

Utrede etablering av praksiskontor

Siste faglige endring: 23. desember 2022

Innhold

1. Oppsummering og anbefaling	3
2. Innledning	6
3. Kommunal praksismodell	10
4. Rammebetingelser	28
5. Konklusjon på oppdraget	33
6. PDF-versjon av rapporten	34

Oppsummering og anbefaling

Helsedirektoratet har som svar på oppdraget om utredning av praksiskontor, valgt å presentere en kommunal praksismodell. Modellen har som bærende prinsipp å være kommune-nær, det vil si at roller og avtaler er forankret i kommunen i samskaping med utdanningssektor og regionale/nasjonale aktører. Formål med praksismodellen er at den skal være et verktøy for økt kompetanse og helhetlige praksisforløp med god kvalitet i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

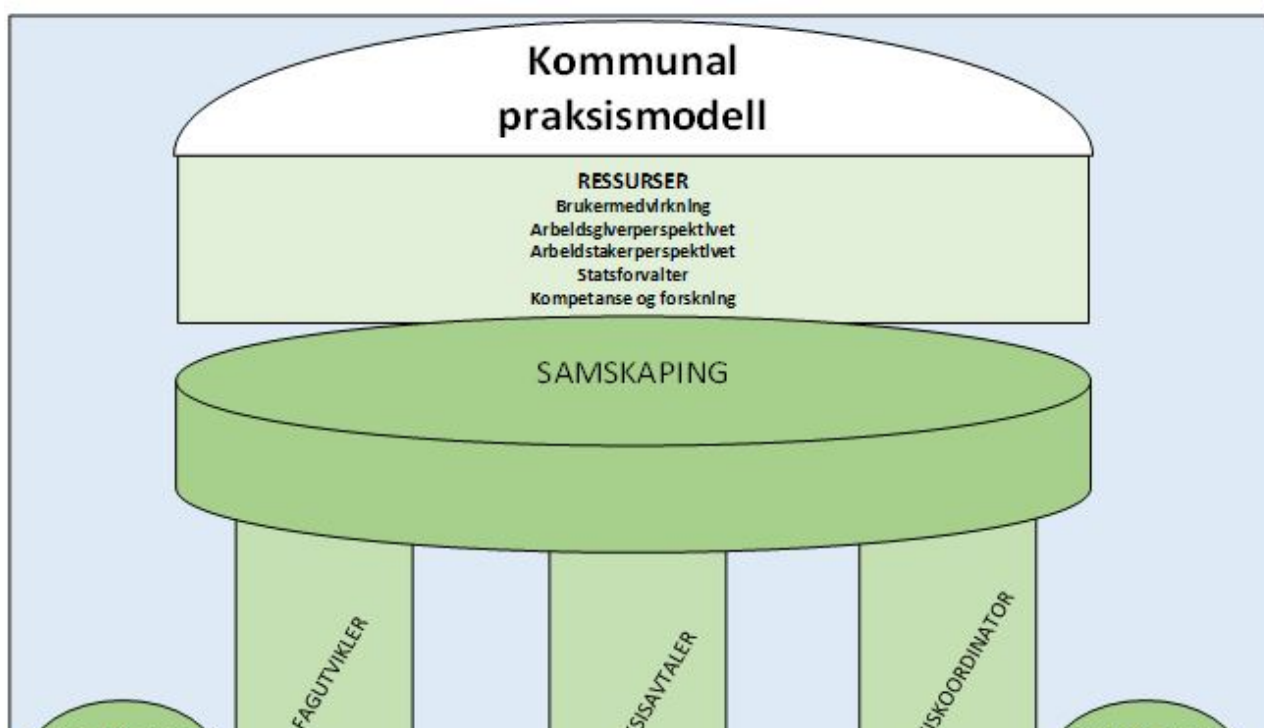
Lokal forankring i kommunen er en forutsetning for at modellen skal stimulere til bedre kvalitet på praksisstudier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og derved bidra til å rekruttere personell ved endt studie.

Dagens situasjon er at kommunene har et *medvirkningsansvar* og ikke et *sørge-for-ansvar* til gjennomføring av praksis. Kommunene har dermed ikke en generell lovpålagt plikt til å ta imot studenter i praksis, i motsetning til spesialisthelsetjenesten. At det er ikke er en *sørge-for-ansvar* for kommunene å ta imot studenter bidrar til at det er vanskelig å planlegge langsiktig på tvers av fakulteter og utdanninger.

Helsedirektoratet opprettholder anbefalingen fra rapport IS-2956[1] *Praksis i kommunene* om dedikerte funksjoner knyttet til praksis som en forutsetning for kommunal praksismodell.

Helsedirektoratet anbefaler på bakgrunn av mandat og føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet en modell som kan iverksettes innenfor gjeldende rett. Det vil si uten at kommunene pålegges en plikt (*sørge-for-ansvar*) til å organisere praksis i sine helse- og omsorgstjenester. Vi anbefaler likevel at en pliktbestemmelse kan vurderes på sikt, basert på følgeevaluering på utvikling av antall praksisplasser og kvalitet (jf. [kap. 3.3](#)). Se figur 1 for en forenklet presentasjon av modellen.

Denne utredningen er i tråd med oppdraget gjennomført i samarbeid med interne- og eksterne innspillsaktører. Helsedirektoratet har gjennomført omfattende innspillsrunder både før og etter modellutforming, med skriftlige besvarelser jf. [kap. 1.2](#). Dialogen har vært preget av konstruktive innspill, som er implementert i modellen. Fra innspillene beskrives dette som en etterlengtet modell. Helsedirektoratet har erfart at eksterne aktører kjenner seg igjen i foreslått modell.





Figur 1: Forenklet Kommunal praksismodell

Fagutviklerfunksjonen er et sentralt element i modellen. Denne funksjonen bør identifisere behov for å igangsette utviklingsprosjekt som fremmer kvalitet i praksis og økt bruk av kommunen som praksisarena. Fagutviklerfunksjonen skal understøtte fagutvikling, forskning og innovasjon i praksisfeltet. Funksjonen bør derfor implementeres i et fagmiljø som allerede har disse områdene som del av sitt virkeområde. Det kan være behov for flere fagutviklere etter som omfanget og etterspørsel etter kommunal praksis utvikler seg. I utredningen er det gitt forslag til organisatorisk forankring som sikrer rask implementering. Det forventes at funksjon og mandat over tid vil utvikle seg og få lokale tilpasninger. Videre er dette en sentral funksjon i opprettelse og utvikling av nasjonale kompetansenettverk.

Praksiskoordinator er også en viktig funksjon i modellen, og bør derfor være plassert tett på kommunal ledelse for å ha nødvendig oversikt i egen kommune. Rollen er en brobygger mellom praksisansvarlig i utdanningsinstitusjonen og virksomhetsleder/fagansvarlig/veileder i praksis. Alt arbeid med praktisk logistikk og planlegging rundt praksisavvikling mellom utdanningsinstitusjon og kommune skjer via praksiskoordinator. Funksjonen vil være naturlig for å administrere møtearenaer og saksforberedelser som kreves for administrativ-, økonomisk- og politisk forankring av praksisplasser i den kommunale praksismodellen (jf. [kap. 2.5](#)).

Praksiskoordinator bør ha helhetlig oversikt over alle kommunale praksisplasser, for alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Det er også en fordel om praksiskoordinator er godt kjent med annen utdanningsvirksomhet på kommunenivå (læringer, videreutdanninger og spesialiseringer mv.). Dette kan for eksempel skje gjennom samarbeid med opplæringskontor for yrkesfag og ALIS-kontor på spesialistutdanning innen allmennmedisin.

Modellen peker på to nasjonale nettverk som bør etableres. Disse bør opprettes for å fasilitere praksisutvikling i ønsket retning, i samsvar med utdanningsbehov og lokale forhold, både for utdanningssektor og kommunale helse- og omsorgstjenester. Forutsatt at kommuner gjennom sin medvirkningsplikt bidrar til flere praksisplasser i kommunene, bør en revurdere ressursallokering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor hvis en vesentlig del av studentenes praksistid plasseres i kommunal sektor. Dette kan bidra til at USHT får tilstrekkelig ressurser til å utvide sitt samfunnsoppdrag til å romme fagutviklerfunksjonen, som både kan være en kommunal og regional ressurs også for spesialisthelsetjenesten jf. kombinerte stillinger [kap. 2.2](#).

Utdanning foregår på klinisk nivå, noe som tilsier at det bør være et regionalt nivå, som for eksempel at samarbeidsutvalg i de regionale helseforetakene (RHF-ene) sammen med Helsefelleskapene utformer en felles overordnet strategi og plan for praksisplasser med god kvalitet i sin region.

Mandatet i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak som er forankret i hol. § 6-2 pkt. 7 gir forpliktelser til kommuner og spesialisthelsetjenesten til å samarbeide om utdanning. Det fremgår også tydelig i lovverket at pasient- og brukererfaringer skal inngå i grunnlaget ved utarbeidelse av samarbeidsavtalene jf. [kap. 2.6](#). Dette vil danne et godt grunnlag for videre realisering av konkrete avtaler om praksisplasser mellom den enkelte kommune og aktuelle utdanningsinstitusjoner.

Helsedirektoratet vektlegger en fleksibel modell som kan etableres kommunalt, interkommunalt eller regionalt etter lokale behov og muligheter. Den kommunale praksismodellen forutsetter politisk forankring og

økonomisk-administrative ressurser for å opprette nødvendige funksjoner som *fagutvikler* og *praksiskoordinator*. Dette vil sikre nødvendig struktur, systematisk forbedringsarbeid og kapasitetsøkning, samt bedre mulighet for fagutvikling, forskning og innovasjon i praksisfeltet.

Det anbefales at det vurderes å tilrettelegge for et felles, nasjonalt samhandlingsverktøy som kan understøtte behovene i praksismodellen.

[1] Helsedirektoratet (2020) Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene/>

Innledning

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2021 i oppdrag å *Utrede etablering av praksiskontor*[1]. Oppdraget er del av programmet Kompetanseløft 2025. I oppdraget er det angitt flere spørsmål som skal besvares. I denne sluttrapporten for oppdraget beskrives *en kommunal praksismodell* som svar på oppdragets mandat. Modellen er utarbeidet med utgangspunkt i spørsmålene presentert i oppdraget (Ibid.). Tabell 1 viser hvor de ulike spørsmålene fra oppdraget er belyst i rapporten.

Tabell 1: Spørsmål i oppdraget og besvarelse i rapporten

Spørsmål i oppdragsteksten	Besvart i denne rapporten
Hvilke oppgaver og funksjoner skal ligge til praksiskontorene?	Kapittel 2
Hvilke utdanninger skal omfattes?	Kapittel 1.1
Hvor og hvordan skal praksiskontorene organiseres?	Kapittel 2
Hvilke samarbeidspartnere skal praksiskontorene ha?	Kapittel 2.5, 2.6 og 2.7
Samarbeid med universitets- og høyskolesektoren	Kapittel 2.1, 2.3, 2.7
Hvilke rammer eller eksterne virkemidler er det som betinger at praksiskontorene skal lykkes i sine oppgaver?	Kapittel 3, 2.8
Hvordan skal praksiskontorene finansieres?	Utgår i revidert rapport

Dette er Helsedirektoratets reviderte utgave av rapporten levert Helse- og omsorgsdepartementet 8.juli 2022. Revidering gjelder følgende tema i rapporten:

- Svar på oppdragsspørsmål knyttet til finansiering av anbefalt praksiskontormodell utgår i revidert rapport etter ønske fra Helse- og omsorgsdepartementet
- En utdypet begrunnelse for valg av navnet *kommunal praksismodell* i stedet for det originale *Praksiskontor*-begrepet i opprinnelig oppdrag
- Kommunalt medvirkningsansvar og muligheter gjennom avtaleverk og samarbeidsavtaler er ytterligere utdypet for å tydeliggjøre kommunenes rolle som sentral aktør for å etablere flere kommunale praksisplasser for studenter i helse- og sosialfaglige utdanninger
- Presisering av hvilke strukturer på regionalt nivå som er kommunenære og dermed mest aktuelle for forankring av fagutviklerfunksjonen for studenter i helse- og sosialfaglige utdanninger

Helsedirektoratet leverte høsten 2020 rapporten IS-2956 *Praksis i kommunene*[2] hvor det ble gjort en økonomisk administrativ utredning på hva det vil koste å pålegge kommuner å ta imot studenter i grunnutdanning i praksis. En anbefaling fra IS-2956 var et behov for nasjonale ordninger som gir kommunene administrative og faglige ressurser til å koordinere og kvalitetsutvikle praksis. Dette oppdraget bygger primært på IS-2956 og Stortingsmeldingen *Utdanning for omstilling— Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning*[3].

Utdanningssektor ved universiteter og høyskoler har hovedansvar for studenter i praksisstudier. Kommunene har en plikt til å *medvirke til* undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell jf. hol. kap. 8. Kommunene har dermed ikke en plikt til å *tilby* praksisplasser, i motsetning til spesialisthelsetjenesten som har et lovpålagt sørge-for-ansvar. Potensiale for å benytte kommunene fullt ut som praksisarena utnyttes derfor ikke i dag[4]. Helsepersonell er nå et knapphetsgode i alle kommuner, uavhengig av sentralitet[5]. En stadig økende andel brukere og pasienter med omfattende bistandsbehov i kommunal helse- og omsorgstjeneste aktualiserer

behovet for at studenter i større grad enn i dag blir kjent med kommunens helse- og omsorgstjenester gjennom praksis. Det fremholdes av alle innspillsaktørene i denne utredningen at det å være en arena for praksis er et viktig rekrutteringsverktøy. Økt bruk av kommunen som praksisarena er derfor nødvendig.

I kommuner hvor det tilrettelegges for praksisplasser i dag er det som regel inngått avtale med utdanningsinstitusjon. Dagens praksisavtaler har stor variasjon på utforming, blant annet når det gjelder omtale av forpliktelse til å tilby praksisplasser, fokuset på utviklings- og forbedringsarbeid i praksisen som tilbys og varigheten av avtalen. Dette gir lav utnyttelse av potensialet i kommunale praksisplasser og varierende kvalitet på kommunal praksis for studentene. Det gir også lite systematisk utviklingsarbeid av gode praksismodeller tilpasset forhold i kommunen.

I opprinnelig utgave av denne utredningen er det vektlagt å synliggjøre hvilke komponenter som må ligge til grunn for å bygge opp en ramme og ressurser rundt kommunale praksisplasser som kan muliggjøre kvalitetsutvikling, økt kapasitet og bedre kontinuitet og logistikk av praksisplasser. I revidert utgave er forslag til nye statlige, økonomiske incitamenter utelatt, og forslag til kommunal egeninnsats vektlagt i større grad.

[1] Helse- og omsorgsdepartementet (2021) *Tillegg til tildelingsbrev nr. 30 – Presisering av oppdrag i tildelingsbrevet – Utrede etablering av praksiskontor*

[2] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

[3] Meld. St. 16 (2020-2021) *Utdanning for omstilling – Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning*. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20202021/id2838171/>

[4] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

[5] Helsedirektoratet (2022) *Krav og virkemidler for kommunal planlegging – Kompetanse og personell i små kommuner*. Oppsummerende notat u.off. levert 18.mai 2022 til Helse- og omsorgsdepartementet

Metode og involvering

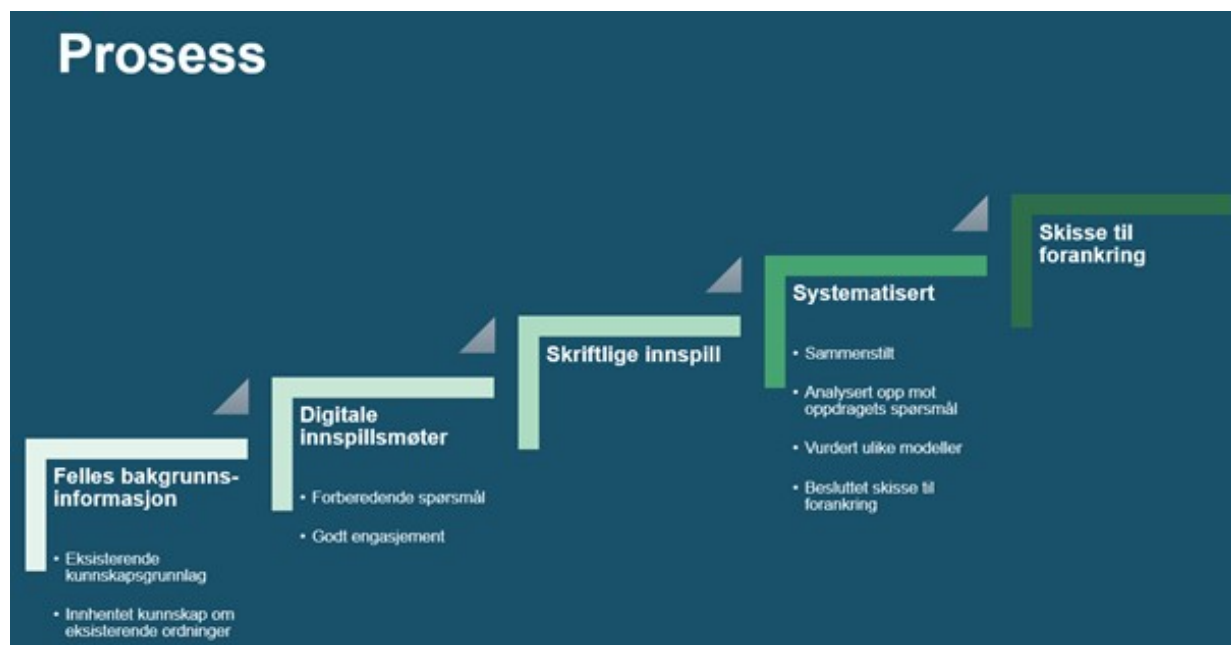
I oppdragsbrevet er det beskrevet at utredningen skal gjøres med innspill fra utdanningssektoren, KS og RHF-ene. For dette oppdraget er studenten sett på som bruker, og brukerperspektivet er ivarettatt ved innspill fra studentorganisasjoner og deres tilhørende fagforbund. Se [kapittel 2.6](#) om hvordan bruker- og pårørendemedvirkning anbefales sikret i planlegging og implementering av den kommunale praksismodellen.

Utredningen er basert på dialog med en bredt sammensatt gruppe av eksterne bidragsytere som arbeidsgruppen i Helsedirektoratet har hatt dialog med underveis i oppdraget:

- Student- og fagorganisasjoner
- Utdanningssektoren inkludert Universitets- og høyskolerådet (UHR-Helse)
- KS og representanter for små/mellomstore/store kommuner
- De regionale helseforetakene (RHF-ene)
- Ansatte i kommuner som har delt erfaringer med samhandling om praksisplasser
- Statsforvalteren
- ALIS-vertskommuner

- Representanter for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)
- Referansegruppen til Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP)
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir)
- Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning (UNIT)

Det ble tidlig gjennomført innspillsmøter, før det ble åpnet for skriftlige innspill og deretter forankringsmøter med påfølgende muligheter for nye skriftlige innspill.



Figur 2: Prosessen i utredningsoppdraget

Oppdragets arbeidsgruppe startet med en kartlegging av dagens kunnskapsgrunnlag og innhentet kunnskap om eksisterende ordninger gjennom litteratur og dialog. Innspillsmøtene har stort sett vært gjennomført digitalt av hensyn til tid og for å få med en bredde nasjonalt på en kostnadseffektiv måte. Det har vært sendt ut forberedende spørsmål i forkant av alle møter med de sentrale innspillsaktørene. Spørsmålene har stort sett vært like, men tilpasset kontekst og aktør. Skriftlige innspill har også blitt mottatt i flere runder.

Alle innspill (muntlig dialog i møter og skriftlig) er sammenstilt og systematisert. Deretter er innspillene analysert opp mot oppdragets spørsmål. Arbeidsgruppen utarbeidet utkast til mulige modellskisser på bakgrunn av innspillene. Totalt 3 modellskisser ble til slutt evaluert som aktuelle. Det ble satt sammen komponenter fra alle tre skissene til *den kommunale praksismodellen*, som deretter ble presentert i nye runder for interne og eksterne innspillsaktører. Modellen ble videre bearbeidet til dagens sluttresultat.

På bakgrunn av involveringen konkluderte arbeidsgruppen å gå bort fra begrepet *praksiskontor*. *Praksiskontor* benyttes allerede innenfor flere studieretninger innen yrkesfaglig opplæring relatert til lærlingeplasser. Ved å bruke samme begrep om praksiskoordinering som gjelder elever fra yrkesfag, og studenter på bachelor-, master- og evt. doktorgradsnivå, kan det skape forvirring. I innspillsmøtene ble det derfor åpnet for å inngi forslag til navn eller referanse til denne utredningens modellskisse. På basis av denne dialogen har oppdraget konkludert med *en kommunal praksismodell* som innspillsaktørene samlet har stilt seg bak.

Avgrensning av aktuelt praksisfelt i oppdraget

Denne utredningen er avgrenset til å omfatte helse- og sosialfaglige grunnutdanninger på høyskole- og universitetsnivå. Dette ekskluderer videre- og etterutdanninger, samt utdanninger på videregående- og fagskolenivå. Avgrensningen er valgt av hensyn til modellutvikling og at det er knapphet på helsepersonell i disse gruppene, derfor et stort behov for flere praksisplasser^{[1],[2]}. Det er etterstrebet å utvikle en modell som kan skaleres opp til å dekke et helhetlig behov for praksisplasser i kommunene.

I det skriftlige oppdraget og i dialogmøte med Helse- og omsorgsdepartementet om oppdragsbrevet, er det gjort gjeldende særlig fire føringer:

- Foreslått løsning bør kunne implementeres uten endring i lovhjemmel
- Foreslått løsning bør være kommune-nær og hensynta bærekraftig løsning for små kommuner ved regionalt/interkommunalt samarbeid
- Oppdraget skal løses i tett dialog med KS og kommunene, de regionale helseforetakene og utdanningssektor
- Arbeidet i oppdraget skal baseres på IS-2956 *Praksis i kommunene* og Meld. St. 16 (2020-2021) *Utdanning for omstilling*

Utredningens resultat, den anbefalte kommunale praksismodellen, kan inkludere de utdanningsløp lokale og/eller regionale behov skulle påkreve. Det vil også være mulig å utvide modellen til å inkludere praksisplasser i regi av fylkeskommunen, samt avtalebaserte og private tjenester. Disse tjenestene har imidlertid andre premisser for å ta imot studenter når det gjelder finansiering og organisering.

Dette oppdraget er rettet mot å finne forslag til organisatorisk modell som kan fremme bruk av kommunen som praksisarena for helse- og sosialfagutdanninger på universitet- og høyskolenivå. Vi har derfor ikke vurdert kompensasjonsordninger rettet mot det private eller fylkeskommunen.

^[1] Helsedirektoratet (2021) *Personell og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingstrekk og status 2020*. Rapport u.off. levert 15.august 2021 til Helse- og omsorgsdepartementet

^[2] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

Kommunal praksismodell

Dette oppdraget svares ut med en praksismodell forankret i kommunen som verktøy for økt kompetanse og økt antall praksisplasser med god kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester. I dette kapittelet beskrives denne modellen.

Helsedirektoratet opprettholder anbefalingen fra rapport IS-2956 *Praksis i kommunene*^[1] om at dedikerte funksjoner må ha ansvar for koordinering av praksis og fagutvikling knyttet til praksis. Videre er det vektlagt at modellen skal gi rammer som understøtter tilrettelegging for at alle landets kommuner kan ta imot studenter i praksis fra grunnutdanninger innen helse- og sosialfag.

For at modellen skal fungere i praksis må:

- kommunene selv ønske større medvirkning gjennom å tilby flere praksisplasser for studenter
- modellen kan iverksettes uten lov- eller forskriftsendring
- utdanningsinstitusjonene bære ansvaret for god logistikk i praksisfeltet seg imellom
- utdanningsinstitusjonene bære ansvaret for samarbeidsavtaler med praksistilbydere*

*Dette er i tråd med ansvaret for å ha samarbeidsavtaler med praksistilbydere som ligger til utdanningsinstitusjonene, jf. forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger^[2].

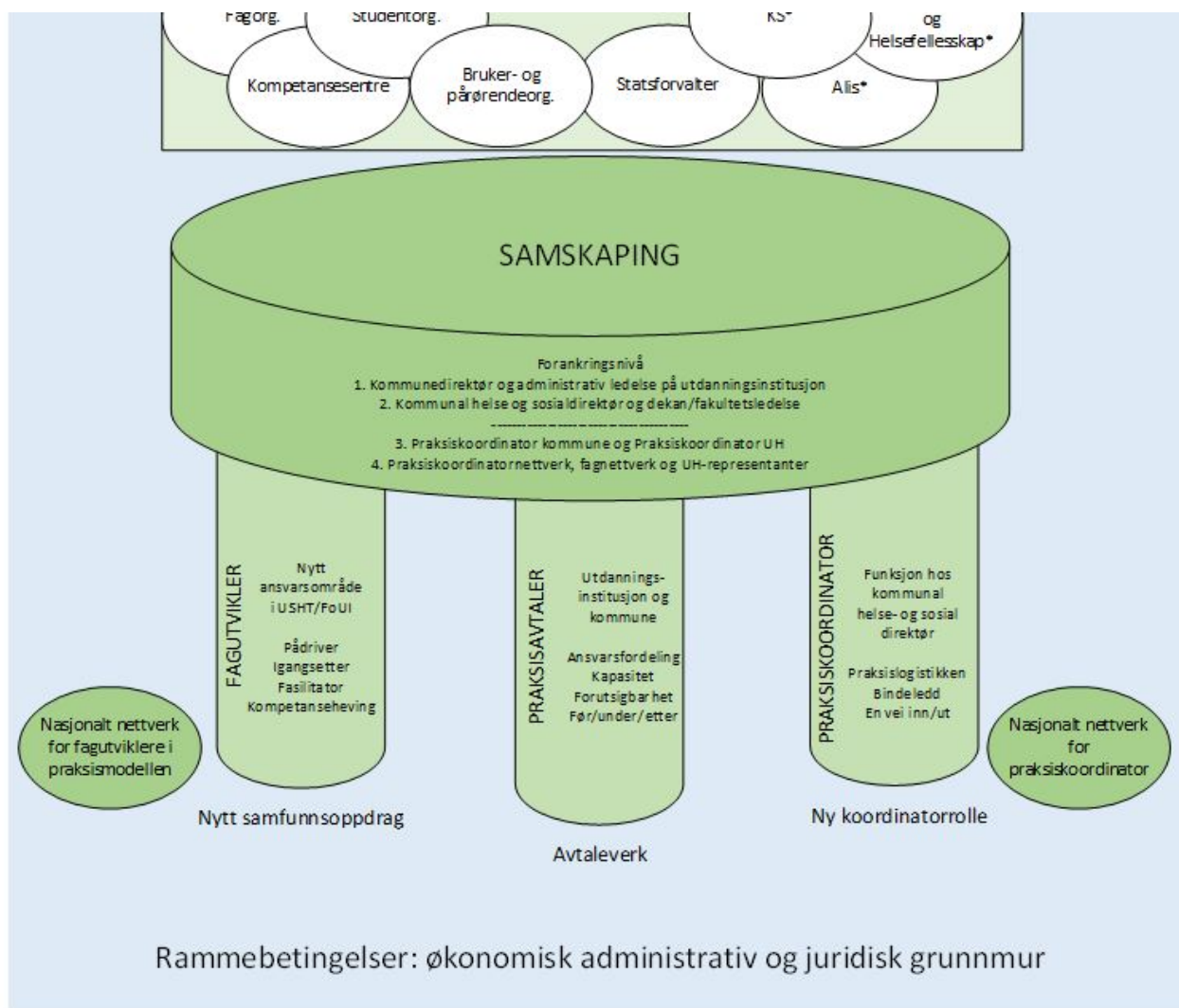
Hovedformålet med en nasjonal modell er å understøtte etablering og utvikling av et forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og kommune. Dette samarbeidet fremmer viktig kompetanseutvikling hos studentene og tjenestene, og det gir studentene kjennskap til kommunal helse- og omsorgstjeneste som arbeidsplass. I tillegg betinger modellen utvikling av nødvendig veilederkompetanse, kontinuerlig forbedringsarbeid av praksisstudier, samt understøtter forskning, utvikling og innovasjon (FoUI) rettet mot praksisstudier i kommunale helse- og omsorgstjenester. En systematisk modell kan gi mer bærekraftige løsninger i form av flere og bedre praksisplasser for studenter.

Helsedirektoratet vektlegger en modell som synliggjør viktige roller og forutsetninger ved etablering av praksisplasser i kommunale helse- og omsorgstjenester. Modellen kan tilpasses lokale forhold i den enkelte kommune og utnytte regionale samarbeidsarenaer. Modellen gir grunnlag for gjenbruk av etablerte løsninger og kan tilpasses bærekraftig ressursbruk, særlig knyttet til behov i distrikt. Lokal forankring og kommune-nær etablering er forutsetninger som legges til grunn for en modell som er fleksibel nok til å fange opp lokale premisser, men likevel sikre at studenter får praksis med god kvalitet i alle kommuner. Modellen vil understøtte både heltidsutdanninger og fleksible utdanningstilbud^[3].

Figur 3 viser anbefalt kommunal praksismodell med følgende deler:

- Tre ben i modellen: Praksisavtaler, fagutvikler og praksiskoordinator (jf. kap. 2.1, 2.2 og 2.3)
- Nasjonale nettverk for samkjøring av rollene (jf. kap. 2.4)
- Et stolsete med presisering av administrative og politiske nivåer for samskaping (jf. kap. 2.5)
- En stolrygg som representerer bruker- og pårørendemedvirkning og samarbeid med andre sentrale lokale og/eller regionale ressurser (jf. kap. 2.6 og 2.7)
- Samhandlingsverktøy og rammebetingelser som må være til stede (jf. kap. 2.9 og kap. 3)





Figur 3: Anbefalt Kommunal praksismodell

* Samarbeidsressurser fra disse aktørene bør være forankret i praksismodellen lokalt, kommunalt og/eller interkommunalt.

Modellen sikrer at både fagutvikler og praksiskoordinator er på plass og fungerer på basis av inngåtte avtaler med utdanningssteder. Det er i tillegg et overordnet nivå for forankring og samskapning for langsiktig planlegging. Kommune og utdanningsinstitusjon bør sammen planlegge hvilke strukturer, avtaler og organisatoriske prinsipper som må ligge til grunn før man velger en detaljert utforming av modell.

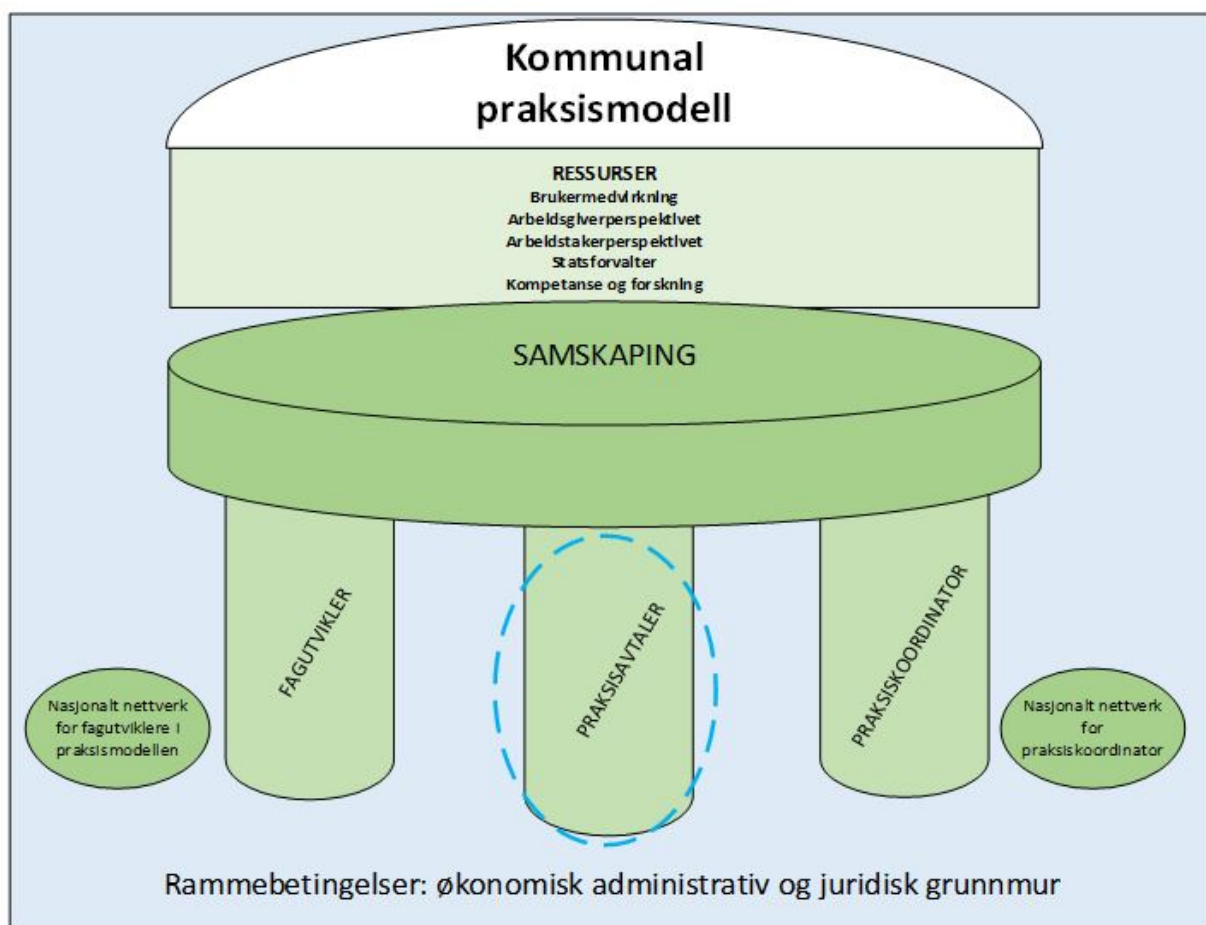
Videre i dette kapittelet utdypes de ulike elementene i modellen.

[1] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

[2] Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagligutdanninger. Tilgjengelig her: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

[3] Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2022) *Studier innen fleksible utdanningstilbud*. Tilgjengelig her: https://utdanning.no/studiebeskrivelse/fleksible_utdanningstilbud

Praksisavtaler



Figur 4: Ben i modellen: Praksisavtaler

I IS-2956^[1] er det beskrevet at flere utdanningsinstitusjoner har inngått avtaler med kommuner og/eller kommunale virksomheter, samt at avtalene er inngått på ulike organisatoriske nivåer. Dette ser vi også i denne utredningen. Der utdanningsinstitusjonene har lyktes med å etablere kontinuitet og kapasitet på praksisplasser, har man formalisert samarbeidet gjennom et avtaleverk tilpasset til lokale forhold. Avtaleverket gir rammen for samarbeid og ansvarsfordeling generelt mellom partene, samt bidrar til forutsigbarhet i planlegging av praksis for alle parter, inkludert studentene.

Avtalen bør beskrive kommunens ansvar for å fremskaffe praksisplasser. Intensjon om fagutvikling bør også inngå i avtaleverket og forankres på alle nivåer. Avtaler bidrar antagelig i liten grad til kvalitet i praksisforløpene studentene skal ut i, og avtaleverket alene avhjelper ikke arbeidet med logistikken rundt praksisavvikling i kommunen.

Under innspillsrundene i denne utredningen ble det av flere fremhevet at et avtaleverk som regulerer kommunenes forpliktelser og ansvar knyttet til praksis er viktig. Dagens lovverk gir kommunene en mulighet til å satse på praksisplasser for studenter gjennom sin medvirkningsplikt i hol. kap. 8 (jf. [kap. 3.3](#)). Aktører fra spesialisthelsetjenesten understreket i sine innspill viktigheten av forpliktende avtaler selv om RHF-ene har et lovpålagt *sørge-for-ansvar* knyttet til utdanning.

Flere har spilt inn at der avtaler er inngått med kommuner, har dette best effekt når det er forankret hos politisk og administrativ ledelse i kommunene. Sentral kommunal ledelse fokuserer gjerne på kommunens gevinster ved å ha studenter i praksis som et effektivt virkemiddel for rekruttering og derfor bør inngå i kommunens strategiske kompetanseplanlegging.

Initiativ til samarbeid er som regel et resultat av fremstøt fra utdanningsinstitusjonene mot kommuner innenfor det eller de fagfelt utdanningsinstitusjonen har ansvar for. Dette betyr at noen kommuner forholder seg til flere utdanningsinstitusjoner samtidig, og de fleste utdanningsinstitusjoner forholder seg til flere kommuner samtidig. Dette understreker også behovet for gode og forankrede praksisavtaler.

Utdanningsinstitusjoner inngår gjerne avtaler seg imellom for når de ulike programmene skal bruke ulike deler av praksisfeltet. Deling av praksisfelt er en kompliserende faktor knyttet til logistikk. Det fordrer tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og kommunen(er) i en region.

I innspillsrundene er det bredt vektlagt at avtaleverket er det bærende punktet som gir legitimitet til å styre tilgang på praksisplasser i kommuner. For å ansvarliggjøre lokale ledere og fagansvarlige ned på virksomhet- og avdelingsnivå, bør avtalene angi:

- Aktuelle utdanningsprogram
- Aktuelle virksomheter
- Minimumskapasitet som skal tilbys innenfor et årshjul
- Krav til kompetanse (både fagmiljø, fagspesifikk- og veilederkompetanse)
- Evaluering av samarbeidet, kvalitet og kompetanseutvikling i praksis

Avtaleverket er viktig for å forankre intensjon om å tilby praksisplasser og et grunnlag for å etablere system for bestilling av praksisplasser. Kravet til gjensidige forpliktende avtaler om praksis fremgår i § 3 i *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*[\[2\]](#). Paragrafen setter krav til innholdet i disse avtalene. Kravet som fremgår er gjeldende for utdanningsinstitusjonene og praksistilbyder først når det er blitt enighet om samarbeid om praksis.

Helsedirektoratet vurderer at et avtaleverk som regulerer ansvarsområder, oppgaver og kapasitet i praksis er viktig for å ansvarliggjøre partene involvert i praksisavvikling, sikre fruktbare samarbeidsforhold og legge grunnlag for etablering av praksisplasser. Dette er en forutsetning for kontinuitet i logistikken rundt praksisstudier for alle parter. Helsedirektoratet anser dette som et minimumstiltak for å nå målet om økt bruk av kommunale praksisplasser innen kommunale helse- og omsorgsvirksomheter.

Avtalene spesifiserer som regel omfang og tidspunkt for praksis, og alle har formuleringer som skal sikre at avtalene er bindende[\[3\]](#),[\[4\]](#). Noen avtaler regulerer også krav til veileders kompetanse, praksisveilederens forventede arbeidsomfang, praksisstedets oppfølging av studentene, læringsutbytte og vurderingsformer, samt studentenes rettigheter og plikter (Ibid.). Så langt vi er kjent med, er slike avtalemaler utviklet ved alle utdanningsinstitusjoner som har studieløp hvor praksis inngår. Innhold og detaljnivå varierer mellom avtalemalene. Det er hensiktsmessig at avtaleverket tar hensyn til lokale og regionale forhold.

Hva som er aktuelle læringsarenaer styres blant annet av den store variasjonen mellom utdanningsprogram og læringsutbyttene som skal oppnås. Det er også stor forskjell både med hensyn til antall praksisperioder, og omfang på og organisering av praksis mellom ulike praksisprogram. Dette gjør at hva som skal dokumenteres og hvordan studenter skal følges opp vil variere fra periode til periode, fra program til program og mellom utdanningsinstitusjoner. Det kan også være stor forskjell på studentenes grad av selvstendighet, læringskurve og erfaring, samt hvor de er i studieløpet. Dette gjør at behovet for oppfølging, tilpasning og tilrettelegging av praksis varierer.

Dette viser at det er mange ulike faktorer som påvirker kapasitet og kvalitet på praksis. Noen kommuner har veietablerte, avtalebaserte opplegg for studenter i praksis. Disse kommunene har ofte både fagmiljø og samhandlingsarenaer etablert med tett kobling mot aktuelle utdanningsinstitusjoner. Noen kommuner deltar også aktivt i samhandlingsarenaer som involverer og samler flere sentrale aktører rundt utdanning, forskning og innovasjon i sin region. Eksempel på samhandlingsarenaer kan være interkommunalt samarbeid, helsefellesskap, regionale kompetansesentre og helseklynger, jf. [kap. 2.2.2](#). Andre kommuner må bygge opp fagmiljø og ressurser til å tilby praksisplasser fra start. Det er også stor variasjon mellom

kommuner med hensyn til i hvilken grad disse er rigget for å bidra aktivt i for eksempel prosjektarbeid knyttet til utvikling av nye praksismodeller. En annen viktig forskjell som skiller kommunenes egnethet til å ta imot studenter, er i hvilken grad det er tilgang på kvalifiserte veiledere (jf. [kap. 2.2.4](#)).

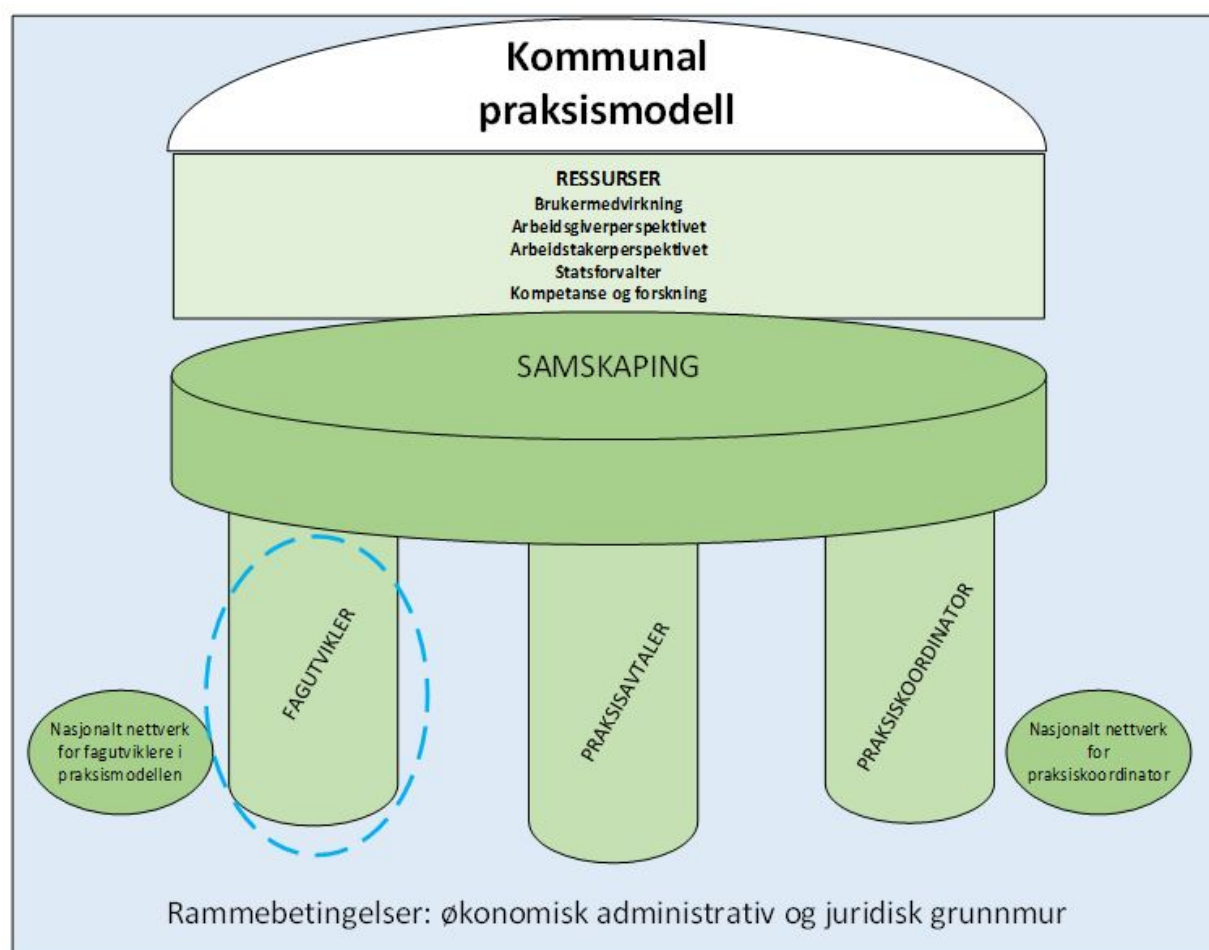
[1] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

[2] Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagligutdanninger. Tilgjengelig her: [Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger - Lovdata](#)

[3] Universitet i Sørøst-Norge (2021) *Samarbeidsavtale om praksisplasser*. Tilgjengelig på forespørsel til USN.

[4] Norges arktiske universitet (2021) *Samarbeidsavtale mellom kommune og det helsevitenskaplige fakultet, UiT*. Tilgjengelig på forespørsel til UiT.

Fagutvikler



Figur 5: Ben i modellen: Fagutvikler

Fagutviklerfunksjonen bør være en tilrettelegger og igangsetter av kommunale praksisstudier med mål om økt kvalitet og økt kapasitet. Forankring av rollen fagutvikler bør være implementert i de kommunale strategiske kompetanseplanene.

I innspillene til denne utredningen ble det anbefalt at fagutvikling legges som funksjon eller ansvarsområde til en enhet i kommunen som allerede har fagutvikling som del av sin oppgaveportefølje. En forutsetning for effektiv utnyttelse av en slik funksjon er at stillingen kan arbeide helhetlig med kvalitetsutvikling av praksis for bredden av aktuelle studentgrupper. Det vil være lite effektivt dersom et slikt ansvar legges som en oppgave hos allerede presset klinisk operativ personell, slik som veiledere i praksis. Dette vil gi lite handlingsrom for å sette i gang gode prosjekter og begrenses av driften ved en virksomhet. Funksjonen bør derfor legges til et fagmiljø som har fagutvikling som sitt primære ansvar.

I innspillsrundene ble det også pekt på muligheten for å etablere kombinasjonsstillinger mellom kommune og utdanningsinstitusjon. Dette er et viktig virkemiddel for å få til kobling mellom utdanning og praksis. Helsedirektoratet mener imidlertid at kombinasjonsstillinger bør ses på som et supplement til en dedikert fagutviklerfunksjon for kvalitet i praksis. Nyten av kombinerte stillinger er omtalt i IS-2956 *Praksis i kommunene*^[1]. Det er også omtalt som nyttig og effektivt grep for å øke relevans og kvalitet på praksis generelt av blant annet Universitets- og høyskolerådet^[2] og NOKUT^[3]. Det påpekes samtidig at kombinerte stillinger krever aktiv ledelse og hensiktsmessige valg av organisatorisk tilhørighet for at slike stillinger skal være vellykket^[4].

Fagutvikler bør ha mandat til å jobbe med fagutvikling knyttet til en bredde av tjenestetilbudene, og ikke avgrenset til en gitt virksomhet eller avdeling/enhet. Det utvikles stadig nye praksis- og veiledningsmodeller som skal forbedre kvaliteten i praksis. Noen modeller kan også bidra til økt kapasitet ved at en veileder kan ha flere studenter samtidig, en gruppe veiledere kan støtte en gruppe studenter samtidig osv.^[5] Tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) er en læringsform der studenter fra ulike utdanninger lærer sammen og får innsikt i hverandres kompetanse^[6]. Behovet for fagutvikling og innovasjon som understøtter utvikling av gode praksismodeller og praksisplasser, samt forskning som dokumenterer dette, er i den tidligere utredningen fremhevet som en forutsetning for å ta mer i bruk kommunene som praksisarena^[7]. Dette er også kommet tydelig frem i innspillsrundene tilknyttet dette oppdraget.

2.2.1 Organisatorisk forankring i Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

En modell som dekker regioner, fremstår som den beste løsningen. Helsedirektoratet har i det videre tatt utgangspunkt i at fagutvikler bør kobles til et robust fagmiljø og at foreslåtte modell understøtter at alle landets kommuner får tilgang på en slik ressurs. I tillegg er det kommet klare anbefalinger fra alle innspillsaktørene om å spille på allerede etablerte strukturer og dermed unngå ekstra byråkratiske ledd. Det er store variasjoner mellom norske kommuner og deres evne til etablering av en robust fagutviklerfunksjon. En forankring av fagutviklerfunksjonen på regionalt nivå i regi av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) ble anbefalt gjennomgående i eksterne innspillsrunder i dette oppdraget. Forankring i USHT fremstår derfor som en hensiktsmessig plassering, jf. kap. 2.2.2.

Hjemmetjenesten og sykehjem er svært relevante tjenester for dette formålet, som på grunn av sitt omfang har potensiale til å tilby mange praksisplasser som vil være aktuelle for hele spekteret av de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. De er også aktuelle praksisarenaer for videreutdanning. USHT har mulighet til å samarbeide med øvrige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel ved å se på helhetlige pasientløp internt i en kommune. Dette kan gi grunnlag for å jobbe med praksisløp som går på tvers av tjenestetilbud i kommunen og legge til rette for økt kvalitet på praksis i hele bredden av det kommunale praksisfeltet^[8]. Ved en utvidelse av antall utdanninger i nedslagsfeltet for kommunal praksismodell kan det være behov for utvidelse av fagutviklerfunksjonen.

Det skjer allerede samarbeid i dag mellom USHT og ALIS kontor i enkelte regioner^[9]. Videre er USHT en samarbeidspartner for Helsefellesskap på fagutvikling og samhandlingsprosjekter mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Det er likevel viktig å bemerke at USHT i hovedsak arbeider med kompetanseheving og tjenesteutvikling i hjemmetjenesten og i sykehjem. Det kan derfor være naturlig å tenke at kvalitet i praksis vil bli fokusert om dette området. Det er imidlertid slik at innsikt fra dette fagutviklingsarbeidet i stor grad vil være overførbart til hele det kommunale praksisfeltet. Nye praksismodeller som fungerer i sykehjem eller i hjemmesykepleie kan sannsynlig tilpasses også andre kontekster. Læringsutbytte i forskjellige utdanninger kan være overlappende, for eksempel fagområdene rus, psykisk helse og somatikk eller tannhelse. Dette gjør at selv om fagutviklerfunksjonen er plassert i USHT, kan gevinstene rulles ut til hele praksisfeltet.

Det er også slik at fagutviklerfunksjoner er et supplement til utdanningsinstitusjonens arbeid med utdanningskvalitet og ikke en erstatning. Utviklingsarbeid som er nødvendig for gode praksisforløp som ikke favnes av en fagutviklingsfunksjon antas fulgt opp av utdanningsinstitusjonen. Ved flere USHT-er er det allerede etablert kombinerte stillinger i samarbeid med utdanningsinstitusjoner, inkludert stillinger rettet mot forskning og innovasjon.

USHT er gjennomgående pekt på som den mest aktuelle vertskommunemodellen for fagutviklerfunksjonen, og en løsning som gir hensiktsmessig inndeling av regioner. Det er gjennom innspillsrundene fremhevet som en styrke at USHT er regionalt forankret noe som gir god dekning nasjonalt. USHT-ene jobber nettverksbasert med aktørene (utdannings- og forskningsinstitusjoner og ansatte i kommunen), noe som er sentralt for kvalitet i praksis. Ved å satse på USHT velger man en modell som bygger på en eksisterende struktur. USHT har fagutvikling og innovasjon i sitt samfunnsoppdrag, men dette inkluderer per i dag ikke praksisoppfølging av studenter.

Gjennom interkommunalt samarbeid og målrettede prosjekter arbeides det for kompetanseheving og tjenesteutvikling i hjemmetjenesten og i sykehjem. Mandatet til USHT inkluderer tverrfaglig fagutvikling rettet mot sentrale deler av praksisfeltet i kommunen. USHT har allerede gjennomført vellykkede utviklingsprosjekter rettet mot praksis^[10]. Prosjektene er gjennomført i samarbeid med aktuelle kommunale virksomheter og utdanningsinstitusjoner. Historisk har USHT vært tuftet på et trepartssamarbeid mellom utdanningssektor, forskningsmiljøer og kommuner, noe som kan være realistisk å rekonstruere i deres samfunnsoppdrag.

Den foreslåtte forankringen i USHT kan ha noen ulemper. Dagens nedslagsfelt for USHT dekker ikke hele det kommunale praksisfeltet. Når det er sagt så finnes det per i dag ikke noen organisatorisk enhet som har både fagutvikling som primært ansvarsområde, og som dekker hele det kommunale praksisfeltet. USHT er i dag tilskuddsfinansiert for en gitt periode, og rommer per i dag ikke dedikerte midler som gir rom for en ny fagutviklerfunksjon. Evaluering av USHT er utsatt under pandemien og forventet gjennomført 2023/2024^[11]. Vertskommunemodellen impliserer at alle kommunene i regionen ønsker samarbeid med USHT i vertskommunen, men det kan være kommuner som ikke ønsker dette av ulike årsaker.

Praksisarenaer i hjemmetjenesten og i sykehjem vil i stor grad inkludere relevante praksisplasser for alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Likevel dekker det ikke sentrale arenaer som helsestasjon, rehabilitering, fastlegekontor, legevakt, krisesentre, m.fl. Det er viktige at det også her jobbes med utvikling av gode praksisarenaer. Utdanningsinstitusjonene har allerede i dag et viktig ansvar for å utvikle gode praksisplasser på alle aktuelle felt. Utdanningsinstitusjonenes systematiske arbeid med kvalitetsutvikling ut mot kommunen som praksisfelt forutsettes derfor kontinuert.

Kommuner kan, som i ALIS-kontor, velge å etablere flere fagutviklerfunksjoner også utover den anbefalte funksjonen i USHT. Det vil da være viktig at det legges til rette for samarbeid mellom fagutviklere internt i kommunen og i regionen for å sikre erfaringsutveksling og samkjøring på relevante områder. Basert på

dette anses dagens nedslagsfelt for USHT som uproblematisk for den foreslåtte forankringen av fagutviklerfunksjonen.

2.2.2 Potensielle regionale samhandlingsarenaer for fagutvikler

Det eksisterer flere regionale samhandlingsarenaer som er vurdert i denne utredningen i forhold til foreslått modell. Relevans for fagutviklerfunksjonen er vurdert med tanke på hvilke utdanninger som er inkludert i denne utredningen og derfor ligger til grunn for foreslått modell. I det videre gis en kort presentasjon av de to regionale samhandlingsarenaene som er vurdert, men konkludert med at ikke er aktuelle for dette formålet på det nåværende tidspunkt. Avslutningsvis i kapittelet gis en kort beskrivelse av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) og deres planlagte opprettelse av regionale samarbeidsorgan.

ALIS-kontor (leger i spesialisering i allmennmedisin) er vurdert som organisatorisk modell. Dette anses som uhensiktsmessig blant annet fordi regioninndelingen som ALIS-kontorene i dag legger til grunn blir for store for behovet i vårt oppdrag. ALIS-kontorer finnes i dag i 6 kommuner som dekker 5 regioner. ALIS-kontor har et spisset mandat mot ansatte fastleger som skal spesialisere seg i allmennmedisin^[12]. ALIS-kontor representerer også et smalere nedslagsfelt med tanke på aktuelle praksisplasser, og er mindre relevant som praksisarena for en del av de utdanningene i denne utredningen. Det er i tillegg forskjell på veilederkompetansen som bygges opp rundt ALIS og den veilederkompetansen som behøves for å følge opp studenter på grunnutdanningsnivå. I utredningen er det gitt innspill fra vertskommunene for ALIS-kontor om at mandatet er hensiktsmessig slik det er. Dette betyr at behovet i dette oppdraget er for bredt.

Det er et eksplisitt ønske om kommune-nær løsning for vår utredning, som ikke kan oppnås ved plassering i ALIS-kontor. Det er imidlertid et klart uttrykt behov og ønske om tett samordning mellom medisinstudenter i praksis og ALIS-kontor for økt rekruttering av fastleger til kommunene. Videre jobber ALIS-kontor med å utvikle utdanningsvirksomheter for ansatte fastleger i allmennlegespesialisering og veilederkompetanse. Dette gjør ALIS-kontor til en naturlig samarbeidspartner på tverrfaglig utvikling og innovasjon i den kommunale praksismodellen.

Helsefelleskap er også vurdert som en arena for forankring av funksjonene i praksismodellen. Aktørene i helsefelleskapene og formålet om å identifisere felles kompetansebehov, vil kunne understøtte og forsterke praksismodellens målsetning. På den annen side er helsefelleskapene en samarbeidsarena, og ikke en egen organisatorisk enhet. Et eventuelt ansettelsesforhold må derfor likevel kobles til en kommune. Det vil også være utfordringer knyttet til hvilket fagmiljø og rammer fagutviklerfunksjonen vil ha rundt seg, gitt at helsefelleskapene har ulik innretning og har pasientflyt mellom tjenestenivåene som hovedfokus. Helsedirektoratet mener at en slik løsning vil kreve mye utviklingsarbeid knyttet til etablering og forankring av funksjonen i praksismodellen. Dette kan gi forsinkelser av modell og funksjoner.

Forutsatt at kommuner gjennom sin medvirkningsplikt bidrar til flere praksisplasser i kommunene, bør en revurdere ressursallokering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal sektor hvis en vesentlig del av studentenes praksistid gjennomføres i kommunal sektor. En løsning kan være at ressurser følger studenten. Dette kan bidra til at USHT får tilstrekkelig ressurser til å utvide sitt samfunnsoppdrag til å romme fagutviklerfunksjonen. Denne funksjonen kan da være både en kommunal og regional ressurs også for spesialisthelsetjenesten.

Utdanning foregår på klinisk nivå, noe som tilsier at gjennomføring av praksisstudier bør være et felles satsningsområde også på overordnet regionalt nivå. Dette kan for eksempel være i samarbeidsutvalg i RHF-ene sammen med Helsefelleskapene. Dette er et mandat i samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak som er forankret i hol. § 6-2.

De formelle samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak bør ikke integrere avtaler med høyskoler og universitet da akademia har et bredere nedslagsfelt^[13]. Helsefelleskapene er imidlertid en svært sentral samarbeidspartner for kommuner og utdanningsinstitusjoner på kompetanseutvikling i den enkelte region.

Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)^[14] anbefalte en struktur med fire regionale samarbeidsorgan med tilhørende sekretariatsfunksjoner^[15]. Formålet med strukturen er å etablere et kunnskapsløft for kommunal helse- og omsorgssektor (Ibid.). Helsedirektoratet kan per i dag ikke legge KSF sine regionale samarbeidsorgan til grunn i denne utredningen fordi arbeidet i KS er i en tidlig fase. Vi er kjent med at det blant annet vurderes hvordan helsefelleskapene kan sees inn i en KSF struktur. Idegrunnlaget om kunnskapskommunen understøtter den systematiske satsingen på fagutvikling og kvalitet i den kommunale praksismodellen. Disse regionale samarbeidsorganene kan derfor være et naturlig sted for fremtidig samhandling, og potensielt en organisatorisk forankring av fagutviklerfunksjonen.

2.2.3 Særlig viktige ansvarsområder

I utredningen har aktørene påpekt at for å oppnå økt kvalitet i praksis er noen ansvarsområder særlig viktige for en fagutviklerfunksjon.

Funksjonen bør ha ansvar for å identifisere og formidle kompetansebehov fra kommunen til utdanningsvirksomhetene som gjør at grunnutdanningene raskere kan utvikle innhold og relevante læringsutbytter for praksisstudier. Inkludert i dette ligger å angi kompetansebehov på veilederrollen for ansatte slik at de kan følge opp studenter i praksis på en tilfredsstillende måte. Se også kap. 2.2.4.

Fagutviklerfunksjonen bør identifisere behov for å igangsette utviklingsprosjekt som fremmer kvalitet i praksis og øker bruk av kommunen som praksisarena. Dette kan for eksempel være utvikling av nye praksismodeller og metoder for å lære, helhetlige praksisforløp, studentdrevne enheter, økt bruk av tverrprofesjonell samarbeidslæring, nye metoder for veiledning, involvering av frivillige, bruk av teknologi, m.m.

Videre pekes det på viktigheten av å ha ansvar for å identifisere behov for å bidra til mer ensartet innhold og læringsutbytteoppnåelse på tvers av praksisplasser i egen region, være et knutepunkt hvor utdanningsinstitusjonene kan henvende seg for å igangsette utviklings- og forskningsprosjekter og være del av et fagmiljø rundt kombinasjonsstillinger som jobber med prosjekter innenfor praksis.

Fagutviklerfunksjonen bør også bidra i kompetansenettverk regionalt og nasjonalt som jobber systematisk med å identifisere områder med behov for utvikling knyttet til praksis, samt tilby arenaer for erfaringsutveksling og felles læring (jf. [kap. 2.4](#)).

2.2.4 Veilederkompetanse

Veiledere som følger opp studenter fra ulike program og fra ulike utdanningsinstitusjoner i praksis bør ha formell veilederkompetanse i tillegg til profesjonsutdanning. Veiledere må i tillegg til praktisk veiledning sette seg inn i krav til praksis i aktuelt utdanningsprogram, samarbeide med kontaktpersoner på utdanningsstedet og ha kunnskap om emneplaner og krav til dokumentasjon. Alle helsefaglige studenter skal ha løpende skikkethetsvurdering gjennom hele praksisperioden. Dette er veileders ansvar å følge opp i samarbeid med utdanningsinstitusjonens praksisveileder, som har hovedansvaret for vurderingen. Veiledere må kjenne til ulike systemer som brukes for å planlegge, gjennomføre, dokumentere og evaluere studenten i praksis.

Fagutviklerfunksjonen har ansvar for å fremskaffe oversikt over hvilken veilederkompetanse som finnes, formidle kompetansebehov til utdanningsvirksomhetene og tilrettelegge for opplæringsmuligheter for de kommunalt ansatte.

I dette ligger det ingen endring i dagens ansvarsfordeling der utdanningsinstitusjon har et *sørge-for-ansvar* for studentenes læringsutbytte, og kommune har et *medvirkningsansvar* for studentenes læringsutbytte i praksis. Det er den systematiske oppbyggingen av kompetanse for å veilede studenter som er en sentral oppgave i fagutviklerfunksjonen. Ansvar for at studenten følges opp og oppnår læringsutbyttene, ligger til utdanningsinstitusjonene. Kommunens ansvar er å tilby læringsarenaer og veilederkapasitet i tråd med inngåtte avtale.

Helsedirektoratet anbefaler at veilederkompetanse inngår som et viktig satsningsområde i kommunens strategiske kompetanseplanlegging. Dette bør følges opp systematisk gjennom praksisavtaler og realiseres gjennom kommunenære utdanningstilbud.

[1] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

[2] Universitets- og høyskolerådet (2016) *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet*. Tilgjengelig her: https://www.uhr.no/_f/p1/i0311e40a-4465-4a77-a3f3-565762627e15/2016-praksisprosjektet_sluttrapport.pdf

[3] NOKUT (2019) *Praksis i høyere utdanning – gode eksempler*. NOKUT rapport 10-2019. Tilgjengelig her: https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/ua/2019/helseth_fetscher_wiggen_praksis-i-hoyere-utda

[4] Mathisen, L. og Rannem, S. (2016) *Kombinerte stillinger krever aktiv ledelse*. Tilgjengelig her: <https://sykepleien.no/forskning/2016/11/kombinerte-stillinger-krever-aktiv-ledelse>

[5] Meld. St. 15 (2020–2021) *Anmodnings- og utredningsvedtak i stortingssesjonen 2019–2020*. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20202021/id2833773/>

[6] Meld. St. 13 (2011–2012). *Utdanning for velferd*. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>

[7] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

[8] KS (2020) *Jobbvinner-piloter i Trøndelag er evaluert*. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/jobbvinner-piloter-i-trondelag>

[9] Utviklingssenter.no (2022) *Nettverk for leger i kommunehelsetjenesten*. Tilgjengelig her: <https://www.utviklingssenter.no/prosjekter/kompetanseutvikling/nettverk-for-leger-i-kommunehelsetjenesten>

[10] Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (2022) *Prosjekter*. Tilgjengelig her: <https://www.utviklingssenter.no/prosjekter>

[11] Utviklingssenter.no (2022) *Kunnskapen i kommunene må styrkes, Hdir ber USHT om gode råd*. Tilgjengelig her: <https://www.utviklingssenter.no/om-oss/aktuelle-saker/kunnskapen-i-kommunene-ma-styrkes-hdir-ber-usht->

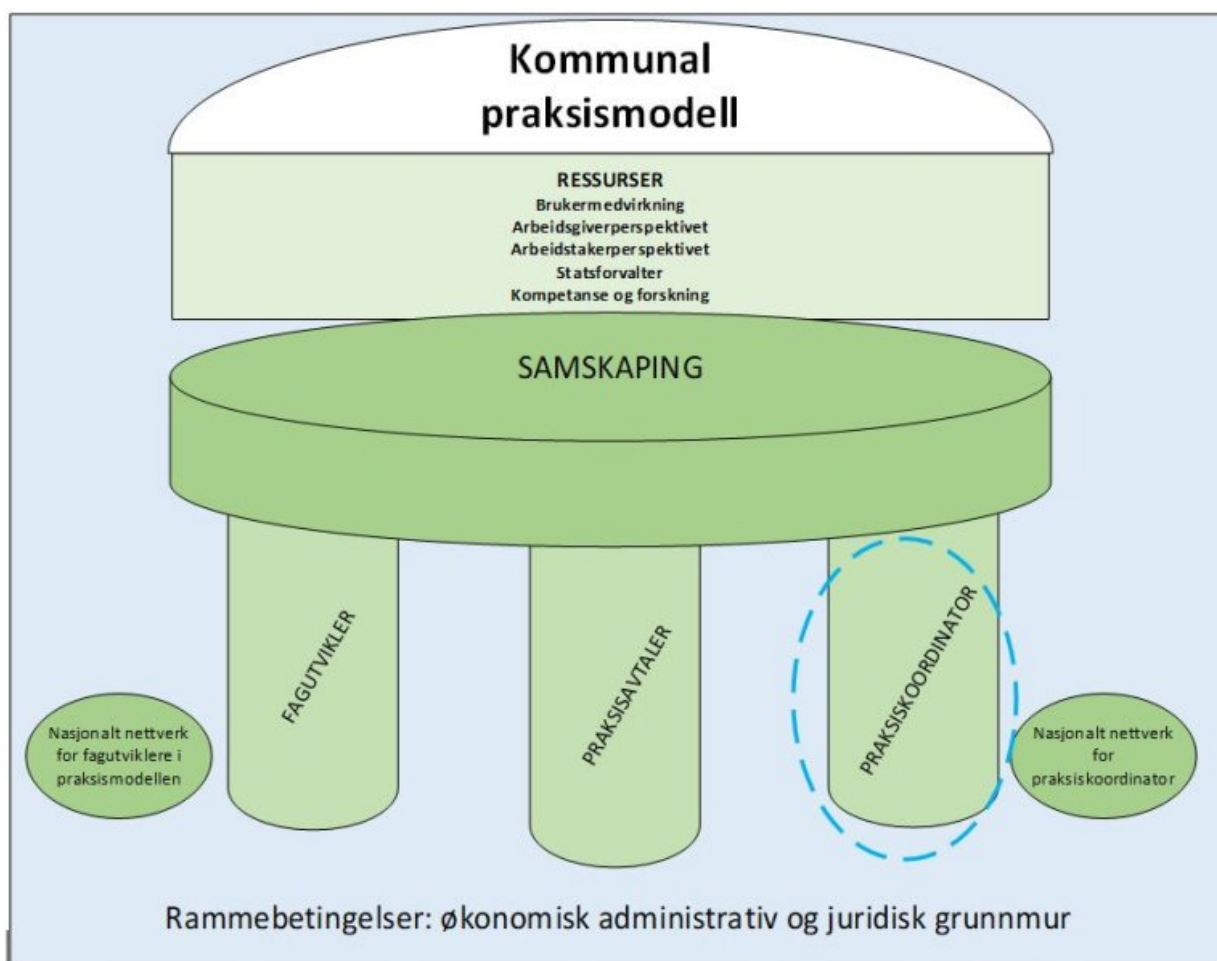
[12] Helsedirektoratet (2019). *Mandat for ALIS-kontorer*. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allr>

[13] Helsedirektoratet (2019) *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak*. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/samarbeidsavtaler-mellom-kommune>

[14] KS (2019). *Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)*. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>

[15] HelseOmsorg21-rådet (2019) *Sluttrapport: Kommunenes strategiske forskningsorgan KSF*. Tilgjengelig her: <https://www.ks.no/globalassets/KS-ksf-rapport-F43-interaktiv.pdf>

Praksiskoordinator



Figur 6: Ben i modellen: Praksiskoordinator

Funksjonen som praksiskoordinator for logistikken rundt praksisplasser er gjennomgående anbefalt fra aktørene i utredningen. Praksiskoordinator har ansvar for å fremskaffe praksisplasser. Denne rollen er anbefalt forankret slik at praksiskoordinator har tilgang til hele det kommunale praksisfeltet.

Gjennom utredningen har det kommet frem at kommuner som har en praksiskoordinator, har prioritert dette i et stramt budsjett. Funksjonen er derfor ansett som utsatt med tanke på omdisponering av ressurser i kommunen. Kommuner som har valgt å prioritere en praksiskoordinator argumenterer for at god koordinering og praksisavvikling fungerer som et virkemiddel for å oppnå strategiske mål knyttet til

personell og kompetanseutvikling. Det fungerer godt, men beskrives likevel av flere som krevende å skjermes denne rollen for andre oppgaver der kommunen bærer alle kostnader knyttet til funksjonen.

Kommuner med formalisert samarbeid med større utdanningsinstitusjoner har i noen tilfeller avtaler med utdanningsinstitusjonen om delt finansiering av praksiskoordinator (såkalt kombinert stilling, jf. [kap. 2.2](#)). Kommunen har arbeidsgiveransvaret, mens utdanningsinstitusjonen delfinansierer lønnskostnadene. En slik løsning har blant annet bidratt til forsterket samarbeid og at praksiskoordinator i større grad har kunnet rendyrke sin rolle og ansvarsområde. Rollen har også blitt mindre utsatt for omprioritering. Utdanningsinstitusjonene har imidlertid ikke mulighet til å delfinansiere alle praksiskoordinatorer i sitt nedslagsfelt og dette er en tverrsektoriell utfordring.

Der kommuner har lyktes med å rendyrke praksiskoordinatorfunksjonen meldes det om flere gevinster. Særlig påpekes:

- Forbedret samarbeid med utdanningsinstitusjonene som etterspør praksisplasser i kommunen
- Forbedret oversikt over kapasitet knyttet til praksisavvikling i kommunen som helhet
- Bedre underlag for strategisk utvikling av praksisplasser
- Vesentlig forbedret forutsigbarhet og planlegging rundt mottak, gjennomføring og avslutning av praksisperioder for den enkelte student
- Forbedret samarbeid og kommunikasjon internt i kommunen mellom de som jobber med praksisplasser
- Bedre samarbeid og kommunikasjon med virksomhetene som tilbyr praksisplasser

Viktige premisser for denne gevinstrealisering er:

- Det lokale avtaleverket som regulerer praksisplasser (jf. [kap. 2.1](#)) gir praksiskoordinator legitimitet og myndighet i rollen
- Et effektivt digitalt verktøy som gir oversikt og mulighet for utveksling av informasjon og dokumentasjon mellom de samarbeidende partene

Arbeidsområdet til en praksiskoordinator er omfattende med hensyn til antallet studenter og veiledere, bredden i studiene og tilhørende læringskrav i de ulike studiene. Dette påpekes særlig i de gjennomførte innspillsrundene. Det er derfor viktig at det i strategisk kompetanseplanlegging i kommunen følges opp med en økonomiplan. Her bør settes av tilstrekkelig ressurser i funksjonen i samsvar med behovet for kapasitet, tid og fokus til å gjøre jobben.

Praksiskoordinatoren er en brobygger mellom praksisansvarlig i utdanningen og virksomhetsleder/fagansvarlig/veileder på praksisstedet slik at alt arbeid med praktisk logistikk og planlegging rundt praksisavvikling skjer i en linje. Praksiskoordinatoren vil også være en naturlig ressurs som kobles på møtearenaer mellom kommunen og utdanningsvirksomheten. Det vil være naturlig å gi ansvar til praksiskoordinator for å administrere møtearenaer og saksforberedelser som kreves for administrativ og politisk forankring av praksisplasser i praksismodellen (jf. [kap. 2.5](#)).

Praksiskoordinatoren har oversikt over hvilke læringsarenaer kommunene kan tilby og tilgjengelig veilederkapasitet. Det er utdanningsinstitusjonene som tilbyr relevant kurs og videreutdanning i veiledning i samarbeid med fagutviklerfunksjonen (jf. [kap. 2.2](#) og [2.2.4](#)). Praksiskoordinator har en sentral rolle i å sikre et kvalifisert veilederkorps ved alle aktuelle praksisfelt i kommunen for å ivareta kapasitet i praksisfeltet i kommunen i samarbeid med virksomhetsleder og fagutvikler.

Praksiskoordinatoren er et naturlig og viktig samarbeidspunkt for fagutviklerfunksjonen i eventuelle utviklingsprosjekt. Rollen bør derimot ikke ha fagansvar eller prosjektlederansvar knyttet til dette utviklingsarbeidet. Denne avgrensningen er særlig viktig der praksiskoordinatoren har omfattende oppgaver knyttet til koordinering. Praksiskoordinatoren blir en nøkkelperson for kommunen når det gjelder

å dokumentere utvikling av kommunal praksis. Dette kan være en nyttig oversikt for kommunen også på andre samarbeidsarenaer, for eksempel med helsefelleskapene og KSF regionale samarbeidsorgan, der dette er etablert (jf. [kap. 2.2.2](#)).

2.3.1 Én vei inn, én vei ut av praksis

I utredningen er det påpekt fra aktørene at én vei inn og én vei ut av praksis er et viktig mål i organiseringen. Dette kan bety at rollen som praksiskoordinator i kommunen tilsvarer praksiskoordinatorrollen(e) i utdanningsinstitusjonen, og at disse to funksjonene utgjør bindeleddet i planlegging, bestilling og gjennomføring av praksis.

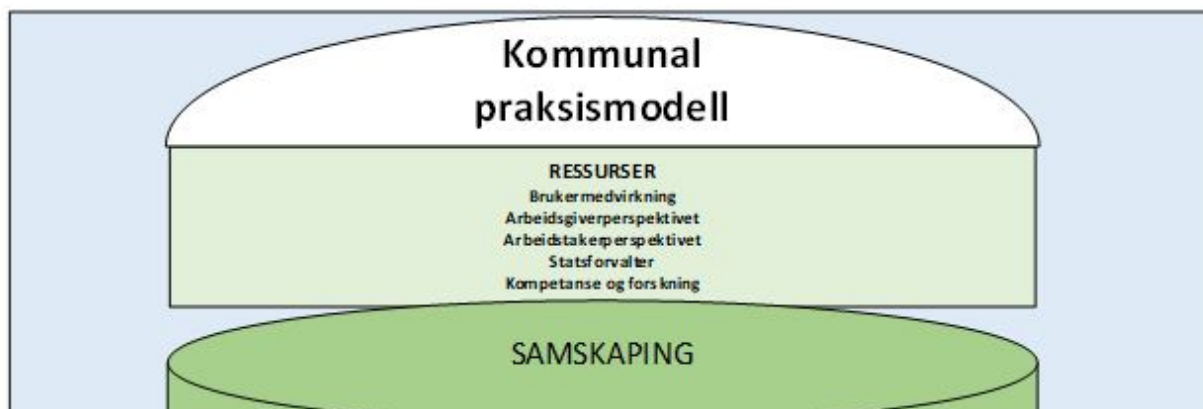
Der praksiskoordinatoren er ansvarlig for logistikk og koordinering av *alle* praksisplasser for et gitt nedslagsfelt i kommunen, for eksempel praksis for yrkesfaglige utdanninger og fagskole, samt universitet og høyskole, ses det positive effekter. Ved å samle ansvarsområdet slik oppnår man bedre oversikt og mulighet for å utvikle effektive og helhetlige system. Videre er det en nøkkel for å få til én vei inn og én vei ut av praksis.

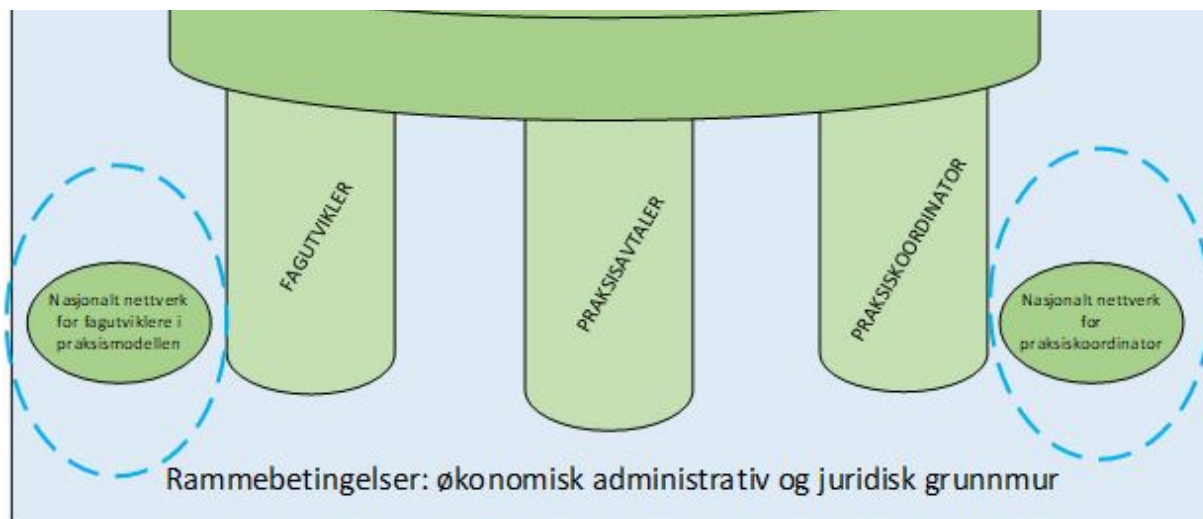
2.3.2 Organisatorisk forankring i kommunen

Praksiskoordinators ansvar knyttet til kvalitet i praksis er i hovedsak rettet mot å gi forutsigbarhet for alle parter (student, praksisansvarlig lærer og veileder), samt oppfyllelse av avtalt kapasitet på praksisplasser og veilederkapasitet. Dette krever at rollen har tilgang til et beslutningsnivå i kommunene som kan gi politisk og administrativ forankring om opprettelse og prioritering av praksisplasser. Fra beskrivelser gitt av aktørene i utredningen ser vi at praksiskoordinatorfunksjonen vil ha stor nytte av å være plassert i stab i tilknytning til ledernivå med faglig, økonomisk og personalansvar for helse- og omsorgstjenesten. Organisering og navn på aktuelle driftsenheter varierer fra kommune til kommune. Helsedirektoratet legger til grunn at det gjøres en grundig vurdering av organisatorisk plassering for en smidig planlegging og logistikk på praksisplasser som samsvarer med driften for øvrig.

Praksislogistikk og andre oppgaver knyttet til utdanningsvirksomhet kan samles på en funksjon i kommunen. Dette kan også løses ved at kommuner går sammen om en felles funksjon som praksiskoordinator i et formelt samarbeid. Dette siste vil kreve tiltak som sikrer at koordinatoren har kjennskap til hele praksisfeltet på tvers av kommunene og gode samhandlingskanaler, samt legitimitet for rollen blant ledelse i egen virksomhet og med interkommunale samarbeidsaktører.

Nasjonale nettverk





Figur 7: Nasjonale nettverk for fagutvikler og praksiskoordinator

Det forutsettes at det etableres samarbeid mellom fagutvikler og praksiskoordinatorer i samme region. Videre at det etableres nasjonale digitale nettverk hvor samhandlingen etableres av aktørene i en hensiktsmessig struktur. Hensikten med de nasjonale nettverkene er å tilrettelegge for en omforent utvikling av kompetanse og praksis nasjonalt, og støtte erfaringsutveksling.

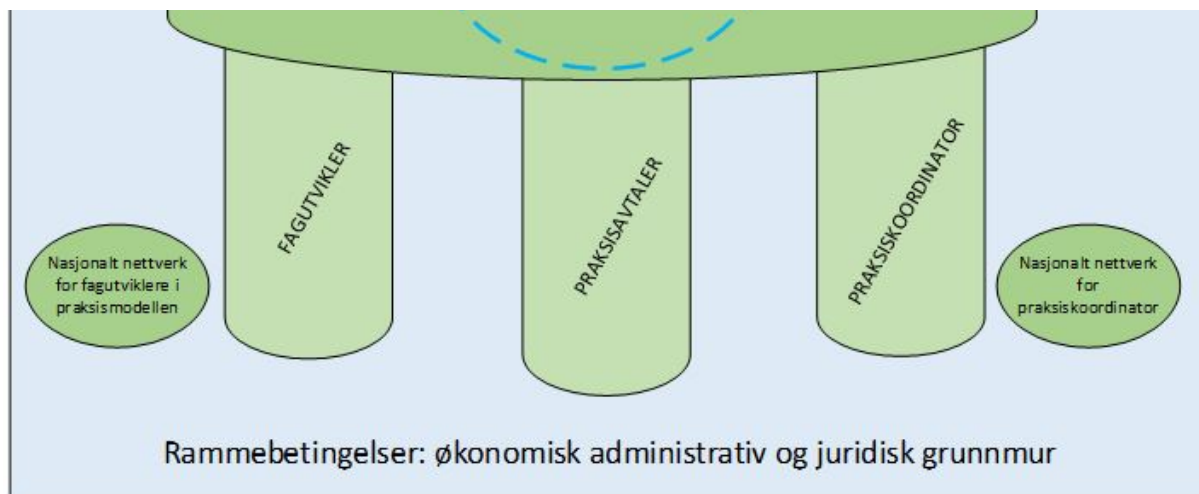
Funksjonene i den kommunale praksismodellen kan også kobles til allerede etablerte nettverksstrukturer i regi av USHT, nettverk eller samarbeidsstrukturer mot ALIS-kontor, helsefelleskap eller KSF regionalt samarbeidsorgan. Samarbeid regionalt bør samordnes med de nasjonale nettverkene som skal etableres for henholdsvis fagutvikler og praksiskoordinator. Utdanningsinstitusjonene som ansvarlig for praksisstudier vil være sentrale representanter i disse nasjonale nettverkene.

Ansvar for opprettelse av nettverksstruktur og organisering kan legges til utdanningsinstitusjonene. Ansvaret kan også legges til aktørene som organiserer funksjonene fagutvikler og/eller praksiskoordinator. Det sistnevnte kan være naturlig da disse funksjonene også vil ha ansvaret for den operative driften av de etablerte nettverkene og videreutviklingen av disse. Dette kan understøttes ved at koordinering av nasjonale nettverk fremgår i finansieringsordningen som et eget ansvarsområde. Koordineringen bør gå på omgang i de ulike regionene, jf. nasjonal koordinering av ALIS-kontor[1].

[1] Helsedirektoratet (2019). *Mandat for ALIS-kontorer*. Tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allr>

Samskaping





Figur 8: Stolsetet i modellen: Samskaping

Samskapingen og forankringen som forutsettes i «stolsetet» i modellen er det administrative nivået som gir rammer og betingelser for samskaping som må skje mellom utdanningsinstitusjonene og den enkelte kommune. Her gis rammene for fagutviklers og praksiskoordinators handlingsrom, og avtaleverk som regulerer avtaler om praksisplasser kommunalt eller interkommunalt i en region (praksisavtaler).

På dette nivået i modellen må det i tillegg til avtaleregulering være et kontinuerlig strategisk fokus på utvikling og innovasjon i planlegging, gjennomføring og evaluering av praksis i kommunene. Hensikten med «stolsetet» er strategisk samskaping hvor hovedformålet er riktig antall praksisplasser med faglig kvalitet (jf. [kap. 2.3](#)). Basert på forskning og utvikling bør det tilrettelegges for nye veiledningsmodeller, tverrprofesjonell samarbeidslæring mv. Dette bør forankres administrativt før implementering i fagenhetene (jf. [kap. 2.2](#)).

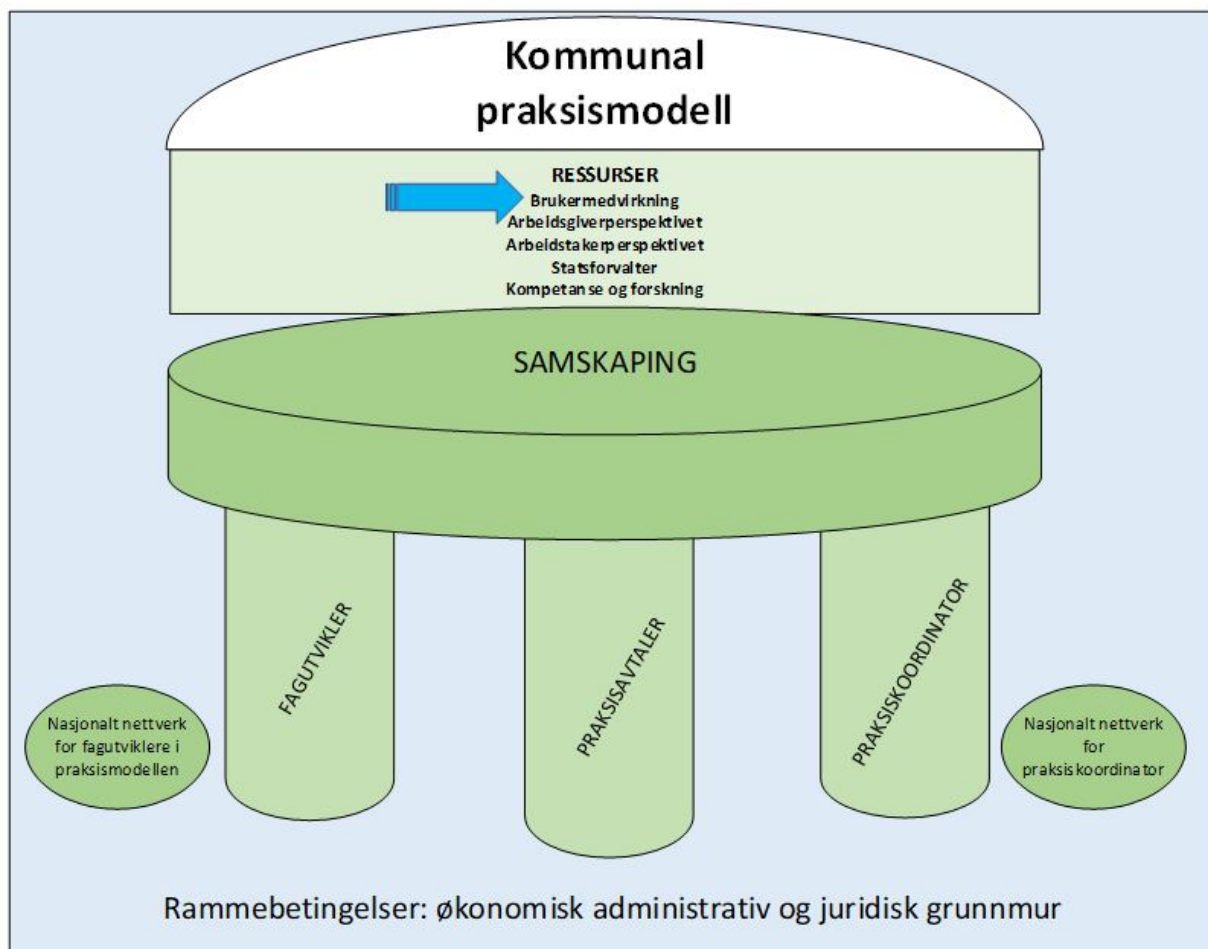
Gjennom utredning av oppdraget har flere innspillsaktører vektlagt viktigheten av en ledelsesforankret prosess med eierskap fra politisk ledelse til tjenestenivå i forhold til avtaler om kommunale praksisplasser. Videre er det sentralt å presisere ansvarsfordeling, omfang og kapasitet på praksisplassene gjennom forankring på følgende nivåer:

1. Politisk forankring basert på avtale gjort mellom kommunedirektør i kommunen og øverste faglig administrative ledelse på utdanningsinstitusjon
2. Faglig forankring mellom kommunal direktør for området helse og omsorg og dekan på aktuelle fakultet/studie
3. Virksomhetsnivå mellom praksiskoordinator i kommunen og praksiskoordinator ved utdanningsinstitusjon
4. Praksiskoordinatornettverk, fagnettverk og representanter for utdanningssektoren

Det er denne forankringen som gir utdanningsinstitusjonen på studieprogramnivå anledning til å bestille praksisplasser ved kommunens virksomheter.

En kommunes forutsetninger for å ta imot studenter varierer og påvirkes av en rekke faktorer. Bakgrunnen for disse variasjonene skyldes mange ting, blant annet demografisk og geografisk profil, sentralitet og tilknytning til utdanningssted(er). En viktig faktor er positiv erfaring fra å ha studenter i kommunen. Det er et gjennomgående innspill at de som tar imot mange studenter, blir gode på dette. Det er imidlertid stor variasjon i erfaringsgrunnlaget kommuner imellom.

Brukermedvirkning i kommunal praksismodell



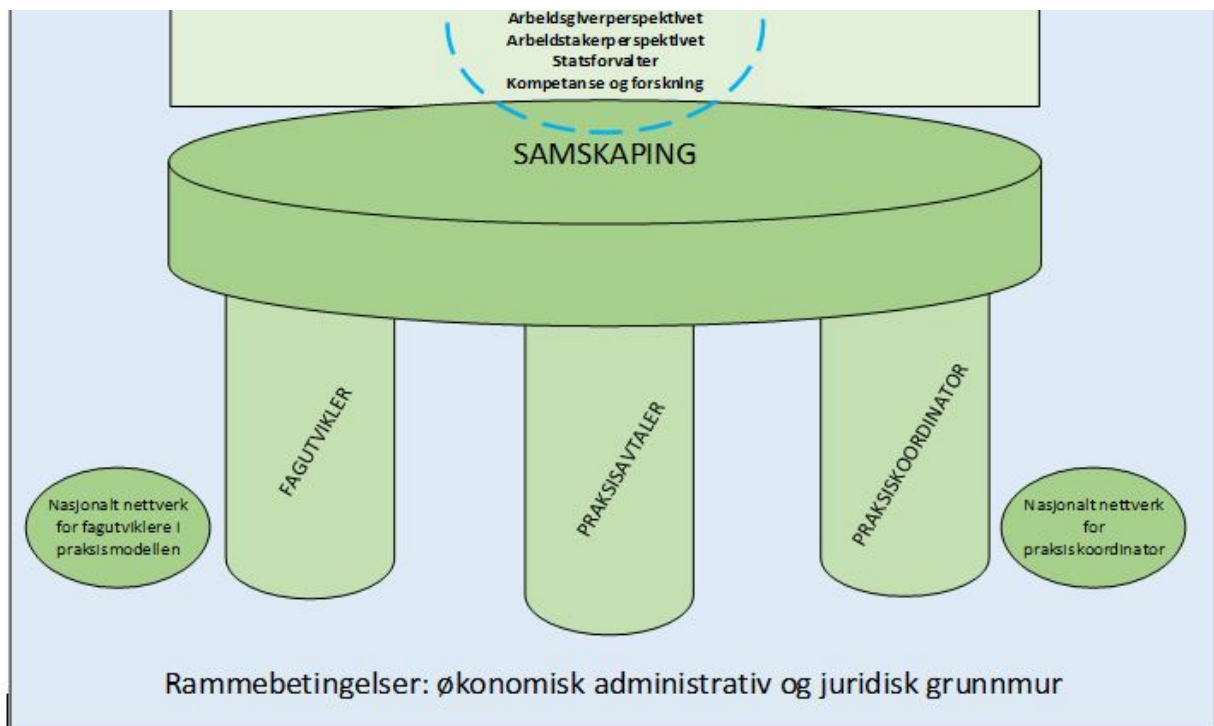
Figur 9: Ryggen i modellen: Ressurser - Brukermedvirkning

I den kommunale praksismodellen er primær brukerrolle studenten. Derfor er *brukermedvirkning* i dette oppdraget forankret hos studentene som skal ut i praksis og deres fagorganisasjoner. Tiltaket vil også medføre store konsekvenser for kommunen som organisasjon da de vil få hovedansvar for praktisk gjennomføring av praksis i helse- og omsorgstjenesten. Likevel vil det være viktig å presisere at bruker- og pårørendemedvirkning må sikres når modellen skal iverksettes lokalt, ved at lokale og/eller regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner blir invitert med som samarbeidspartnere.

Dette for eksempel i planlegging og politisk forankring av den kommunale praksismodellen, samt gjennom representasjon i utviklingsarbeid i Utviklingssenter for sykehjem- og hjemmetjenester (USHT). Bruker- og pårørendeorganisasjoner er en viktig kilde til erfaringsbasert kunnskap. De bør derfor trekkes inn i planlegging og gjennomføring av veiledningspraksis til studenter.

Samarbeidspartnere for å utvikle gode praksisplasser





Figur 10: Ryggen i modellen: Ressurser

Dette kapittelet beskriver mer prinsipielt om samarbeid visualisert som ryggstøtten i modellen. Regionale og nasjonale ressurser som kan bidra med råd og innspill på etablering av praksisplasser, forskning og utvikling av praksis mellom ulike tjenestenivåer. Ressursene i «ryggen» på krakken må integreres i den kommunale praksismodellen på en systematisk måte. Det må sikres involvering av ressursen fra etablering av praksismodellen. Dette gjelder spesielt bruker- og pårørendemedvirkning fra lokale og/eller regionale bruker- og pårørendeorganisasjoner (jf. [kap. 2.6](#)).

Det er avgjørende at utdanningsinstitusjon, virksomhetene som tilbyr praksisplass og studentene samarbeider tett både før, under og etter gjennomføring av praksis. Behovet for lærings situasjoner og nye læringsutbytter vil utvikle seg etter som innholdet i tjenestetilbudet og organisering av helse- og omsorgstjenester endrer seg. Ut fra lokale hensyn, utdanningsprogram og øvrige forhold, kan flere og andre aktører være sentrale å involvere for å utvikle gode praksisplasser i en aktuell kommune.

Slike samhandlingsarenaer anbefales at bygges på allerede etablerte strukturer. Ofte er slike nettverk bygd opp rundt nedslagsfeltet til en utdanningsinstitusjon eller til et regionalt helseforetak. Det varierer hvor godt utbygd slike arenaer er og hvorvidt alle kommuner innen en region er representert. Gjennom innspillsrunden er disse samarbeidspartnere pekt på som sentrale i etablering og gjennomføring av praksismodell (jf. [kap. 2.7](#)):

- Pasient, bruker- og pårørendeorganisasjoner
- Utdanningsinstitusjon(er)
- Student- og fagorganisasjoner
- KS, KSF regionale samarbeidsorgan og/eller kommuner innen det definerte nedslagsfeltet
- Statsforvalter
- Helsefelleskap ved representant utpekt av sekretariatet
- Helseforetak tilknyttet aktuell region
- ALIS-kontor i aktuell region
- Representanter fra aktuelle kompetansesentre

Modell for systematisk utvikling av kommunalt medvirkningsansvar

Implementering av kommunal praksismodell gir kommunene en mulighet for å jobbe systematisk og tverrfaglig for å skape flere kommunale praksisplasser. Kommunen må forankre og prioritere økonomiske, faglige og administrative ressurser til planlegging, politisk forankring og praktisk gjennomføring av kommunal praksismodell.

Modellen er en verktøykasse som bør tilpasses regionale og lokale forhold (jf. [kap. 2](#)). Dette betyr at for eksempel fagutviklerfunksjonen kan knyttes til en HR-avdeling, Helsefellesskap eller USHT, jf. kap. [2.2.1](#) og [2.2.2](#). Funksjonen kan også fragmenteres på ulike aktuelle kommunale organisasjonsstrukturer. Helsedirektoratet anbefaler imidlertid ikke en slik oppdeling av funksjonene fagutvikler og praksiskoordinator i denne modellen, jf. kap. [2.3.1](#) *Én vei inn og én vei ut av praksis*.

Samhandlingsverktøy

Gjennom innspillsrundene ble det understreket viktigheten av et digitalt samhandlingsverktøy for å understøtte samarbeidet.

Flere innspill pekte på at Arbeidslivsportalen^[1] kan være et aktuelt verktøy for logistikk, dokumentasjon og samhandling mellom partene. Dette verktøyet er en webapplikasjon utviklet for å redusere manuelt arbeid ved studiestedene og som blant annet optimaliserer informasjonsflyten mellom de tre aktørene praksissteder, studiesteder og studenter. Arbeidslivsportalen er koblet opp mot utdanningsstedets interne system for studenthåndtering.

Aktører fra spesialisthelsetjenesten vektla Kompetanseportalen som et egnet verktøy for deres samhandling med studentene^[2]. Særlig Helse Vest fremhevet at de ønsker å utvikle Kompetanseportalen som det foretrukne verktøyet til å dokumentere all studentaktivitet tilknyttet deres helseforetak.

Helsedirektoratet anbefaler at det vurderes å tilrettelegge for et felles, nasjonalt samhandlingsverktøy som kan understøtte behovene i praksismodellen. Verktøyet bør forankres i utdanningssektoren som ansvarlig for gjennomføring av praksis i sitt utdanningstilbud. Samarbeid og medvirkning med aktører i den kommunale praksismodellen forutsettes under utvikling og implementering av verktøyet.

^[1] Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning (2022). *Arbeidslivsportalen*. Tilgjengelig her: <https://www.unit.no/tjenester/arbeidslivsportalen>

^[2] Helse Bergen (2021). *Hva er Kompetanseportalen?* Tilgjengelig her: <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/dok45954.pdf>

Rammebetingelser

Administrative betingelser

En forutsetning for at kommunene skal kunne søke tilskudd til opprettelse av anbefalte funksjoner i kommunal praksismodell er at det må avsettes egne midler til etablering. Kommunens medvirkningsansvar for praksisplasser forutsetter organisatoriske, faglige og økonomiske prioriteringer, forankret både administrativt og politisk. Helsedirektoratet anbefaler at et kriterium for tildeling av statlig tilskudd basert på søknader fra kommunene, er lokal involvering og samarbeid med relevante bruker- og pårørendeorganisasjoner (jf. [kap. 2.6](#)). Det vurderes aktuelt at tilskudd til etablering av praksiskoordinatorfunksjonen via kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd kan bidra til en raskere og mer målrettet etablering av funksjonen.

I IS-2956 *Praksis i kommunene* ble det estimert hva kommunal praksis kan koste basert på variabler som for eksempel antall studenter, lengde på praksisperioder, antall utdanninger inkludert i modellen og behov for personellressurser. Denne utredningen har ikke gjort en ny kostnadsestimering da vi anser at de usikkerhetene som var knyttet til de tidligere anslagene fremdeles er gjeldende, og at en ny utregning ikke nødvendigvis vil føre til et mer eksakt beløp. En annen løsning kan være at tilskudd følger studenten, i stedet for å ligge i generelle overføringer i rammen til spesialisthelsetjenesten og kommunene jf. [kap. 2.2.2](#).

Videre i rapport IS-2956 ble det, i tillegg til praksiskoordinator, fagutvikler og kombinerte stillinger, beskrevet en del øvrige kostnadselementer som ble anbefalt finansiert. Disse elementene fremkommer ikke eksplisitt i kommunal praksismodell. De ansees fremdeles som essensielle for å oppnå målet om mer kvalitativ god praksis i kommunene. Kostnadselementene er beskrevet i IS-2956 og Helsedirektoratet anser at anbefalingene fremdeles er gjeldende.

Tilbud om kompetansehevende tiltak for ansatte i kommuner (veilederutdanning) vil være et viktig tiltak for å utvikle gode praksisplasser. Dette inkluderer plan, system og finansiering for opplæring. Kommunene kan søke om tilskudd via det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet. I IS-2956 ble det pekt på behov for utvidelse av det kommunale kompetanse- og innovasjonstilskuddet, og dette behovet er fortsatt gjeldende^[1].

Veilederkompensasjon, jf. [kap. 3.4](#), er i dag opp til utdanningsinstitusjonene å legge til rette for. Helsedirektoratet anbefaler at kompensering gjøres på systemnivå, da fremtidens praksisplasser og veiledning bør baseres mer på en helhetlig innsats fra ulike personellgrupper. Dette kan for eksempel gjelde økt bruk av teambasert praksislæring, hvor økonomisk kompensering forankres i aktuell avdeling og dermed kommer alle ansatte som bidrar til gode. Videre anbefaler Helsedirektoratet kommunene selv prioriterer lønnstillegg som et incentiv for ansatte til å fullføre formell veilederkompetanse.

For å oppnå målet om mer praksis ute i distriktene må man gjøre det mer attraktivt for studenter å ha praksis utenfor sin studie- og/eller hjemkommune. Refusjon av økte utgifter til bolig og reise har blitt pekt på som et essensielt virkemiddel for å gjøre det mer gjennomførbart å ha praksis i distriktene (jf. [kap. 3.4](#)). Dette ligger innenfor ansvarsområdet til utdanningssektoren og bør følges opp derfra^[2].

^[1] Helsedirektoratet (2022) *Krav og virkemidler for kommunal planlegging – Kompetanse og personell i små kommuner*. Oppsummerende notat u.off. levert 18.mai 2022 til Helse- og omsorgsdepartementet

[2] Regjeringa.no (2022) *No skal det bli lettare å ha studentpraksis i heile landet*. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/no-skal-det-bli-lettare-a-ha-studentpraksis-i-heile-landet/id2912801/>

Forutsetning for implementering

Implementering av kommunal praksismodell vil avhenge av flere faktorer. Etablering av flere kommunale praksisplasser er ressurskrevende, og det er derfor viktig at det gjøres i en strukturert modell som forventes å bidra til ønsket effekt. Det vil være behov for å følge med på utviklingen av den kvalitative delen av praksisstudier i kommunene. Her vil utdanningsinstitusjonene bidra i form av sitt kvalitetssystem. Kvalitet- og utviklingsarbeid gjøres allerede i stort omfang i etablerte systemer ledet av universitet- og høyskoler. Den kommunale praksismodellen er ment å understøtte dette arbeidet, ikke erstatte det.

Helsedirektoratet vurderer at det i tillegg kan være behov for utvikling av evalueringsverktøy. Dette kan for eksempel være basert på det eventuelle felles samhandlings- og dokumentasjonsverktøyet som velges i den kommunale praksismodellen. Det kan også vurderes behov for å utvikle en nasjonal kvalitetsindikator knyttet til antall og kvalitet på praksisstudier i kommunene. Kvalitetsindikatoren kan ha som formål å få frem både den kvantitative og den kvalitative dimensjonen ved innføring av kommunal praksismodell. Utdanningssektor og kommunal helse- og omsorgstjeneste bør i fellesskap avtale hvordan utvikling av og kvalitet på praksisplasser skal måles og evalueres.

En del kommuner har blitt kompensert av utdanningsinstitusjonene for de studentene de har hatt i praksis i form av samarbeidsmidler som utdanningsinstitusjonene disponerer. Helsedirektoratet forutsetter at utdanningssektoren fortsetter ordningen med samarbeidsmidler. I tillegg forutsettes det at utdanningsinstitusjoner tilrettelegger for veilederutdanning og arbeider systematisk for å heve veilederkompetansen ved alle sine praksisplasser.

Juridiske rammer for kommunal praksis

Etter dagens regelverk, plikter kommunene å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 (hol.) og tannhelseloven § 6-1. Virksomheter innen spesialisthelsetjenesten og apotekvesenet har en lovhjemlet plikt til å ta imot og veilede studenter jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-5 og apotekloven § 4-6. Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 første ledd pålegger enhver kommune plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Når det gjelder hvilke konkrete plikter som evt. følger av en plikt til å *medvirke* til undervisning og praktisk opplæring versus en plikt til å faktisk ta imot og veilede studenter, er i utgangspunktet ikke helt klart. Det er heller ikke gitt forskrift om kommunens medvirkning innen helse- og sosialfaglige grunnutdanninger.

Spesialistforskriften for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger er imidlertid et eksempel på hvordan krav til kommunen for gjennomføring av spesialisering er formelt beskrevet. Her beskrives det at kommunen er definert som utdanningsvirksomhet med ansvar for gjennomføring av deler av utdanning innen spesialisering. Kommunen har krav til å bidra til blant annet helhetlige utdanningsløp på tvers av ulike læringsarenaer i kommunen, og samarbeid om harmonisert utdanning på tvers av kommunegrenser jf. spesialistforskriften § 5.

I IS-2956 *Praksis i kommunene* ble Helsedirektoratet bedt om å utrede de økonomiske- og administrative konsekvensene av en eventuell utvidelse av dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning til en lovpålagt plikt til å sørge for praksisutdanning. Til nå er ikke en slik endring foreslått av regjeringen.

Helsedirektoratet forutsetter i dette oppdraget en videreføring av gjeldende rett, dvs. et kommunalt medvirkningsansvar som beskrevet ovenfor, samt plikt til å påse at praksis som tilbys gjennomføres i tråd med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Fortrinnsvis bør kommunal praksismodell baseres på frivillig samskaping mellom kommune og utdanningssektor. Dersom en kommunal praksismodell forankret i medvirkningsansvaret ikke er tilstrekkelig grunnlag for å implementere praksisplasser i alle kommuner, anbefaler Helsedirektoratet at en plikthjemmel bør utredes.

"Departementet vil påpeke at selv om det ikke foreslås en lovpålagt plikt til samarbeid om utdanning, vil det være hensiktsmessig at kommuner og utdanningsinstitusjoner på eget initiativ inngår samarbeid.

Videre påpeker et flertall av høringsinstansene at utdanningsinstitusjonene er for mye rettet mot utdanning i spesialisthelsetjenesten og at det må legges langt mer vekt på å utdanne og videreutdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver og utfordringer. Departementet er enig i at for å nå samhandlingsreformens målsettinger, må det legges vekt på å utdanne personell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgavene. Utdanningsområdet må utvikles slik at det samsvarer med samhandlingsreformens intensjoner og mål, og det vil være behov for å vurdere både innhold i og innretting på utdanninger."

Prop. 91 L Proposisjon til Stortinget. Forslag til lovvedtak. 2010:281[\[1\]](#)

I det videre gis en kort redegjørelse for hvilke juridiske rammer som gjelder for utdanningssektoren og som berører praksisplasser i en kommunal praksismodell.

Lov om universiteter og høyskoler[\[2\]](#) (uhl.) regulerer plikter og ansvar som påhviler universitet og høyskoler. Her framgår blant annet at utdanningsinstitusjonen skal ha et internt kvalitetssystem som sikrer kvaliteten i utdanningen hvor studentevaluering skal inngå som del av kvalitetssystemet. Det er også her regulert at studenter kan opprette studentorgan som skal jobbe for å ivareta studentenes interesser og fremme studentenes synspunkter overfor institusjonens styre. Videre skal studentene ha en utdanningsplan som blant annet har bestemmelser om institusjonens ansvar og forpliktelser overfor studenten, studentens forpliktelser overfor institusjonen og medstudenter og beskrivelse av praksis som læringsform.

Uhl. med tilhørende forskrifter regulerer også krav til gjennomføring av praksis. Dette inkluderer å sikre at det er kompetente veiledere ved det praksisstedet hvor studieprogrammet har obligatorisk praksis. Etter studietilsynsforskriften[\[3\]](#) § 2-2 (2017), er utdanningsinstitusjonene forpliktet til å inngå en avtale med praksisstedet som regulerer samarbeidet. Selv om ansvaret for praksisavtalene hviler på utdanningsinstitusjonene, har de ingen hjemmel eller andre virkemidler for tiltak overfor praksisstedene dersom disse ikke etterlever de inngåtte avtalene. Det er imidlertid en viktig erfaring at mange kommuner gjør en stor innsats for å tilby relevante og gode praksisplasser for studenter.

Uhl. gir også utdanningsinstitusjonen ansvar for at læringsmiljøet for studenten er fullt forsvarlig ut fra en samlet vurdering av hensynet til studentenes helse, sikkerhet og velferd. Dette gjelder også når studenten har sine læringsaktiviteter utenfor institusjonens arenaer slik som ved praksis. Kommunen har kun plikt til å medvirke til praktisk opplæring av helsepersonell. Likevel er det tydelig at aktører som tilbyr praksisplass har en avgjørende rolle for å sikre at studentene oppnår tiltenkte læringsutbytter. Det er også avgjørende at studentene erfarer kommunal praksis som relevant og lærerik for at dette skal ha en rekrutterende effekt til kommunene. Helsedirektoratet mener at en forutsetning for effektiv bruk av kommunen som

praksisarena og kvalitetsutvikling i praksis, er at kommunen tar et faglig og administrativt ansvar knyttet til praksis i tett samarbeid med aktuelle utdanningsinstitusjon.

I tillegg er forskrifter om nasjonale retningslinjer for de ulike helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)^[4] fastsatt. De ulike nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene definerer, sammen med studietilsynsforskriften, de nasjonale rammene for helse- og sosialfagutdanningene. I de utdannings spesifikke forskriftene beskrives blant annet krav til omfang, tematisk innhold og læringsutbytteoppgjør. Krav til praksis og minimum varighet på perioder og/eller totale omfang varierer mellom utdanningene, men flere utdanninger angir praksisarenaer tilknyttet den kommunale helse- og omsorgstjenesten som viktig for å oppnå riktig kompetanse.

[1] Regjeringen.no (2010) Prop.L 91 (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aaaa5e4b6b34d9581e4c0e34d8eabeeb/no/pdfs/prp20102011009>

[2] Lov om universitet og høyskoler (universitets- og høyskoleloven). Tilgjengelig her: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>

[3] Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften). Tilgjengelig her: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-07-137>

[4] Regjeringen.no (2021) *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-he>

Rammebetingelser for praksisveileder

I utredningen har innspillsaktørene unisont meldt inn et viktig behov for å styrke og understøtte rollen som praksisveileder. En faktor det pekes på for å få til dette er tid og kompetanseheving i samsvar med veilederrollen. Veilederkompetanse må gjøres attraktivt av arbeidsgiver. Økonomisk kompensasjon for ekstra arbeidsbelastning og tilleggsoppgaver i forbindelse med veiledning av studenter i praksis påpekes av innspillsaktørene som et viktig element i underbyggingen av rollen som veileder. Incentiv for formell veilederkompetanse bør gjenspeiles i et fast lønnstilskudd relatert til fullførte studiepoeng. Dette ble av flere innspillsaktører fremhevet som et nyttig og effektivt virkemiddel for at flere ansatte ønsket å prioritere å ta videre studier i veilederkompetanse.

Det må tilrettelegges for at praksisveileder kan ha nok tid til å utføre eget arbeid, forberedelser til praksisveiledningen, samt gjennomføring, oppfølging og evaluering av studenten. Samarbeidet med praksislærer fra utdanningsinstitusjonen må prioriteres og er fundamentet for utvikling av gode praksisplasser med god kvalitet.

Veilederkompetanse bør inngå i strategisk kompetanseplanlegging i den enkelte kommune (jf. [kap. 2.2.4](#)). Det er urealistisk at alle veiledere skal ha utdanning på mastergradsnivå, men alle som skal veilede studenter bør ha en basiskompetanse på veiledning og tilgang på kolleger med større fagkunnskap på området, jf. prosjekt *Jobbvinner*^[1]. Skolering bør inngå som et fast avtalepunkt i avtalegrunnlaget om praksisplasser mellom utdanningsinstitusjon og praksisvirksomhet.

Tilgjengelighet av studietilbud for veilederkompetanse bør være et satsningsområde. Fleksible og desentraliserte studieplasser som muliggjør studier uten lang reisevei, er viktig. Tilrettelagte tilskuddsordninger for å dekke studiekostnader for veilederkompetanse ble også pekt på som sentralt.

Utdanningssektor og ansvar for studenter i praksis

Studenter i praksis må ofte midlertidig relokaliseres for å gjennomføre praksis. Det ble pekt på flere momenter fra student- og fagorganisasjonene hvor det må tilrettelegges på en bedre måte for å kunne ta i bruk bredden av praksisplasser nasjonalt. Dette er det gitt signaler om i revidert nasjonalbudsjett for 2022 at vil bli fulgt opp med konkrete tiltak[1].

Behov som ble fremhevet var blant annet:

- Behov for anskaffelse sekundærbolig
- Behov for transport og/eller billettordninger som tilrettelegger for reise til og fra praksissted
- Behov for sosiale tiltak og/eller kompensering for miljøet student har på campus når man relokaliseres over tid
- Behov for oppfølging av helserelaterte utfordringer i praksis, som for eksempel graviditet og generelt behov for helsehjelp

Studentrepresentantene gav også eksempler under innspillsrundene på at studenter ikke har kunnet gjennomføre tildelt praksis fordi dette ville betydd oppsigelse i deltidsstilling på primært bosted. Rammebetingelser som gjelder finansiering av enkeltstudenters særskilte behov, bør håndteres av utdanningssektor.

[1] Regjeringa.no (2022) *No skal det bli lettare å ha studentpraksis i heile landet*. Tilgjengelig her: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/no-skal-det-bli-lettare-a-ha-studentpraksis-i-heile-landet/id2912801/>

Konklusjon på oppdraget

Helsedirektoratet opprettholder anbefalingen fra rapport IS-2956 *Praksis i kommunene*^[1] om at dedikerte funksjoner bør ha ansvar for koordinering av praksis og fagutvikling knyttet til praksis.

Helsedirektoratet vektlegger en modell som sikrer basale betingelser ved etablering av praksisplasser, som kan tilpasses lokale forhold i tråd med krav til gjenbruk og bærekraft i distrikt. Lokal forankring og kommune-nær etablering er en forutsetning. Helsedirektoratet har lagt til grunn videreføring av gjeldende rett, det vil si kommunenes medvirkningsansvar og plikt til å påse at praksis gjennomføres i tråd med forsvarlighetskravet (jf. [kap. 3.3](#)).

Dagens lovverk gir kommunene en mulighet til å satse på praksisplasser for studenter gjennom sin medvirkningsplikt i hol. kap. 8 (jf. [kap. 3.3](#)).

Det er fortsatt behov for faglige og administrative virkemidler for å nå målet om flere og kvalitativt bedre praksisplasser i kommunene. Finansiering av de ulike kostnadselementene beskrevet i IS-2956 *Praksis i kommunene* er derfor fremdeles gjeldende.

Den anbefalte praksismodellen sikrer at funksjonene fagutvikler og praksiskoordinator er på plass og fungerer på basis av inngåtte avtaler med utdanningssteder. Modellen har et overordnet nivå for administrativ forankring og samskapning. Kommune og utdanningsinstitusjon bør sammen planlegge hvilke strukturer, avtaler og organisatoriske prinsipper som må ligge til grunn. Helsedirektoratet mener dette er et viktig tiltak for rekruttering.

Helsedirektoratet anbefaler etter en totalvurdering en organisatorisk forankring av fagutviklerfunksjonen i Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). På regionalt nivå er ALIS, Helsefellesskap og KSF vurdert, jf. [kap. 2.2.2](#).

Helsedirektoratet mener kombinasjonsstillinger bør ses på som et supplement til en dedikert fagutviklerfunksjon. Veilederkompetanse bør inngå som et viktig satsningsområde i kommunens strategiske kompetanseplanlegging. Tilgjengelighet av studietilbud for veilederkompetanse bør være et satsningsområde og gjøres tilgjengelig i alle regioner som et fleksibelt utdanningstilbud.

Kommunen bør prioritere å etablere praksiskoordinatorfunksjon sentralt plassert på administrativt ledelsesnivå i helse- og omsorgssektoren i kommunen. Det anbefales at kommunen i samsvar med sin medvirkningsplikt, jf. [kap. 2.3](#) prioriterer ressurser til denne funksjonen, sammen med eventuelt søknad om tilskuddsmidler fra eksisterende ordninger i Kompetanseløft 2025.

Helsedirektoratet anbefaler at det vurderes å tilrettelegge for et felles, nasjonalt samhandlingsverktøy som kan understøtte behovene i praksismodellen. Verktøyet bør forankres i utdanningssektoren. Evaluering av praksismodellen kan være basert på dette samhandlingsverktøyet. Evaluering kan også baseres på utvikling av en nasjonal kvalitetsindikator knyttet til antall og kvalitet på praksisstudier i kommunene.

^[1] Helsedirektoratet (2020) *Praksis i kommunene – en økonomisk og administrativ utredning*. Rapport IS-2956; tilgjengelig her: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene>

PDF-versjon av rapporten

[Utrede etablering av praksiskontor \(PDF\)](#)

