk i alt   | 57 183 | 58 907 | 60 927            | 62 061 |
| Leger           | 6 655  | 6 916  | 7 147             | 7 307  |
| Sykepleiere     | 20 446 | 21 337 | 21 573            | 21 690 |
| Hjelpepleiere   | 5 523  | 5 459  | 5 497             | 5 374  |
| Jordmødre       | 1 100  | 1 150  | 1 182             | 1 193  |
| Fysioterapeuter | 1 000  | 1 036  | 1 233             | 1 262  |
| Bioingeniører   | 2 960  | 3 043  | 3 095             | 3 233  |
| Radiografer     | 1 183  | 1 236  | 1 293             | 1 403  |
| Ergoterapeuter  | 319    | 330    | 356               | 348    |
| Vernepleiere    | 116    | 128    | 124               | 191    |
| Sosionomer      | 183    | 200    | 204               | 225    |
| Psykologer      | 162    | 178    | 181               | 167    |
| Annet           | 17 536 | 17 894 | 19 042            | 19 668 |

<sup>1</sup> Årsverk er antall heltidsansatte pluss deltidsansatte omregnet til heltid ved utgangen av året.

<sup>2</sup> Med somatiske institusjoner menes her somatiske sykehus og somatiske spesialsykehjem, rehabilitering /opplæring, samt sykestuer /fødestuer. Private sykehus er inkl.

<sup>3</sup> Fra 2000 er private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert i statistikken.

Kilde: SSB

### 4.4 Styringsstruktur

Fra 1.1.2002 ble modellen med fylkeskommunalt eierskap avløst av en statlig modell basert på statlig eierskap og foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten. De fem helseregionene er inndelt som før eierskiftet, men nå som beslutningsnivå i styringskjede mellom staten og helseforetakene.

I tillegg til hva som er besluttet gjennom lov og forskrifter, (myndighetsstyring) styres helseforetakene gjennom det årlige foretaksmøtet og styringsdokumenter som inneholder økonomiske rammer og krav til helseforetakene (eierstyring).

RHF er statens instrument for å oppnå nasjonale helsepolitiske målsettinger. Deres overordnede målsetting er å fremskaffe best mulig helsetjenester for de tildelte resursser basert på behovet i regionen.

Loven om helseforetak pålegger de regionale helseforetakene en årlig rapportering til departementet i form av en melding som kommer i tillegg til årsoppgjøret og årsberetningen. Meldingen vil være et viktig grunnlag for departementets egen styring av de regionale helseforetakene.

I de regionale helseforetakenes vedtekter fastsettes overordnede rammer for foretakets virksomhet, samt overordnede helsepolitiske mål og oppgaver for virksomheten. Videre kan departementet i foretaksmøtet fastsette generelle og spesielle instruksjoner for styrer i regionale helseforetak, jf. kap 3.1.

Forut for foretaksmøtene tas det sikte på at Helse- og Utdanningsdepartementet møtes for å drøfte saker av felles interesse.

### 5. Dagens organisering og finansiering av praksisundervisningen

## 5.1 Praksis er en integrert del av utdanningen

Praksisopplæringen organiseres som egne perioder i studiet - som blokkpraksis, der studentene over flere uker oppholder seg i praksisfeltet uten at de deltar i undervisning ved utdanningsinstitusjonen. Studentene undervises der enkeltvis eller i grupper av praksisveiledere som er praksisfeltets egne ansatte, mens utdanningens lærere avlegger rutinemessige praksisbesøk. Normalt drar lærerne på praksisbesøk i hver praksisperiode, men knapphet på både tid og økonomiske midler kan imidlertid føre til at intensjonene ikke blir fulgt opp. Veiledet praksis innebærer kontinuerlig veiledning og vurdering, hvor studenten ved slutten av perioden skal vurderes til bestått/ikke bestått. Praksisstudiene skal knyttes til studiet ved høgskolen gjennom oppgaver og ved gjensidig kontakt mellom lærere og veiledere.

Praksisopplæringen organiseres av utdanningsinstitusjonens ansatte, enten av egne praksiskoordinatorer eller som del av de ansattes ordinære arbeidsoppgaver. Det er et møysommelig arbeid å skaffe praksisplasser, ofte for hver enkelt student og for hver praksisperiode om gangen. Kontakt må i regelen knyttes til den enkelte avdeling ved praksisstedet. Ofte må studentene flytte til andre steder i landet for å få den nødvendige praksisen.

Også praksisveiledere må skaffes. Veilederne tar oppgaven med å veilede studenter enten i tillegg til ordinære oppgaver, eller veiledningen blir organisert ved at enkelte har dette som hovedoppgave i praksisperiodene. I mange av høgskoleutdanningene fornyes avtaler med praksisveilederne hvert år. I prinsippet kreves at praksisveileder har den aktuelle profesjonsutdanningen, minimum 2 års praksis og helst veilederutdanning i tillegg. Disse kravene blir ofte lempet på. Høgskolene tilbyr i regelen veilederkurs som en gjenytelse for praksisplasser.

Omfanget av praksis i somatisk spesialisthelsetjeneste for utdanninger med obligatorisk praksis er:

| Utdanning                                                             | Obligatorisk praksis i sykehus. Uker per studieår | Praksis per fullført studie<br>Oppgitt i antall uker |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Sykepleierutdanningen                                                 | 16 + ev. inntil 10                                | 60                                                   |
| Radiografutdanningen                                                  | 40                                                | 40                                                   |
| Bioingeniørutdanningen                                                | 14                                                | 40                                                   |
| Videreutdanning i anestesi-, intensiv-, operasjons- og barnesykepleie | Ca. 30                                            | Ca 30                                                |
| Videreutdanning i kreftomsorg                                         | Varierer                                          | 12                                                   |
| Videreutdanning i stråleterapi                                        | 10                                                | 10                                                   |
| Jordmorutdanning                                                      | 30                                                | 30                                                   |

Det har de siste årene vært gjennomført en rekke prosjekter med fokus på kvaliteten i praksisundervisningen, ulike veiledningsmodeller og samarbeid og arbeidsfordeling mellom høgskole og praksisfelt. Som eksempel nevnes prosjekter hvor helsepersonell på praksisstedene frikjøpes for å ha veiledning som hovedoppgave i praksisperiodene. Disse har vært vellykket ved at:

- Det gir flere praksisplasser ved at flere studenter kan ha praksis sammen
- Studentene får en tettere oppfølging i praksis enn ellers
- Kontakten mellom høgskole og praksissted styrkes

Som omtalt under 2.3 er det lagt til grunn at en vesentlig del av de såkalte praksisveiledningsmidlene i budsjетtrammene til høgskolene skal nyttes til frikjøp som nevnt her.

I en undersøkelse ved Høgskolen i Tromsø er det fremmet et forslag om å opprette et særskilt praksisplassutvalg med ansvar for helhetlig koordinering av praksisplasser. En koordinator er tiltenkt et ansvar for ajourføring og opprettholdelse av en database med opplysninger om utdanningsinstitusjonenes praksisplassbehov og tilgang på praksisplasser. Videre foreslås det opprettet et samarbeidsorgan mellom utdanningsinstitusjon og praksisfeltet i fylket.

## **5.2 Mekki-utvalget**

På initiativ fra Sosial- og helsedepartementet nedsatte Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet i 1997 et utvalg (Mekki-utvalget) for å utarbeide forslag til ny rammeplan for sykepleierutdanningen og særlig vurdere praksisundervisningen. Sosial- og helsedepartementet hadde mottatt signaler fra sykehusene om at nyutdannede sykepleiere ikke var like funksjonsdyktige som tidligere. De praktiske ferdighetene var for dårlige. Blant forslagene fra utvalget kan nevnes:

1. Utvide omfanget av naturvitenskapelige emner fra 10 til 15 vektall
2. Utvide omfanget av ekstern praksis fra 20 til 25 vektall
3. Utarbeidelse av forskrift til lov om spesialist- og kommunehelsetjenesten som omfatter både kvalitative og kvantitative krav til opplæring og undervisning av sykepleierstudenter
4. Inngåelse av gjensidige samarbeidsavtaler mellom praksisfelt og høgskole som sikrer høgskolene tilgjengelighet på praksisplasser. Avtalene skal også beskrive hvilke roller, ansvars- og arbeidsoppgaver høgskolens lærere har i forhold til praksisstedets sykepleiere.
5. Etablering av praksisplassråd lagt til fylkesmannen/ KS som skal koordinere og skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser for alle helse- og omsorgsutdanninger i fylket, både på videregående, høgskole og universitetsnivå.
6. Etablering av funksjonstilskudd til praksisstedene på kr. 1000 per praksisuke per student for å kompensere for merarbeid knyttet til veiledning og undervisning. Midlene øremerkes til praksisplassrådet. Bruk av midlene avtales i samarbeidsavtale.
7. Etablere ordning med bistillinger mellom høgskole og praksisfelt
8. Etablering av skikkethetsvurdering
9. Ulike tiltak for å styrke veilederfunksjonen
10. Avsetning av midler/etablering av forskningsprogram med fokus på læring av praktisk kompetanse i profesjonsutdanningene.

Tiltak nr. 1, 2 og 8 og i noen grad 4, 7, 9 og 10 er blitt fulgt opp.

## **5.3 To ulike prinsipper for finansiering**

Finansiering knyttet til utgifter til praksis og turnus er i høgere utdanning hovedsakelig organisert på to prinsipielt ulike måter.

- 1) Rammefinansiering. Aktivitetene ved helseinstitusjonen er lagt inn i budsjетtrammen til denne institusjonen, eventuelt supplert av mindre tilskudd fra den enkelte høgskole. Utgifter høgskolen har til praksis dekkes av budsjетtrammen til høgskolen.
- 2) Det gis aktivitetsbaserte tilskudd til helseinstitusjonen for gjennomføring av praksis og turnustjeneste.

Rammefinansiering er hovedmodellen for praksisundervisning på høgskolenivå og er tidligere omtalt, se kap. 2.3.

Fra 1997 er det innført en ordning med tilskudd til sykehus for delvis å kompensere for sykehusenes kostnader til turnustjenesten for jordmorkandidater, fysioterapikandidater og medisinerere. Tilskuddet er 25 000 kroner for kandidater med 1-årig turnustjeneste og 12 500 kroner for kandidater med halvårs turnustjeneste.

Ved universitetene kan driftsbaserte tilskudd også være knyttet til den ordinære grunnutdanningen. For medisinerstudenter gis et driftsulempetilskudd per student som i 1997 utgjorde kroner 860 000 for hele studieløpet. Dette betegnes undervisningstilskuddet og er en øremerket del av regionsykehusstilskuddet. Helsedepartementet fordeler tilskuddet til de regionale helseforetakene som har ansvar for at midlene videreføres til sykehus/institusjoner som har veiledning av medisinerstudenter. Midlene går til institusjonen. Samarbeidsorganet med universitetene vil i denne prosessen ha en viktig funksjon.

Dette tilskuddet har vært sammenholdt med praksisveiledningsmidlene i sykepleierutdanningen. Beløpene er ikke helt sammenlignbare, fordi praksisveiledningsmidlene ikke er ment å dekke alle utgiftene som helseinstitusjonene har til praksis, i det en vesentlig del som nevnt forutsettes finansiert over rammene til sykehuset. Kostnader knyttet til undervisning av medisinerstudenter har vært finansiert med statlige tilskuddsmidler og har i motsetning til sykehusenes utgifter til veiledning av høyskolestudenter ikke ligget inne i rammene til fylkeskommunene.

#### **5.4 Veiledergodtgjøring**

For helsefagutdanningene ved de statlige høyskolene ble det inngått avtaler med den enkelte veileder i praksisfeltet, og godtgjøringen gikk direkte til vedkommende eller til institusjonen. For sykepleierutdanningen ble det forutsatt at høyskolene ikke kunne nytte praksisveiledningsmidlene til direkte honorering til veiledere, men skulle overføre praksisstedet etter nærmere avtale. Om praksisstedet finner at midlene best kan nyttes til honorering av veiledere, og det ikke er i strid med avtalen med høyskolen, har ikke UFD motsatt seg slik bruk av midlene. Men departementet har pekt på at normalordningen og det mest hensiktsmessige er at midlene går til frikjøp av personale som har veiledning som hovedoppgave deler av året. For enkelte utdanninger er veilederhonoraret tariffestet.

Tabellen nedenfor viser honorarsatser og godtgjøringsform for profesjonsutdanningene ved høyskoler og universiteter per høst 1999 og høst 2000. Materialet for høyskoleutdanningene er innhentet av sekretariatet for Universitets- og høyskolerådet. Øvrig materiale er innhentet av sekretariatet for Norgesnettrådet.

I tilknytning til sykehusreformen og eierskiftet ble arbeidsgiveransvaret endret. Med den nye sykehusstrukturen inngår hvert enkelt helseforetak en eventuell særavtale med fagorganisasjonene om godtgjøring som praksisveileder. Med den nye organiseringen vil avtaler om lønn/godtgjøring for veiledere kunne variere fra foretak til foretak i samme helseregion, men også mellom ulike utdanninger ved samme foretak. Tidligere inngåtte særavtaler om godtgjøring for praksisveiledning er ikke reforhandlet av helseforetakene, men prolongert.

## Honorarsats og utbetalingsform høst 1999 for profesjonsutdanningene ved universitet og høyskoler

### HØGSKOLEUTDANNING

| Utdanningstype                | Honorarsats pr uke pr student                                        | Tariffestet | Utbetalingsform – til institusjonene eller den enkelte veileder |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| Barnevernspedagog<br>Sosionom | Avtalefestet kr 121                                                  | Ja          | Til den enkelte                                                 |
| Vernepleier                   | Kr 110,- kr 225,- som grunnbeløp + timesats for hver veiledningstime | Nei         | Til den enkelte og/eller institusjon                            |
| Ergoterapeut                  | Kr 78,50 – kr 300,-                                                  | Nei         | Til den enkelte eller institusjon                               |
| Fysioterapeut                 | Avtalefestet kr 900,- for 9 timer pr uke                             | Ja          | Til den enkelte                                                 |
| Sykepleier                    | Fra ingen honorering til kr 350,-                                    | Nei         | Til institusjon, ved spesiell avtale til den enkelte            |
| Radiograf                     | Kr 100,- - kr 150,-                                                  | Nei         | Til institusjon                                                 |
| Bioingeniør                   | Fra ingen honorering til kr 350,-                                    | Nei         | Til institusjon                                                 |

### UNIVERSITETSUTDANNING

|           |                                      |     |                 |
|-----------|--------------------------------------|-----|-----------------|
| Medisin   | Driftstilskudd fra HD ca kr 27.000,- | Nei | Til institusjon |
| Tannlege  | Driftstilskudd kr 1.000,- pr uke     | Nei | Til institusjon |
| Veterinær | Kjøper ”pakker” for ekstern praksis  | Nei | Til institusjon |
| Psykologi | Kr 479,-                             | Nei | Til institusjon |

Det mest iøynefallende er forskjellene mellom høyskole- og universitetsutdanningene. Mens honoraret for høyskoleutdanningene i helse- og sosialfag lå på noen få hundre kr. per uke per student, var det for universitetsutdanningene ca. 1.000 kr. høyere. Beløpene til høyskoler og universiteter er som tidligere nevnt ikke sammenlignbare.

Men også mellom helse- og sosialfagutdanningene varierer satsene mye; fra kr. 78,50 per student per uke i ergoterapeututdanningen til kr. 900 for 9 timer per uke i fysioterapeututdanningen (tariffestet). For de fleste utdanningene er satsen på mellom 100 og 300 kroner. Bioingeniørutdanningen i Oslo honorerer ikke og har dermed problemer med å skaffe praksisplasser. Fysioterapeuter, barnevernspedagoger/sosionomer, helsesøstre og lærere har tariffavtaler som omfatter honorarsatser for praksisveiledere. Sykepleierutdanningen har som nevnt egen ordning med tilskudd fra UFD til kjøp av veiledningstjenester.

Arbeidsgruppen har bedt Høgskolen i Oslo om å utarbeide et anslag på hva praksisundervisningen koster sykehusene, jf. kap. 6.6. Vi er også kjent med at Hagenutvalget har et eget prosjekt som undersøker hva undervisning koster. Per i dag er det ingen som har sikre data på dette.

### 5.5 Andre praksiskostnader

I tillegg til utgifter til veiledning har høyskolene også betydelige utgifter knyttet til undervisningspersonalets tilstedeværelse i praksis, reise- og boustgifter også for studenter samt Praksisopplæring i sykehus - grupperapport



forberedelse til og evaluering av praksis m.m. Ved sykehusene vil det i tillegg være mindre utgifter til bruk av utstyr og uniformer som studentene nytter.

## **5.6 Samarbeidsavtaler mellom høyskoler og praksisinstitusjoner**

Høgskolerådet gjorde i 1999 en undersøkelse over bruk av ulike former for samarbeidsavtaler mellom helse- og sosialfagutdanningene og praksisfeltet. Det viste seg at 18 av 23 høyskoler hadde helt eller delvis formelle samarbeidsavtaler med praksisinstitusjonene. Disse inneholdt bl.a. bestemmelser om honorarsatser, antall studenter og lengde på praksis for hver praksisperiode. Områder som i større eller mindre grad ble regulert i de formelle avtalene var: Formål, partsforhold, samarbeidsområder, gjensidige forpliktelser, personalsamarbeid, informasjonsplikt og avtalens varighet.

## **5.7 Avtaler mellom høyskolene og regionale helseforetak**

Av instruksjonen for regionale helseforetak framgår at det skal utarbeides samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og høyskolene, jfr. kap3. Helseforetakene skal gi tilbakemelding om sitt arbeid. Første halvårsrapport forelå juli 2002.

**Helse Sør** har ifølge halvårsrapporten opprettet et utdanningsnettverk i regionen med representanter fra helseforetakene og det regionale helseforetak. Målet med nettverket er å utveksle erfaringer og samarbeide om kompetanseutvikling. Helse Sør har hatt et samarbeidsmøte med alle høyskolene i regionen. Det oppfattes som en felles oppgave for utdanningsinstitusjonene og Helse Sør å sørge for å utdanne fremtidens helsepersonell. Det er bestemt å etablere et samarbeidsforum samt å utarbeide en rammeavtale, mellom Helse Sør og utdanningsinstitusjonene.

**Helse Øst** beskriver i sin halvårsrapport forskning, opplæring og undervisning som et prioritert område. Det er etablert et formelt samarbeidsforum med høyskolene. Sammen med Helse Sør arbeider for sammen med Helse Sør å etablere et avtaleforhold med Universitetet i Oslo

**Helse Vest** har opprettet et samarbeidsorgan med høyskolene og Universitetet. Det er enighet om å etablere et samarbeidsorgan på RHF-nivå og rammeavtaler mellom helseforetakene og de aktuelle utdanningsinstitusjonene.

Av **Helse Midt-Norges** halvårsrapport framgår at det er etablert kontakt mellom det regionale helseforetaket og Midt-Norsk Nett, et samarbeidsforum mellom regionens høyskoler og Universitetet i Trondheim. Det er bred enighet om at det skal utarbeides en regional kompetanseplan som skal gi en oversikt over kompetansebehov i regionen og hvordan disse skal dekkes.

**Helse Nord** har besluttet å opprette to samarbeidsorganer, ett med deltakelse fra Universitetet i Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge og Norges Forskningsråd, og et eget samarbeidsorgan med høyskolene i regionen. Mandat og sammensetning for de ulike organene er under utarbeidelse. Helse Nord tar sikte på å etablere begge organene tidlig høsten 2002.

## **6. UTFORDRINGER**

Det er som tidligere beskrevet store problemer med å skaffe nok kvalitativt gode praksisplasser for helsefagutdanningene. Det kan reises spørsmål om hvordan høgskolene og praksisstedene organiserer arbeidet med praksisplasser, og om det er en uheldig konkurranse mellom ulike faggrupper om praksisplasser. Det er også grunn til å spørre hvorfor sykehusene har problemer med å ta i mot nok studenter og om økonomiske incentiver vil være et egnet virkemiddel for å bedre forholdene.

### **6.1 Manglende avtaler**

Avtalene mellom praksisstedene og høgskolene er i stor grad av kort varighet. Dette medfører at høgskolene er belembret med mye merarbeid i forhold til å skaffe praksisplasser. Det er et betydelig arbeid som består i å overtale de enkelte sykehus og avdelinger til å ta i mot studenter. Det er svært mange praksissteder, og de kan være geografisk spredt. Studentene plasseres hovedsakelig i egen region, men det er også plasser i andre regioner. Noen studenter ønsker også praksisplass i nærheten av hjemstedet, noe høgskolene i regelen prøver å oppfylle.

Også private sykehus tas i bruk som praksissted, i første rekke av private høgskoler. Høgskoler har også ønsket å framstille bruk av praksisplasser som en måte for rekrutteringssvake sykehus til å kunne drive et aktivt rekrutteringsarbeid.

I arbeidet med å skaffe praksisplasser synes det å være relativt lite kontakt mellom høgskolene, men det er "sedvaner" på hvilke høgskoler som bruker de ulike praksissteder. Det eksisterer en form for uskrevene lover om hvilke sykehus den enkelte høgskole forholder seg til m.h.t. praksisplasser. At høgskolene nå selv kan etablere 3-årige profesjonsutdanninger kan føre til større konkurranse om praksisplassene.

Formelle samarbeidsavtaler som er inngått mellom høgskole og praksissted ser ut til å fungere godt fordi avtalene respekteres. Avtalene gir gjensidig informasjon, opplevelse av medansvar, bedre muligheter for langsiktig planlegging, og mulighet til utveksling av personale. Praksisfeltet er avhengig av langsiktig planlegging og at antall praksisstudenter tidlig er kjent for institusjonene. Økte krav til rasjonell drift og effektivitet tilsier at det stadig blir viktigere med planlegging og samordning av praksisveiledning. Skriftlige avtaler mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt er nødvendig også for utdanningsinstitusjonene for å gi de større sikkerhet for gjennomføring av praksis.

Møte med Høgskolen i Oslo bekrefter at mangel på faste avtaler som gjelder over tid der er et stort problem. Det ser imidlertid ut til å være en utvikling i gang over store deler av feltet i retning av å gå bort fra individuelle avtaler med praksisveiledere og over til samarbeidsavtaler om kjøp av tjenester fra institusjon/kommune, kombinert med gjensidige ytelser. Det vises her til kap. 5.7 hvor rapporter fra alle regionale helseforetak beskriver at det er/ vil bli etablert formelle samarbeidsorgan med universiteter og høgskoler.

### **6.2 Ulike betalingsordninger for praksisplasser**

Som vist i kap. 5.4 er det store forskjeller for betaling for praksis mellom ulike helsefagutdanninger ved en høgskole, men også for samme utdanning ved ulike høgskoler. Det er ikke faste retningslinjer for hva det betales for. For noen utdanninger betales til institusjonene, for andre går midler til godtgjøring av veiledere. Beløpene ligger stort sett på

100-300 kr. per uke per student for høgskolegruppene. Det foreligger som nevnt ikke konkrete beregninger av kostnadene for praksisstedene til praksisveiledning.

Etter arbeidsgruppens vurdering er disse ulikhetene en vesentlig årsak til misnøyen med dagens ordning. Ulikhetene er et problem i den grad det medvirker til å forfordle noen grupper, men de kan også utnyttes som "pressmiddel" og vanskeliggjøre arbeidet med å skaffe praksisplass.

For en høgskole med mange profesjonsutdanninger er det svært ressurskrevende å administrere et utall av ordninger, der hver enkelt utdanning forhandler med praksisinstitusjonene på egen hånd. Sykehusene gis ulik mulighet til å følge opp/ta i mot studenter, og det kan oppstå konkurranse mellom utdanningene som kan føre til at den som "har minst penger i sekken" blir nedprioritert. Enkelte høgskoler med flere typer utdanninger har bøtet på dette ved å innføre felles ordninger/ godtgjøringssatser.

Ordningen med praksisveiledningsmidler ble evaluert av det tidligere Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag. Rådet mente at den viktigste positive effekten var en bedre dialog mellom praksisfeltet og høgskolen. Overføring av veiledningsmidlene forutsetter at det skal utarbeides skriftlige avtaler mellom partene. Ordningen har gitt høgskolene muligheter til å stille krav til kvalitet på veiledningen i tillegg til at antallet praksisplasser har økt.

### **6.3 Knapphet på plasser**

Som vist har opptaket til mange helsefagutdanninger økt meget sterkt siden 1990. Samtidig er det etablert nye utdanninger med praksis. Etterspørselen etter praksisplasser har derfor økt betydelig. Samtidig er det grunn til å tro at tilgangen på praksisplasser i sykehus ikke har økt like sterkt.

Med krav om omfattende praksis på sengepost i flere utdanninger, vil tendensen mot færre inneliggende pasienter gjøre gjennomføring av praksis problematisk. Behandlingen ved sykehusene har skiftet karakter, spesielt ved de største sykehusene. Den blir i økende grad spesialisert, samtidig som nye teknikker gjør at liggetiden blir redusert. Det er gjort en undersøkelse som tyder på at utnyttelsesgraden av sengekapasiteten ved de somatiske sykehusene til sykepleierstudenter til en viss grad er avhengig av hvor generelle sengepostene er.

UFD har den siste tiden mottatt flere henvendelser fra ulike instanser om vanskene med å skaffe og beholde praksisplasser, især i sykepleierutdanningen, men også for bl.a. radiografutdanningen. I ett tilfelle har sykepleierne nektet å være kontaktsykepleiere om de økonomiske kravene ikke blir innfridd. Både oppfølging og evaluering av studentene rammes. I dag opplever høgskolene i økende grad at sykehus/avdelinger ikke ønsker å ta i mot like mange studenter som før, fordi de utgjør en ekstra arbeidsoppgave på toppen av den pasientrettede virksomheten. Oslo sykehusene har vegret seg for å ta imot studenter på grunn av ustabil bemanningssituasjon som har påvirket muligheten til å få faste avtaler. Høgskolene har følt seg presset fordi sykehusene har forlangt et bestemt pengebeløp for praksisplassene.

### **6.4 Detaljerte rammeplaner**

Dagens rammeplaner setter grenser for en fleksibel gjennomføring av praksisplassene. Høgskolen i Oslo mener at særlig rammeplanen for sykepleierutdanningen er for rigid. Det kan være grunn til å stille spørsmål om bestemmelsene om område for og omfang av praksis

er for lite fleksible i forhold til at behovene i helsetjenesten skifter raskt. Er det for eks. lagt for stor vekt på bruk av sengeplasser, eller er det hensiktsmessig i større grad å ta i bruk enheter for dagbehandling og poliklinikker? I vurderingen av hva som kan benyttes til praksisplass, må det også legges vekt på om praksisplassen gir tilstrekkelig mulighet til å nå målene for praksisundervisningen.

## 6.5 Varierende kvalitet på praksisopplæringen

Når praksis utgjør så stor del av den samlede utdanningen ved helsefagutdanningene, er det avgjørende at kvaliteten på praksis er god. Like viktig som å sikre nok praksisplasser vil det være å ha rammer som i størst mulig grad sikrer at praksisundervisningen kvalitativt holder mål. En god praksisopplæring er avgjørende for å utdanne studenter som er skikket til å gå ut i yrket etter endt studium. Fra brukerne er det i senere år hevdet at særlig nyutdannede sykepleiere er mindre funksjonsdyktige enn før. Det er blitt mer selvstudier, større klasser og mindre uformelle og lærende fagfellesskap i studietiden. Det fører til at praksisdelen av utdanningen med større mulighet for oppfølging i forhold til individuell funksjonsdyktighet blir viktigere enn før.

Kriterier for vurdering av kvalitet vil bl.a. være:

- Tid på praksisstedet avsatt til veiledning, samt for- og etterarbeid
- Veileders kompetanse hvor faktorer som veilederkurs og erfaring som helsearbeider er sentrale
- Grad av involvering på praksisstedet av høyskoleansatte og samarbeid med praksisstedet
- Integrering av praksis i øvrig undervisning

Det har vært hevdet at praksisstedenes prioritering av oppgaver knyttet til undervisning og veiledning blant annet vil være avhengig av de belønningsstrukturer som ligger i finansieringssystemet. Med økt innslag av innsattsstyrt finansiering av sykehusene hvor antall utskrevne pasienter er det sentrale parameter, kan det forventes at ressursene som er knyttet til å veilede studenter kommer under press. Det er ikke konkrete data som underbygger dette. Spørsmålet er om sykepleiere likevel vil prioritere veiledning av studenter.

Foretaksformen har imidlertid satt effektiv ressursutnyttelse i fokus. Tilbakemeldinger UFD får fra høyskolene viser at vilkårene for praksis mange steder er dårlige. Det hevdes at sykepleierne har liten tid til veiledning. En undersøkelse fra Regionsykehuset i Tromsø viser også til at det synes å være lite samsvar mellom de kvalitative intensjoner i sykepleierutdanningens rammeplan og praksisfeltets vektlegging av formålet med studiet. Ved sykehuset er det avsatt svært liten tid til veiledning og undervisning i praksisfeltet. Læresituasjonen er preget av høyt tempo og effektivitet. Kortere praksistid og flere studenter gir høyere gjennomstrømning av studenter i avdelingen. Helsepersonellet må stadig forholde seg nye gruppe av studenter. Det kan synes som om praksisfeltet er blitt pålagt et veilednings- og undervisningsansvar som det ikke er mulig å ivareta på en kvalifisert måte på grunn av arbeidsoppgavene som ligger i helsesektoren generelt.

Med stor utskifting av veiledere på praksisstedene er det viktig med gode rutiner for skolering av veiledere. Her må høyskolene spille en sentral rolle med utvikling og gjennomføring av videreutdanningsopplegg og kurs. Praksisstedene på sin side må legge til rette for at helsepersonell gis mulighet til å utvikle veilederkompetanse.

I NOU 1997 nr. 2 "Pasienten først" hevdes det at behovet for kompetanseutvikling og ressurser avsatt til fagutvikling er sterkt undervurdert i dagens sykehus og at sykehuseiere i

trange økonomiske tider ofte handlet svært kortsiktig, og blant annet nedprioriterer ressurser til fagutvikling.

Det er uansett vanskelig å kvalitetssikre praksisundervisningen når praksisstedene er spredt. Det fører også til at tid og penger som kunne vært brukt til undervisning går med til reisevirksomhet. Det er også anført som et problem at det er vanskelig å stille kvalitetskrav til en tjeneste når det ikke betales for denne.

## **6.6 Ulik finansiering av praksisveiledning**

Da staten overtok ansvaret for helsefagutdanningene i 1986, ble som nevnt midler knyttet til praksisundervisningen ikke overført fra fylkeskommunene. Midlene ble værende i sykehusenes rammer til dekning av utgifter til praksis. Kjennskapen til forutsetningene ved overføringen har med tiden blitt dårligere. Dette er også en grunn til at flere sykehus nå stiller krav om et bestemt pengebeløp fra høgsolen for å ta i mot studenter.

Fra sykehussektoren pekes det på nødvendigheten av forutsigbar grunnlagsfinansiering da veiledning må planlegges systematisk som utdanning ellers.

På grunnlag av data fra Høgskolen i Oslo har arbeidsgruppen gjort et anslag av utgiftene til praksisveiledning på landsbasis. Det vises til vedlegg 2. Hvis kostnad per time settes til kr. 200, og det tas utgangspunkt i hva som i dag antas å medgå av tid, er utgiftene til veiledning av studenter i spesialisthelsetjenesten for ergoterapi-, radiograf-, bioingeniør-, og sykepleierutdanning vel 80 millioner kroner. Når videreutdanninger og andre grunnutdanninger medregnes, kan utgiftene i alt beløpe seg til om lag 100 millioner kroner. Andre utgifter enn veiledning er ikke tatt med. Det understrekes at dette er et regneeksempel, og at de faktiske utgiftene ikke er kjent. Særlig er tidsbruken en størrelse som har avgjørende virkning på kostnadene.

Vi er også kjent med at Hagen-utvalget har et eget prosjekt som undersøker hva forskning og undervisning koster. Undersøkelsen er gjort av Frisch-senteret ved 156 sykehus. Foreløpige rapporter fra denne undersøkelsen tyder på at studenter i grunnutdanning faktisk bidrar til produksjon av DRG-poeng. Det ”heft” sykehusene har ved å gi praksisundervisning, kan muligens oppveies av den hjelpen de får i pasientbehandlingen.

Arbeidsgruppen vil understreke at dersom kostnader per student per praksisplass skal benyttes som grunnlag for beregning av hva praksisplassene koster for helseforetakene, må det gjøres et arbeid med å beregne disse kostnadene. Dette må gjøres i samarbeid med regionale helseforetak og høgsolene.

## **7. MODELLER FOR ORGANISERING OG FINANSIERING AV PRAKSISVEILEDNING**

### **7.1 Forutsetninger for modeller**

Arbeidsgruppen legger til grunn for sin vurdering av modell det ansvar og oppgaver som er pålagt hhv. de regionale helseforetakene og høgsolene gjennom lovverk, vedtekter og instruks. Praksisplassene er en del av de regionale helseforetakenes ansvar og oppgaver.

Arbeidsgruppen baserer seg på at praksisveiledningen innenfor spesialisthelsetjenesten foregår i statlig eide foretak, men at høyskolene også har praksisplasser i private sykehus og i kommunesektoren.

Det forutsettes at høyskolene og helseforetakene avklarer sine relasjoner gjennom avtaler uansett hvilken modell som blir valgt.

Arbeidsgruppen har vurdert om det er forhold som tilsier at ulike utdanningstyper har til dels svært forskjellige satser for godtgjøring. Gruppen kan ikke se at det ut fra et overordnet hensyn er grunnlag for så store forskjeller som vist i kap. 5.4. Det må være opp til arbeidsgiverne å vurdere hvilke tiltak/ belønninger som gir de fleste og beste praksisplassene.

## **7.2 Én modell for organisering**

Arbeidsgruppen forutsetter at ordningen med helseforetakenes lovhjemlede ansvar for å tilby praksisopplæring beholdes uendret. Høyskolen vil måtte melde sitt behov for praksisplasser til helseforetaket i sin region så raskt studentopptak er avklart. Både helseforetakene og høyskolene bør tilstrebe forutsigbare avtaler om praksisplasser uten for store svingninger i antall plasser fra år til år.

Ansvar for regionale helseforetak til å skaffe nok praksisplasser bør i utgangspunktet gjelde for høyskolene i egen region.

For å ha en formening om hvordan opptakskapasiteten er fordelt geografisk, har arbeidsgruppen sammenholdt opptakskapasiteten i sykepleierutdanningen med innbygger tallet i fylkene/regionene. Bortsett fra i Helseregion Sør er det mellom 945 og 1119 innbyggere per opptatt student. I Helseregion Sør er forholdstallet 1401:1. Det vises til vedlegg 2.

Ulikheter i opptakskapasitet mellom regionene kan skyldes flere forhold, som for eks. at behovet for helsepersonell varierer med befolkningstettheten. Alt i alt er det grunnlag for å konkludere at opptakskapasiteten i sykepleierutdanningen er relativt jevnt fordelt på regionene med et visst unntak for Helseregion Sør. Undersøkelsen indikerer at Høyskolen i Oslo må gis praksisplasser både i Helseregion Øst og Helseregion Sør. Behovet for praksisplasser i flere regioner kan også gjelde for andre høyskoler enn Høyskolen i Oslo.

I utdanninger med et begrenset antall studenter, for eks. radiografutdanning, utdanner noen få høyskoler kandidater som skal dekke behovet i flere regioner. Dette må det også tas høyde for ved avtale om tildeling av praksisplasser.

Helseforetaket er ansvarlig for at studentene fordeles mellom sykehusene. Mange studenter søker seg til høyskoler som ligger i andre regioner enn regionen de kommer fra, og ber om praksisplass på sitt hjemmested. Gruppen mener at denne praksis kan fortsette. Helseforetakene har imidlertid et ansvar i forhold til å skaffe praksisplasser til høyskolestudentene i egen region. De regionale helseforetakene vil måtte vise fleksibilitet ved inngåelse av avtale om praksisplasser. Etter arbeidsgruppens vurdering er det hensiktsmessig at høyskolene forholder seg til helseforetakene i sin region. Det innebærer at dersom studenter fra andre regioner ønsker å få praksisplasser på sitt hjemsted, blir det en frivillig sak for vedkommende helseforetak/sykehus å oppfylle et slikt ønske. Konsekvensen kan bli at studentene i større grad enn nå søker om opptak på høyskoler i sin egen region. Gruppen antar at det ikke vil få alvorlige konsekvenser for rekrutteringen på landsbasis.

Det er helseforetakenes ansvar å sørge for at ansatte påtar seg oppgaven som veileder, eventuelt gis vilkår som gjør det attraktivt å påta seg en slik oppgave. Høgskolene skal gi veilederne nødvendig opplæring og forutsettes å ha nær kontakt med veilederne og studentene i praksisperiodene.

Helseforetakene og høgskolene er i fellesskap ansvarlige for at praksisopplæringen gis på et kvalitativt høyt nivå. Loven åpner for at det kan gis forskrift for å regulere praksisopplæringen nærmere. For å ivareta samarbeidet mellom helseforetakene og høgskolene er det forutsatt at det opprettes et samarbeidsorgan der de praktiske sidene av praksisopplæringen kan vurderes og finne sin løsning. Utdanningsinstitusjonene og RHF vil måtte komme til enighet i samarbeidsorganet om ansvarsområde og omfang av praksisopplæring, og avtale framtidig oppgaveløsning.

### **7.3 Flere modeller for finansiering**

Arbeidsgruppen skisserer to hovedmodeller for finansiering av praksisopplæring.

- Hovedmodell 1 : finansieringen av praksisplasser forblir i de regionale helseforetakenes rammer.
- Hovedmodell 2 : midler til praksisveiledning tas ut av rammene til RHFene og overføres til høgskolene som kjøper tjenester fra foretakene.

Både modell 1 og 2 har en alternativ utforming som er beskrevet nedenfor.

#### **Modell 1**

Kostnadene for praksisopplæringen fordeles mellom helseforetakene og høgskolene. Helseforetakene dekker alle kostnader som praksisopplæringen påfører foretakene. Høgskolene står for kostnadene til utvikling og gjennomføring av kurs for veiledere samt den faglige oppfølgingen av praksisopplæringen. Dagens ordning med tildeling av midler fra høgskolen til sykehusene som godtgjøring for praksisveiledning faller bort. Godtgjøring for praksisveiledning vil med denne modellen måtte finansieres over HF's budsjett via basisbevilgningen.

Modellen forutsetter at regionalt helseforetak avsetter en årlig ramme av sin basisbevilgning til formålet. Avsetningen må svare til et bestemt beløp per praksisstudent, tilsvarende sykehusenes samlede kostnader tilknyttet praksisopplæring. Beregnet kostnadsnivå for praksisveiledning må som nevnt utredes nærmere som beskrevet i kap 6.6.

Midlene til praksisveiledning fordeles ikke som en del av sykehusenes ordinære basisbevilgning til drift, men øremerkes til formålet praksisveiledning. Når det er inngått avtaler for hvor mange praksisplasser det enkelte helseforetak skal ha, fordeles disse midlene av det regionale helseforetaket til det enkelte foretak etter hvor mange praksisstudenter det enkelte foretak skal ta imot.

RHF gir melding til Helsedepartementet om foretakenes omfang av- og bruk av tilskuddsmidler til praksisveiledning som en del av de ordinære rapporteringsrutiner.

Helseforetakene har arbeidsgiveransvaret for de personer som utfører praksisveiledningen, og kan inngå avtaler om evt. ekstragodtgjøringer. Om det skal gis noen form for kompensasjon til veilederne må avklares mellom arbeidsgiveren og sykehuspersonalet ved organisasjonene. Arbeidsgiverne må sørge for at de styringsmessige forutsetningene er til stede. Høgskolens ansvar for å følge opp praksisstudentene opprettholdes.

Et alternativ til overstående modell vil være å inkludere midler til praksisveiledning som en del av basisbevilgning uten øremerking eksplisitt til formålet. Det er med dette ikke garantert at midler tilfaller praksisopplæring, samtidig vil incitamentet for helseforetakene til å tilby praksisopplæring svekkes. Helseforetakene står imidlertid friere med større fullmakt til selv å foreta disponering av økonomiske midler. Denne modellen likner dagens ordning. Den gir få økonomiske incentiver til å bedre kvaliteten på praksisopplæringen og få de nødvendige praksisplasser. Arbeidsgruppen har av den grunn valgt å ikke gå videre med modellen. Modell 1 er illustrert i vedlegg 4.

#### Modell 2

Høgskolene bærer hele kostnaden for praksisopplæringen. Det innebærer at høgskolene kjøper tjenester fra sykehusene og betaler det tjenestene koster. Da bevilgningene til praksisopplæringen nå er innbakt i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, må midlene trekkes ut av helseforetakenes budsjett og overføres til høgskolenes budsjett. Det må gjøres et arbeid for å beregne kostnadene som skal trekkes ut av høgskolenes budsjetttrammer.

En alternativ ordning til betaling ved avtale er fast stykkprisbetaling, gitt pris per praksisplass. Også med fast stykkpris på praksisplasser vil kostnader tilknyttet praksisveiledning måtte kartlegges. De reelle kostnadene til praksisveiledning vil variere avhengig av praksissted, veileder, avdeling og utdanning. Fast pris på praksisveiledning vil derfor kun være anslagsvis. En prisdifferensiering avhengig av eksempelvis utdanning vil være mulig å innføre. En unngår med fastprisordning prispress ved forhandlinger, uforutsigbare kostnader for høgskolene og store administrative systemer tilknyttet ordningen. Ved evt. bruk av fast pris, må nødvendigheten av lov og forskriftsendringer vurderes. Da denne modellen i stor grad bryter med den styringsstruktur og organisasjonstenkning som ligger bak foretaksorganiseringen, mener arbeidsgruppen modellen ikke bør innføres. Modell 2 er illustrert i vedlegg 5.

## 8. ARBEIDSGRUPPENS VURDERINGER OG KONKLUSJON

### 8.1 Vurdering av konsekvenser av valg av de ulike modellene.

#### Ad modell 1:

Modellen er en versjon av dagens ordning. Midler til praksisveiledning ligger i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene og ansvarsfordelingen mellom RHF og utdanningsinstitusjonene er gitt av bestemmelser nevnt tidligere.

Arbeidsgruppen baserer seg på at de regionale helseforetakene har, eller skaffer seg, de nødvendige styringsverktøyene for å oppfylle lovens krav. Det er ledelsen i helseforetakene sitt ansvar å sørge for at veiledningen fungerer som forutsatt. Hvert helseforetak vil kunne inngå avtale om veiledning som en del av ordinært arbeid, eller om særskilt avlønning for veiledere dersom dette skulle være ønskelig.

Modell 1 er en ryddig og administrativt enkel ordning, hvor priselementet i avtalen mellom høgskole og helseforetak er utelatt. Helseforetakene vil ha et incitament til avtaleinngåelse ved at de får et tilskudd fra RHF per praksisstudent de mottar.

Denne modellen vil ha flere likhetpunkter med tilskuddsordningen for medisinerutdanningene. Prinsipielt vil fordeling av praksismidler til helseforetakene foregå på



samme måte som for undervisningsdelen av regionsykehustilskuddet som foretakene får tildelt etter hvor mye de deltar i praksisundervisning av medisinske studenter.

### **Ad modell 2:**

Dersom høyskolene skal bære hele kostnaden for praksisopplæringen, må midlene trekkes ut av helseforetakenes budsjetter etter at kostnadselementene er synliggjort. Dette er en stor operasjon med kartlegging av kostnader tilknyttet praksisopplæring, som krever både tid og arbeidsinnsats. Slik det er redegjort for tidligere bør kostnadene for praksisopplæringen uansett synliggjøres, men dersom høyskolene skal overta hele det finansielle ansvaret, må det være enighet om størrelsen på beløpene som skal overføres fra helseforetakenes budsjett.

Prisfastsettingen vil kunne variere med hver enkelt avtaleinngåelse avhengig av utdanningsområde, antall praksisplasser, kvalitet og geografisk beliggenhet. Jo større pressområde dvs. mindre tilgang på praksisplasser, jo større sjanse vil det være for at betalingen for praksisopplæring blir urimelig høy. Ordningen kan bli relativt krevende og dyr å administrere, både for helseforetakene og høyskolene.

Høyskolene vil med modell 2 i større grad kunne stille betingelser til de tjenestene de vil ha utført med betaling. Høyskolene kan med økonomiske virkemidler ha bedre forutsetninger for å sikre kvaliteten på praksisopplæringen med god integrasjon mellom teori og praksisundervisning. Modellen gir sterkere incitament for sykehusene til å skaffe praksisplasser når midler følger avtale. Med RHF's tillagte "sørge for" ansvar for praksisplasser og budsjettbegrensinger i forhold til praksisbetaling vil det imidlertid aldri kunne bli full markedstilpasning hva angår pris og tjeneste.

## **8.2 Arbeidsgruppa's konklusjoner**

Det er gode argumenter både for og mot de to alternative modellene for finansiering av praksisplasser. Det som er fordelene ved den ene modellen kan enkelt framstilles som svakheter ved den andre.

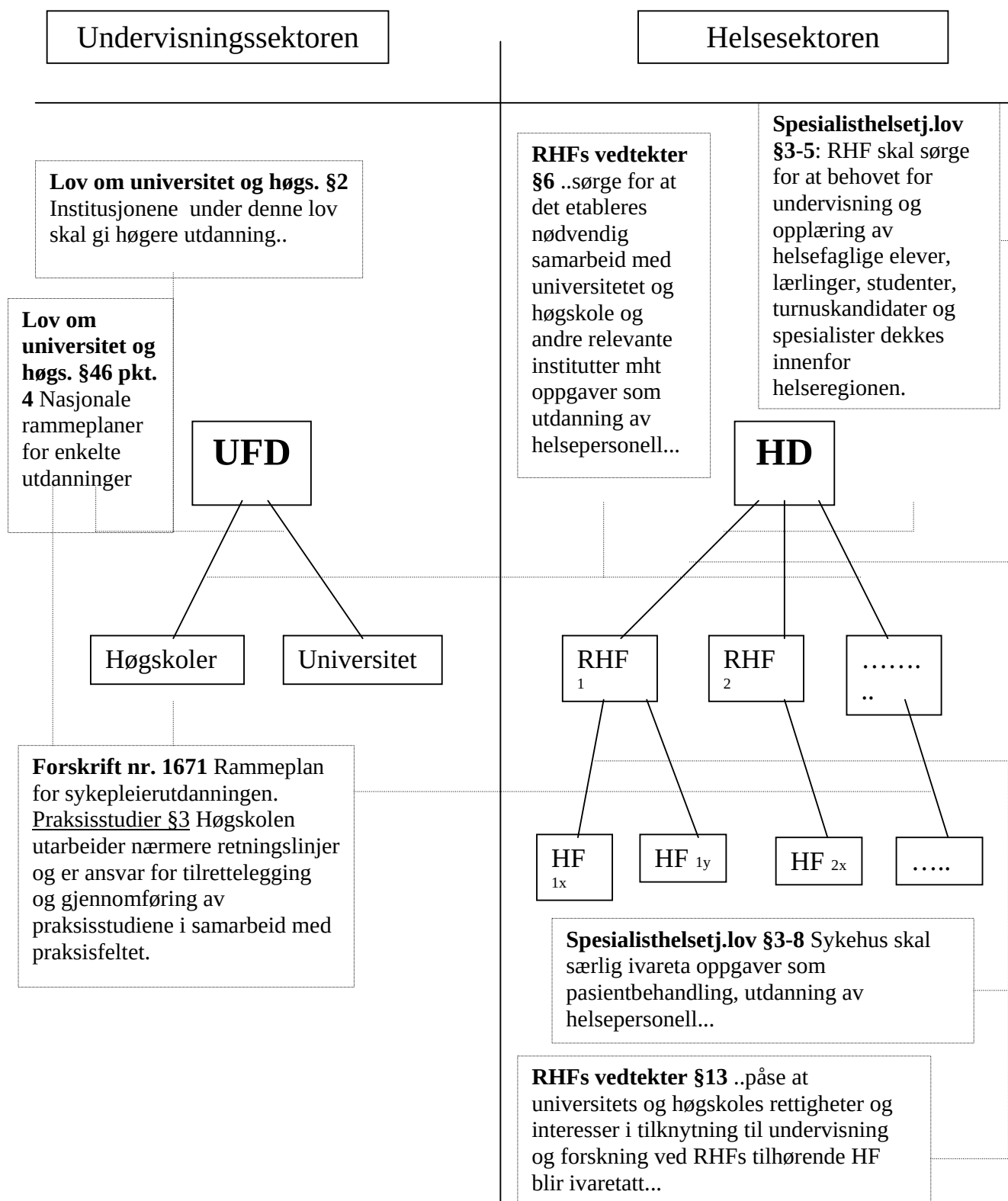
Det er finansieringsformen som skiller modellene fra hverandre. Det bør uansett inngås forpliktende avtaler mellom helseforetakene og høyskolene om antall praksisplasser og gjennomføring av praksis, i tillegg til at det må iverksettes et arbeid som synliggjør kostnadene ved praksis. Arbeidsgruppa har lagt vekt på å tilrå en ordning som er administrativt enkel å gjennomføre. Samtidig skal ordningen gi et økonomisk grunnlag som gir muligheter for tilstrekkelig tilgang på praksisplasser samt å gjennomføre praksisdelen av utdanningen på en kvalitativ god måte.

Arbeidsgruppa foreslår derfor:

- Framtidig organisering av praksisplasser bygger på at ansvarsfordelingen mellom helseforetak og høyskoler videreføres.
- Det samarbeid som er opprettet gjennom rammeavtaler mellom regionale helseforetak og høyskoler videreføres. Det må inngås forpliktende avtaler om hvor mange studenter det enkelte foretak skal ta imot.
- Det må foretas en beregning av faktiske kostnader for helseforetakene knyttet til gjennomføring av praksis for høyskolestudenter. Dette er en forutsetning for å utvikle økonomiske oppgjørsordninger.

- Det utvikles en finansieringsordning etter modell 1 hvor midler til praksisveiledning er øremerket i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. Midlene fordeles etter antall praksisstudenter helseforetakene skal motta. Det er ledelsen i helseforetakene sitt ansvar å sørge for at veilederne får de pålegg og belønninger som gjør at veiledningen fungerer som forutsatt. Hvert helseforetak vil kunne inngå avtale om veiledning som en del av ordinært arbeid, eller om særskilt avlønning for veiledere dersom dette skulle være ønskelig.
- Høgskolens ansvar for å følge opp praksisstudentene opprettholdes. Nåværende praksis hvor høgskolene står for ansvaret for utvikling og gjennomføring av kurs for veiledere samt oppfølging av studentene på praksisstedene videreføres. Dette innebærer at midler til godtgjøring/frikjøp av ansatte ved helseforetakene over UFD's budsjett faller bort.

## VEDLEGG 1: Ansvar/ roller tilknyttet praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten



## VEDLEGG 2 Geografisk fordeling av studenter i sykepleierutdanning

| Fylke/region                  | Innb.tall<br>1/1 2002 | Høgskole                   | Måltall<br>opptak<br>2002 | Antall<br>innbyggere<br>per student |
|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Østfold                       | 252741                | Høgsk. i Østfold           | 180                       | 1404                                |
| Akershus                      | 477325                | Høgsk. i Akershus          | 122                       | 3913                                |
| Oslo                          | 512589                | Høgskolen i Oslo           | 501                       | 1023                                |
|                               |                       | Diakonhj.                  | 94                        | 0                                   |
|                               |                       | Lovisenberg                | 168                       | 0                                   |
|                               |                       | Menighetssøsterhj.         | 98                        | 0                                   |
|                               |                       | Sum høgsk. i Oslo          | 861                       | 595                                 |
| Hedmark                       | 187965                | Høgsk- i Hedmark           | 193                       | 974                                 |
| Oppland                       | 183235                | Høgsk. i Gjøvik            | 180                       | 1018                                |
| <b>Helseregion Øst</b>        | <b>1613855</b>        |                            | <b>1536</b>               | <b>1051</b>                         |
| Buskerud                      | 239793                | Høgsk. i Buskerud          | 140                       | 1713                                |
| Vestfold                      | 216456                | Høgsk. i Vestfold          | 140                       | 1546                                |
| Telemark                      | 165710                | Høgsk. i Telemark          | 115                       | 1441                                |
| Aust-Agder                    | 102945                |                            |                           |                                     |
| Vest-Agder                    | 157851                |                            |                           |                                     |
| Agder                         | 260796                | Høgsk. i Agder             | 235                       | 1110                                |
| <b>Helseregion Sør</b>        | <b>882755</b>         |                            | <b>630</b>                | <b>1401</b>                         |
| <b>Helseregion Sør og Øst</b> | <b>2496610</b>        | <b>Høgsk. i Øst og Sør</b> | <b>2166</b>               | <b>1153</b>                         |
| Rogaland                      | 381375                | Høgsk. i Stavanger         | 179                       |                                     |
|                               |                       | Stord/Haugesund            | 190                       |                                     |
|                               |                       | Sum Rogaland               | 369                       | 1034                                |
| Hordaland                     | 438253                | Høgsk i Bergen             | 178                       |                                     |
|                               |                       | Betanien                   | 66                        |                                     |
|                               |                       | Diakonissehj.              | 87                        |                                     |
|                               |                       | Sum Bergen                 | 331                       | 1324                                |
| Sogn og Fjordane              | 107280                | Høgsk. i Sogn og Fj.       | 128                       | 838                                 |
| <b>Helseregion Vest</b>       | <b>926908</b>         |                            | <b>828</b>                | <b>1119</b>                         |
| Møre og Romsdal               | 243855                | Høgsk. i Ålesund           | 123                       |                                     |
|                               |                       | Høgsk. i Molde             | 105                       |                                     |
|                               |                       | Sum M. Og R.               | 228                       | 1070                                |
| Sør-Trøndelag                 | 266136                | Høgsk. i Sør-Trøndel.      | 225                       | 1183                                |
| Nord-Trøndelag                | 127457                | Høgsk. i Nord-Trøndel.     | 210                       | 607                                 |
| <b>Helseregion Midt-Norge</b> | <b>637448</b>         |                            | <b>663</b>                | <b>961</b>                          |
| Nordland                      | 237503                | Høgsk. i Bodø              | 170                       |                                     |
|                               |                       | Høgsk. i Narvik            | 50                        |                                     |
|                               |                       | Sum Nordland               | 220                       | 1080                                |
| Troms                         | 151673                | Høgsk- i Tromsø            | 110                       |                                     |
|                               |                       | Høgsk. i Harstad           | 90                        |                                     |
|                               |                       | Sum Troms                  | 200                       | 758                                 |
| Finnmark                      | 73732                 | Høgsk. i Finnmark          | 70                        | 1053                                |
| <b>Helseregion Nord</b>       | <b>462908</b>         |                            | <b>490</b>                | <b>945</b>                          |
| <b>Norge</b>                  | <b>4523874</b>        |                            | <b>4147</b>               | <b>1091</b>                         |

### VEDLEGG 3 Anslag over utgifter til praksisveiledning i sykehus for enkelte høgskoleutdanninger

Beregningene bygger på anslag fra Høgskolen i Oslo over høgskolens utgifter til praksis i sykehus på utvalgte utdanninger. Undersøkelsen gjelder utgifter knyttet til selve veiledningen.

Til grunn ligger en antakelse om at den tid som går med til veiledning for sykehusansatte i løpet av en arbeidsdag på 8 timer utgjør 1 time for sykepleier- og ergoterapeututdanning og 1,5 time for radiograf- og bioingeniørutdanningene per student. Det er videre lagt til grunn at studentene i praksisperiodene har praksis 4 dager i uken.

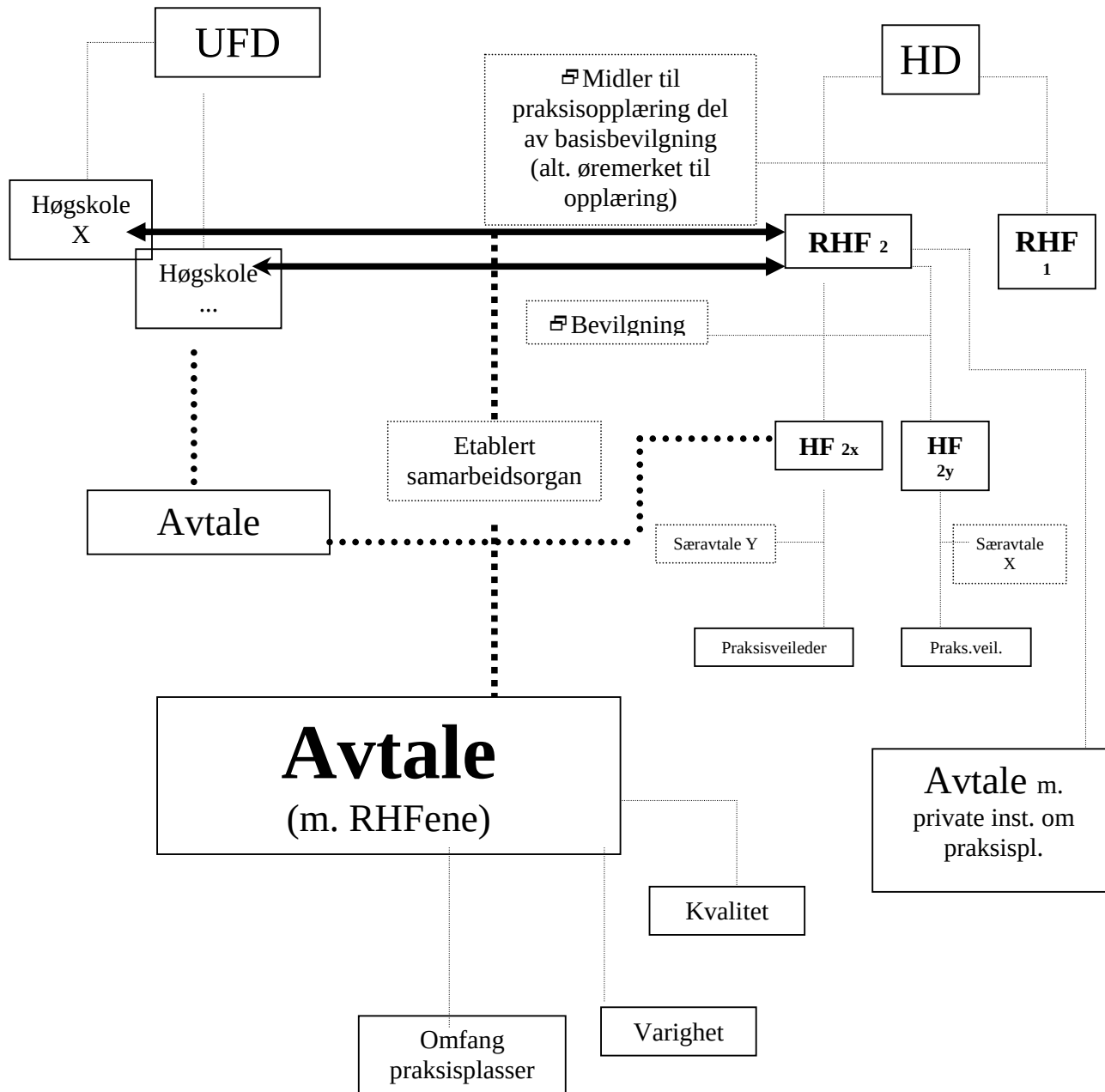
Det er forutsatt en kostnad per time på kr. 200 inkl. arbeidsgiveravgift.

| Utdanning             | Timer veiledning per år | Utgifter per år      |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|
| Ergoterapeututdanning | 9 160 timer             | kr.1 832 000         |
| Radiografutdanning    | 15 660 timer            | kr.3 132 000         |
| Bioingeniørutdanning  | 5 562 timer             | kr.1 112 000         |
| Sykepleierutdanning   | 37 560 timer            | kr.7 512 000         |
| <b>SUM</b>            |                         | <b>kr.13 588 000</b> |

Hvis vi forutsetter at utgiftene ved Høgskolene i Oslo er representative for utgiftene på landsbasis, kan vi på grunnlag av studentopptaket ved Høgskolen i Oslo og landet totalt, stipulere utgiftene forbundet med direkte veiledning av studenter i utvalgte utdanninger til å utgjøre på landsbasis.

|                              |                           |                       |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Ergoterapeututdanning:       | kr. 1 832 000 : 64* 208   | = kr. 5 954 000       |
| Radiografutdanning:          | kr. 3 132 000 : 72* 184   | = kr. 8 004 000       |
| Bioingeniørutdanning:        | kr. 1 112 000 : 62* 239   | = kr. 4 287 000       |
| Sykepleierutdanning:         | kr. 7 512 000 : 501* 4147 | = kr. 62 180 000      |
| <b>Sum disse utdanninger</b> |                           | <b>kr. 80 425 000</b> |

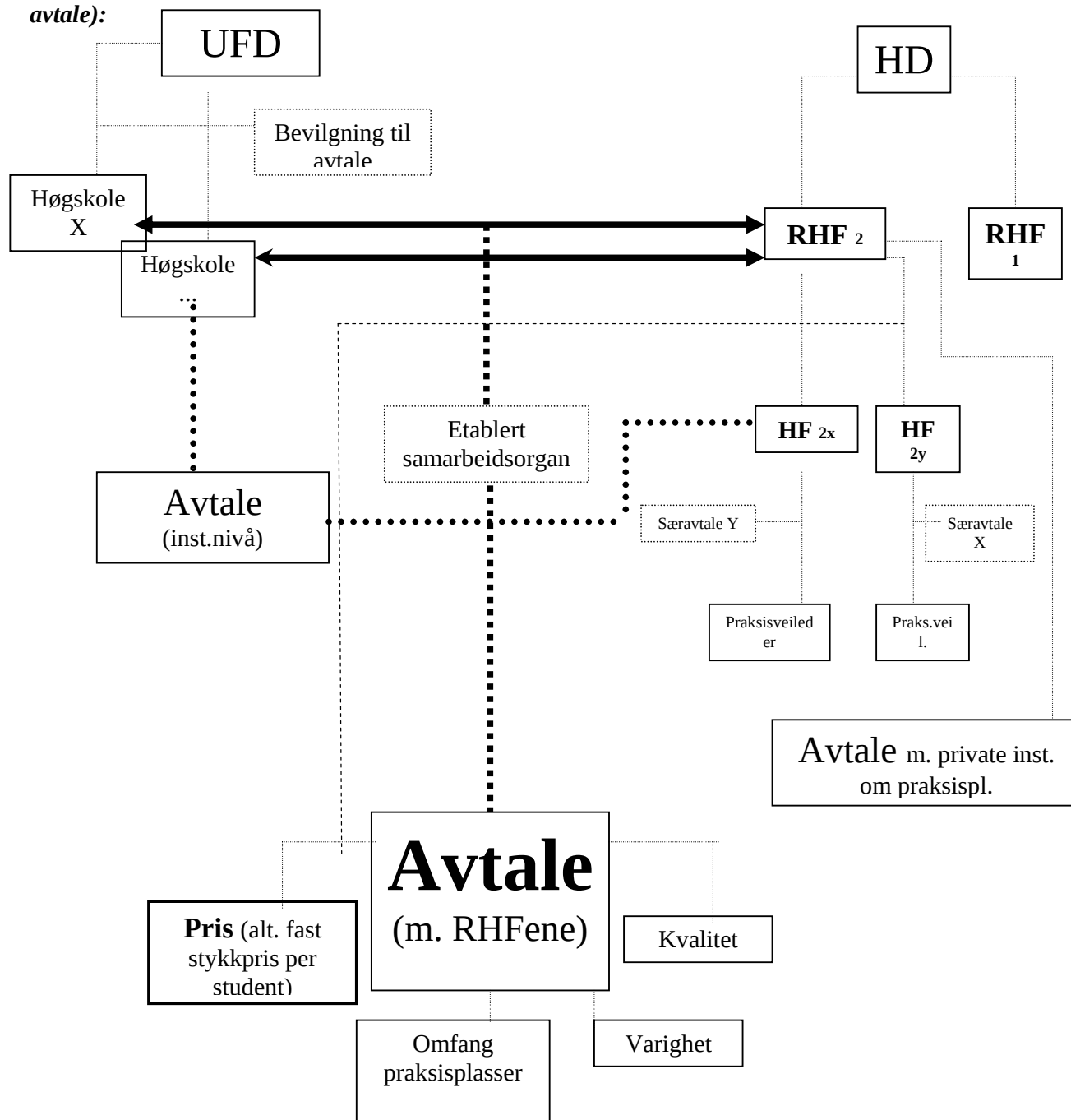
VEDLEGG 4 Modell 1: Midler lagt i basisbevilgning



09.09.0  
2 RVS

## Modell 2

(midler følger  
avtale):



09.09.02 RVS

