

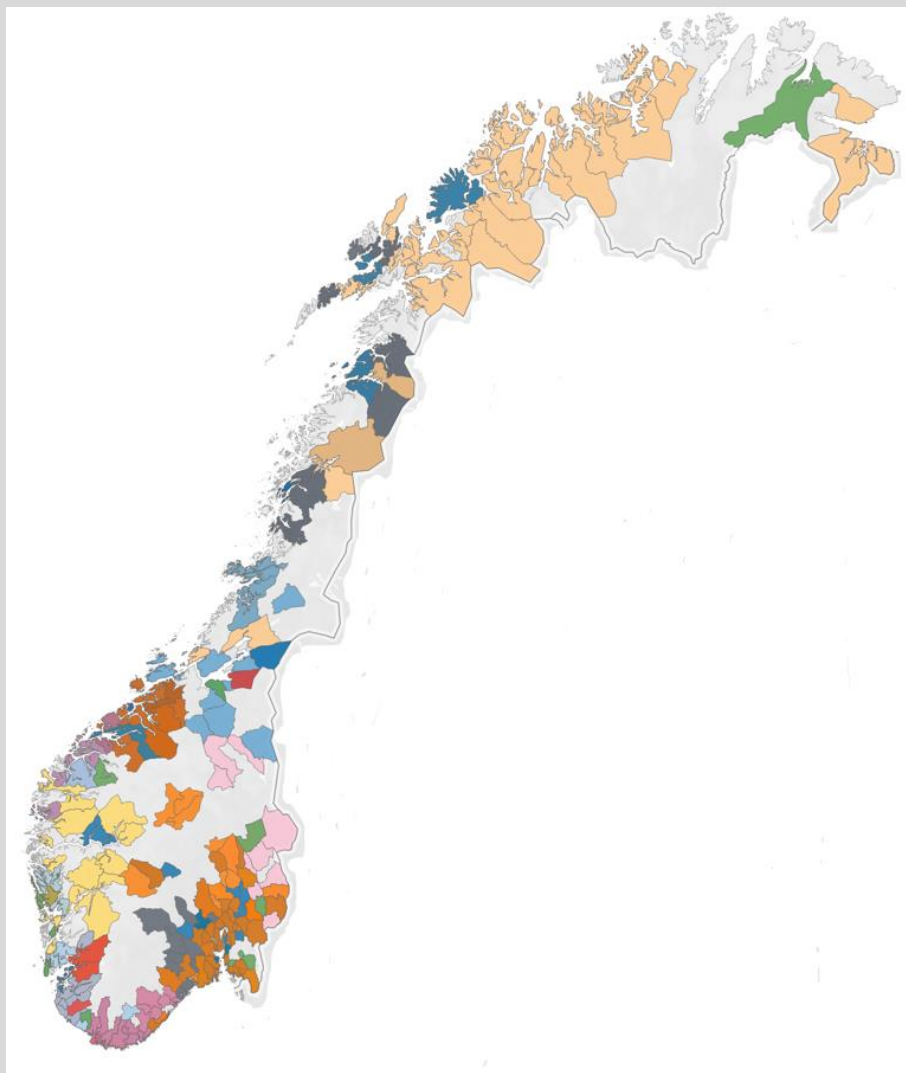
# Praksis i kommunene

## En økonomisk og administrativ utredning

---

Rapport

IS-2956



# Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
<b>1. Bakgrunn og mandat</b>	<b>6</b>
1.1 Endringer i kommunens oppgaver og behov	6
1.2 Gjeldende lovverk og anvendelse	6
1.3 RETHOS og ny norm for praksisutdanning	7
1.4 Oppdraget – tildelingsbrev 2019	8
1.5 Forutsetninger for analysen, avgrensninger og metode	9
<b>2. Hva skaper gode praksisplasser</b>	<b>12</b>
2.1 Tilbakemeldinger fra fokusgruppene	12
2.2 Om lovforankring av praksis i kommunene	13
2.3 Organisering, kommunikasjon og forutsigbarhet	13
2.4 Tid	14
2.5 Kompetanse og veiledning	14
2.6 Forskning og fagutvikling	15
2.7 Kompensasjon for økte kostnader ved lang avstand mellom studiested og praksissted	16
<b>3. Positive effekter av praksis i kommunene</b>	<b>17</b>
3.1 Praksis er en sentral arena for nyrekruttering	17
3.2 Praksis i kommunen stimulerer til kompetanseheving, forskning og fagutvikling	17
3.3 Utvikling av nye kommunale læringsarenaer	18
<b>4. Kostnadselementer som bør kompenseres</b>	<b>20</b>
4.1 Administrasjon av praksisordningen	20
4.2 Kombinerte stillinger (klinikk, forskning og fagutvikling)	22
4.3 Kompetansehevende tiltak for ansatte i kommunen	22
4.4 Godtgjørelse til studenter som grunnet praksisstudier får økte utgifter til bolig	23
4.5 Veiledning av studenter inkl. tid til veiledning og forberedelser	24
<b>5. Modeller for finansiering og vurdering av disse</b>	<b>25</b>
5.1 Forutsetninger for beregningene	25
5.2 Rammefinansiering	27

5.3	Stykkprisfinansiering	29
5.4	Hybridmodellen	31
5.5	Hel eller delvis finansiering av praksis i kommunen	34
5.6	Hva kan sies om eventuelle virkninger av tiltakene	35
5.7	Allerede etablerte og tilgjengelig finansieringskilder	35
<b>6.</b>	<b>Litteratur</b>	<b>0</b>
<b>7.</b>	<b>Vedlegg 1</b>	

# Forord

Rapporten er svar på oppdrag gitt i tillegg til tildelingsbrev nr. 68 om praksis i kommunene.

Helsedirektoratet ble bedt om utrede de økonomiske- og administrative konsekvensene av en eventuell utvidelse av dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning til et kommunalt sørge-for ansvar for praksisutdanning.

I vurderingen av de økonomiske og administrative konsekvensene har det vært nødvendig å involvere tjenestene og utdanningssektoren.

Helsedirektoratet takker representanter for utdanningssektoren, kommunene, KS og Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høgre utdanning for verdifulle bidrag og god dialog.

Vi takker også Norsk senter for forskningsdata og Database for statistikk om høgre utdanning for hjelp med utdanningsstatistikken.

# Sammendrag

Utviklingen de seneste årene viser kortere liggetider i sykehusene og en større andel pasienter som behandles i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Derfor må det sikres at det utdannes helsepersonell, med kompetanse som dekker brukernes og tjenestenes behov. Å øke mengden og heve kvaliteten på praksis i kommunene vil være et viktig del av å ruste kommunene for fremtidens demografiske utfordringer.

Med dagens regelverk har sykehusene en plikt til å ta imot studenter, mens kommunene har en plikt til å medvirke til praktisk opplæring av helsepersonell. Mandatet for oppdraget er å gjøre en økonomisk og administrativ vurdering av en mulig lovfesting av et sørge for-ansvar for kommunene til å ta imot helse- og sosialfagsstudenter i praksis.

Praksisperioden regnes som en vesentlig del av helse- og sosialfagsstudentens utdanning. Studenten skal lære å omsette teori til praksis. Formålet med praksisstudier i de helse- og sosialfaglige utdanningene kan oppsummeres slik: kunnskapsformålet, sosialiseringformålet og rekrutteringsformålet. For å oppnå formålet med praksisstudier i kommunene, må det bygges og bevares praksisplasser som er kvalitativt gode. I dette ligger mye mer enn å tilby studentene den ukentlige veiledningstimen. Man må se på hele praksisstedet som en læringsarena, hvor alle medarbeiderne skal være kompetente supervisører for studentene. God praksis fordrer forutsigbarhet og god kommunikasjon mellom utdanningsinstitusjon, praksissted og student, men også god kommunikasjon mellom de ulike tjenestene i kommunen og forankring i kommuneledelsen. Faglig oppdaterte veiledere er en forutsetning for god praksis i kommunene. Det bør legges til rette for trivsel på arbeidsplassen, samt et sosialt miljø for studenter som må flytte for å gjennomføre praksis. Kommuner som oppleves som gode praksiskommuner arbeider strukturert med praksis, og har etablert gode kommunikasjonskanaler mellom kommunen og utdanningsinstitusjonen.

Gjennom fokusgruppeintervjuer med representanter fra utdanningsinstitusjonene, kommunene, KS og DIKU<sup>1</sup>, ble følgende elementer indentifisert som avgjørende for god praksis.

## Utdanningsinstitusjonene

Deltakerne fra utdanningsinstitusjonene mente følgende elementer var viktige for en god praksis:

- Forutsigbarhet på antall praksisplasser
- God veiledning
- God kommunikasjon og samarbeid med kommunene

---

<sup>1</sup> Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høgre utdanning

## **Kommunene**

Deltakerne fra kommunene mente følgende elementer var viktige for gode praksisplasser:

- Tid til veiledning
- Kompetanseheving, forskning og fagutvikling
- Samarbeid
- Forankring i kommuneledelsen
- Økonomi

## **Studentene**

Deltakerne<sup>2</sup> mente følgende elementer var viktige for en god praksis:

- God veiledning
- Nok tid til veiledning
- Kompensasjon for økte bo- og reisekostnader ifb. praksis
- Det sosiale hvis man må flytte fra venner og kjente ifb. praksis

**Helsedirektoratet foreslår en finansieringsmodell i form av en hybrid av en ren rammefinansierings- og stykkprisfinansieringsmodell, som inneholder følgende elementer:**

### **Rammefinansiering av faste kostnader**

Formålet med rammefinansiering av faste kostnader er å stimulere til å ta i bruk en større andel av kommunene som praksiskommuner og sikre praksisplasser som er kvalitativt gode. I rammen vil det være hensiktsmessig å legge inn midler som skal sikre at kommunene får kvalifiserte ansatte slik at man i større grad skal kunne jobbe strukturert med kommunene som praksisarena, både med det rent administrative og det faglige. Helsedirektoratet foreslår at midlene i rammen skal dekke følgende elementer:

- Praksiskoordinator
- Fagkoordinator
- Kombinerte stillinger

### **Stykkprisfinansiering av følgende kostnadselementer**

Det er mange variabler som virker inn på hva det koster å ha studentene i praksis i kommunene. Kostnader som vil variere fra kommune til kommune er antall studenter den enkelte kommune tar imot og om kommunene ligger sentralt i forhold til utdanningsinstitusjonene eller ute i distrikt. Det er også rimelig å anta at det vil være naturlig å differensiere kostnader knyttet til de ulike utdanningene. Antall veiledere kommunene trenger å utdanne vil også variere. Helsedirektoratet anbefaler at midlene til følgende bør inngå i en stykkprisfinansieringsmodell:

- Kostnader kommunene har til videreopplæring anbefales lagt inn i det etablerte tilskudd til kompetansehevede tiltak i kommunene "Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd"
- Bo og reisekostnader for studenter som må reise fra studie-/hjemsted ifb. praksis
- Godtgjørelse til veileder eller kommunene for å ta imot helse- og sosialfagsstudenter i praksis

---

<sup>2</sup> Det var ingen representant for studentene i intervjugruppene, men samtlige av de andre deltakerne pekte på utfordringene ved å sende studenter langt vekk fra studie-/hjemstedsted for praksisstudiene.

# 1. Bakgrunn og mandat

Utviklingen de senere årene viser kortere liggetider i sykehusene og en større andel pasienter som behandles i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Dette har ført til at kommunene har fått et stadig større ansvar for helse- og omsorgstjenester til innbyggere med komplekse lidelser og sammensatte behov for tjenester. For å sikre at det utdannes helsepersonell som har kompetanse som dekker brukernes og tjenestenes behov, er det behov for å øke mengden og heve kvaliteten på praksis i kommunene.

Med dagens regelverk har sykehusene en plikt til å ta imot studenter, mens kommunene har en plikt til å *medvirke til* undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Mandatet for dette oppdraget er å gjøre en økonomisk og administrativ vurdering av en mulig lovfesting av et *sørge for-ansvar* for kommunene.

## 1.1 Endringer i kommunens oppgaver og behov

Med Samhandlingsreformen ble flere oppgaver, som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten, overført til kommunene. Dette har ført til at kommunene har fått et stadig større ansvar for helse- og omsorgstjenester til innbyggere med komplekse lidelser og sammensatte behov for tjenester. En rekke Stortingsmeldinger og utredninger har lagt vekt på behov for å øke mengden og heve kvaliteten på praksis i kommunene. Dette må til for å sikre at det utdannes helsepersonell som har kompetanse som dekker brukernes og tjenestenes behov<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup>.

## 1.2 Gjeldende lovverk og anvendelse

Det er tre parter som skal samarbeide i en praksissituasjon: Universitets- og høyskoleinstitusjonene (UH), praksisstedet og studenten. Utdanningsinstitusjonene er *ansvarlige* for kvaliteten i studieprogrammene sine og vurderer om praksis er bestått. Dette er regulert i Lov om universiteter og høyskoler 2005, heretter

---

<sup>3</sup> Meld. St. 47 (2008 -2009) Samhandlingsreformen

<sup>4</sup> Meld. St.13 (2011-2012) Utdanning for velferd

<sup>5</sup> Meld. St.19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter

<sup>6</sup> Meld. St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

<sup>7</sup> Meld. St.11 (2019-2020) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

UH-loven (2005) med tilhørende forskrifter som regulerer utdanningsinstitusjonens forpliktelser, herunder praksis. Dette inkluderer å sikre at det er kompetente veiledere ved praksisstedet hvis studieprogrammet har obligatorisk praksis<sup>8</sup>. Etter studietilsynsforskriften (2017, §2-2 [9]), er utdanningsinstitusjonene forpliktet til å inngå en avtale med praksisstedet som regulerer samarbeidet.

Etter dagens regelverk, plikter kommunene å *medvirke til* undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell jf. Helse- og omsorgstjenesteloven §8-1 og Tannhelsesloven §6-1. Praksisarenaer innen spesialisthelsetjenesten og apotekvesenet har en lovhjemlet plikt til å ta imot og veilede studenter jf. Spesialisthelsetjenesteloven §3-5. og Apotekloven §4-6<sup>9</sup>.

En analyse av praksisavtaler gjort av NOKUT i forbindelse med prosjektet Operasjon praksis 2018-2020<sup>10</sup>, viser store variasjoner i innholdet i de ulike (praksis)avtalene. Flertallet av avtalene spesifiserer omfang og tidspunkt for praksis, og har formuleringer som skal sikre at avtalene er bindende. Noen avtaler regulerer også krav til veileders kompetanse, praksisveilederens forventede arbeidsomfang, praksisstedets oppfølging av studentene, læringsutbytte og vurderingsformer, samt studentenes rettigheter og plikter. Analysen viser at avtalene er inngått på ulike nivåer. Noen av avtalene er inngått på overordnet nivå med helseforetak eller kommuner, mens andre er inngått mellom studieprogram og praksissted. I enkelte tilfeller er avtalene inngått direkte med praksisveileder. Også varigheten på avtalene varierer. Enkelte studieprogrammer har langsiktige og faste avtaler med praksisstedene, noe som kan være hensiktsmessig for å sikre kapasitet og kompetanse over tid. Andre studieprogrammer har kortvarige avtaler, noe som kan gi mer fleksibilitet og som kan være mer hensiktsmessig for å utnytte mindre praksissteder som ikke ønsker å forplikte seg over tid<sup>11</sup>.

Selv om ansvaret for praksisavtalene hviler på utdanningsinstitusjonene, har de ikke hatt hjemmel eller andre gode virkemidler for å følge opp at praksisstedene etterlever det avtalene regulerer. Kommunene har heller ingen plikt til å ta imot studenter.

### **1.3 RETHOS og ny norm for praksisutdanning**

Kunnskapsdepartementet (KD) fastsatte i september 2017 en ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. Våren og høsten 2019 fastsatte departementet forskrifter om nasjonale retningslinjer for de ulike helse- og sosialfagutdanningen (RETHOS)<sup>12</sup>. De første utdanningene i fase 1<sup>13</sup> av RETHOS- prosjektet, som følger den nye forskriften som en del av det nye styringssystemet, startet høsten 2020.

Formålet med de nasjonale retningslinjene og forskriften er å sikre at utdanningsinstitusjonene tilbyr praksisnære og forskningsbaserte helse- og sosialfagutdanninger med høy faglig kvalitet og relevans,

---

<sup>8</sup> Kvalitet i praksis – utfordringer og muligheter NOKUT 2019

<sup>9</sup> Praksisprosjektet Sluttrapporten UHR 2016

<sup>10</sup> <https://www.nokut.no/prosjekter-i-nokut/operasjon-praksis-20182020/>

<sup>11</sup> Kvalitet i praksis – utfordringer og muligheter NOKUT 2019

<sup>12</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/f-04-19-rundskriv-til-forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse-og-sosialfagutdanninger-og-tilhorende-forskrifter-for-hver-utdanning/id2654351/>

<sup>13</sup> Følgende utdanninger inngår i fase 1: barnevernspedagog, bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, radiograf, sosionom, sykepleier, vernepleier



som ivaretar samfunnets nåværende og fremtidige behov for kompetanse.<sup>14</sup> Ved innføring av RETHOS inngår kravet til gjensidig forpliktende avtaler i §3 om praksis.

De ulike nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene definerer, sammen med forskriften, de nasjonale rammene for helse- og sosialfagutdanningene<sup>15</sup>. Retningslinjene inneholder formålsbeskrivelser, læringsutbyttebeskrivelser iht. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk og krav til oppbygging av studiene for den enkelte utdanning. Retningslinjene kan også stille krav til praksisdelen av utdanningene. Det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskapning og institusjonell tilpasning ved den enkelte institusjon. I Rundskriv F-04-19<sup>16</sup> presiseres det hva dette innebærer:

*"Utdanningsinstitusjonene står fritt til å velge lærings- og undervisningsmetoder, pensum og vurderingsformer, men må sikre at alle kandidatene har oppnådd sluttkompetansen som er beskrevet i den enkelte utdannings retningslinje".*

Videre står det at:

*" Forskriftens § 3 beskriver rammer for praksisstudier. Med praksisstudier menes den delen av utdanningen som foregår utenfor utdanningsinstitusjonen og som skal være veiledet. Internklinikk, observasjonspraksis eller lignende kan erstatte hele eller deler av praksisstudiet hvis det er spesifisert i forskriften om nasjonal retningslinje for den konkrete utdanningen.*

Etter innføringen av RETHOS, kan enkelte av de helse- og sosialfaglige utdanningene i større grad velge hvordan de ønsker å innrette sin praksis. Utdanninger som er omfattet av yrkeskvalifikasjonsdirektivet<sup>17</sup>, må i tillegg til forskrift om felles rammeplan og nasjonal retningslinje for den aktuelle utdanning, også ivareta kravene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Dette gjelder farmasøytutdanningene (masterutdanningen i farmasi, både 3 + 2 og den integrerte masterutdanningen), medisin-, sykepleier- og tannlegeutdanning.

#### **1.4 Oppdraget – tildelingsbrev 2019**

Helsedirektoratet leverte i 2018 en vurdering av praksisstudier i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, hvor det blant annet ble pekt på at et styrket lovgrunnlag og finansiering vil være et viktig insentiv til å heve kvaliteten på utdanningsoppgavene i kommunene<sup>18</sup>. Som en oppfølging fikk Helsedirektoratet i tildelingsbrevet for 2019 følgende oppdrag: *"Helsedirektoratet gis i oppdrag å utrede en mulig lovfesting av et sørge for-ansvar for kommunene for å ta imot studenter i praksis, herunder de økonomiske og administrative konsekvensene."*

<sup>14</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/f89a402a104b4a76a620a27447e448e9/rundskriv-f-04-19.pdf>

<sup>15</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

<sup>16</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/f89a402a104b4a76a620a27447e448e9/rundskriv-f-04-19.pdf>

<sup>17</sup> Europaparlaments- og rådsdirektiv 2005/36/EF av 7.september 2005 om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner,

<sup>18</sup> Brev av 06.11.2018 til Helse- og omsorgsdepartementet Praksisstudier i kommunale helse- og omsorgstjenester

I tillegg til tildelingsbrev nr. 68 er det gitt presiseringer som begrenser oppdraget til å gjelde de økonomiske og administrative konsekvensene av en eventuell lovfesting av praksis i kommunene:

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede de økonomiske og administrative konsekvensene av en eventuell utvidelse av dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning, slik det fremkommer i helse- og omsorgstjenesteloven, til et kommunalt sørge-for-ansvar for praksisutdanning.
- Utredningen skal omfatte minst to alternative finansieringsordninger: (1) Rammefinansiering til alle kommuner og (2) stykkprisfinansiering av hver enkelt praksisstudent. Ulike grader av statlig finansiering (delfinansiering/fullfinansiering) må drøftes. Ulemper og fordeler av de ulike finansieringsordningene må fremkomme.
- Utredningen må ta høyde for at praksistidens varighet er ulik for de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene som har krav om praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det skal legges til grunn, i minst ett av anslagene for den enkelte utdanning, at minst 50 prosent av praksistiden skjer i kommunene.
- Utredningen må, så langt det lar seg gjøre, synliggjøre og ta høyde for eventuelle gevinster av praksisutdanning i kommunene.
- De økonomiske og administrative konsekvensene må kunne benyttes som grunnlag for statlig budsjettering.

## **1.5 Forutsetninger for analysen, avgrensninger og metode**

### **1.5.1 Helsedirektoratets forståelse av oppdraget**

Praksisperioden regnes som en vesentlig del av helse- og sosialfagsstudentens utdanning. Studenten skal lære å omsette teori til praksis. Formålet med praksisstudier i de helse- og sosialfaglige utdanningene kan oppsummeres slik: kunnskapsformålet, sosialiseringformålet og rekrutteringsformålet. For å oppnå formålet med praksisstudier i kommunene, må det bygges og bevares praksisplasser som er kvalitativt gode. I dette ligger mye mer enn å tilby studentene den ukentlige veiledningstimen. Man må se på hele praksisstedet som en læringsarena, hvor alle medarbeiderne skal være kompetente supervisører for studentene. Kommuner som oppleves som gode praksiskommuner arbeider strukturert med praksis, og det er etablert gode kommunikasjonskanaler mellom kommunen og utdanningsinstitusjonen. Det bør også legges til rette for trivsel på arbeidsplassen, samt et sosialt miljø for studenter som må flytte for å gjennomføre praksis.

I besvarelsen av oppdraget mener Helsedirektoratet at det er to hovedspørsmål som må stilles:

- 1) Hva skal til for å bygge og bevare gode praksisplasser i kommunene?
- 2) Hva vil dette koste?

### **1.5.2 Avgrensninger**

Helsedirektoratet har valgt å avgrense utredningen til kun å omfatte de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene på høyskole- og universitetsnivå. Dette ekskluderer videre- og etterutdanninger, samt utdanninger på videregående- og fagskolenivå. Tabell 1 viser utdanningene som er inkludert i rapporten.

**Tabell 1 Oversikt over studieretninger innen helse- og sosialfag på universitets- og høyskolenivå fordelt på helsefaglige og sosialfaglige utdanninger.**

Utdanningene merket med \* er utdanninger som tradisjonelt har brukt kommunen som praksisplass.

Studieretning	Helsefaglige	Sosialfaglige
Barnevernspedagog		X
Bioingeniør	X	
Ergoterapeut*	X	
Fysioterapeut*	X	
Radiograf	X	
Sosionom		X
Medisin*	X	
Sykepleier*	X	
Vernepleier*	X	
Audiograf	X	
Reseptarfarmasøyt (bachelor)	X	
Provisorfarmasøyt (master)	X	
Klinisk ernæringsfysiolog	X	
Optiker	X	
Ortopediingeniør	X	
Paramedisin	X	
Psykolog*	X	
Tannlege/Odontologi	X	
Tannpleier	X	
Tanntekniker	X	

Det er stor variasjon i hvilken grad utdanningene bruker kommunene som praksisarena. Tradisjonelt er det studier som sykepleie, vernepleie, ergoterapeut, fysioterapeut, psykolog og medisin som har hatt praksis ute i kommunene. Praksisstudentene fra disse utdanningene vil nok fremdeles være de dominerende studentgruppene ute i kommunene. Gjennom kartleggingen av hvilke kommuner utdanningsinstitusjonene hadde avtaler med i 2019/2020, ser man at noen utdanningsinstitusjoner velger å ha praksisstudier for andre helsefagutdanninger, slik som bioingeniørstudenter, ute i kommunene. Innføringen av RETHOS legger til rette for at også de andre helse- og sosialfagutdanningene kan ta i bruk praksisarenaer i kommunene. På sikt vil man kanskje se at nye studentgrupper bruker kommunen som praksisarena. Vi har derfor valgt å inkludere alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Barnevernspedagog og sosionom er også med i analysen selv om de ikke nødvendigvis oppfattes som helsepersonell slik det fremgår av helsepersonelloven. Hvorvidt de vil arbeide som helsepersonell, må vurderes konkret etter stillingens og oppgavens karakter. Sosionomer og barnevernspedagoger vil kunne være ansatt som helsepersonell når de utfører pasientrettet, klinisk

arbeid innenfor helse- og omsorgstjenesten<sup>19</sup>. Helsedirektoratet tar ikke stilling til om disse skal inngå i en endelig finansieringsordning.

For øvrig anser Helsedirektoratet at de elementene som beskrives i kapittel 2, "Hva skaper gode praksisplasser", i stor grad er gjeldende for alle helse- og sosialfagutdanninger som ønsker å bruke kommunene som praksisarena, uavhengig av nivå på utdanningen eller tradisjon for å ha kommunalpraksis.

### Om medisinutdanningen

Medisinutdanningen skiller seg fra de øvrige helse- og sosialfagutdanningene ved at den allerede har en finansieringsorden knyttet til seg. Helsedirektoratet har ikke gjort en egen vurdering av finansiering til medisinutdanningen, men valgt å innlemme denne utdanningen i utredningen på lik linje med de andre helse- og sosialfaglige utdanningene. De fire universitetene som utdanner medisinstudenter har nylig gjort en utredning av praksis i primærhelsetjenesten i medisinstudiet<sup>20</sup> (UiB, UiO, NTNU og UiT). En sentral del av utredningens mandat har vært å kartlegge dagens ordninger for praksis i primærhelsetjenesten ved de fire lærestedene, herunder ulike modeller for økonomiske ordninger for praksisutplassering i fremtiden. Det henvises derfor til denne rapporten for en mer inngående analyse av medisinstudiets bruk av primærhelsetjenesten som praksisarena og finansiering av denne.

### **1.5.3 Metode**

I arbeidet med oppdraget har Helsedirektoratet bestilt utdanningsdata for perioden 2010-2019 fra Norsk senter for forskningsdatas "Database for statistikk om høgre utdanning" (NSD/DBH). For å kartlegge omfanget av praksis i de ulike utdanningene, ba vi NSD innlemme andel praksis i de ulike studiene i bestillingen. Vi har i tillegg kartlagt kravene til praksis slik de er nedfelt i RETHOS. Vedlegg 1.

I uke 34 og 35 ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer (også kalt gruppeintervjuer) med representanter fra utdanningsinstitusjonene, kommunene, KS og Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning. Det var ingen representanter fra studentene i intervjugruppene, men samtlige av de andre deltakerne pekte på utfordringene ved å sende studenter langt vekk fra studie-/hjemstedsted for praksisstudiene.

Resultatet fra disse intervjuene er beskrevet i kapittel 2, "Hva skaper gode praksisplasser".

---

<sup>19</sup><https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/lovens-formal-virkeomrade-og-definisjoner/-3.definisjoner>

<sup>20</sup> Praksis I primærhelsetjenesten. Ordninger, ressursbehov og kompetanse .

## 2. Hva skaper gode praksisplasser

God praksis fordrer forutsigbarhet og god kommunikasjon mellom utdanningsinstitusjon, praksissted og student, men også god kommunikasjon mellom de ulike tjenestene i kommunen og forankring i kommuneledelsen. Faglig oppdaterte veiledere er en forutsetning for god praksis i kommunene. I fokusgruppemøtene med representanter fra de ulike aktørene kom det frem en rekke elementer som de mente var viktige for å bygge og bevare gode praksisplasser i kommunene. Tilbakemeldingene bekrefter tidligere undersøkelser og studier på dette feltet. Kapittelet inneholder resultatene fra gruppeintervjuene.

### 2.1 Tilbakemeldinger fra fokusgruppene

I en praksissituasjon er det tre parter som samarbeider; utdanningsinstitusjonen, studenten og praksisstedet. God veiledning og forutsigbarhet i forhold til praksisplasser var elementer som mange trakk frem, i tillegg til at det må settes av tilstrekkelig tid til veiledning og veilederopplæring. Utgifter i forbindelse med praksis ute i distriktene ble nevnt som et mulig hinder for å sende studenter bort fra studiestedet, selv om kommunene har kapasitet til å ta imot praksisstudenter.

#### **Utdanningsinstitusjonene**

Deltakerne fra utdanningsinstitusjonene mente følgende elementer var viktige for en god praksis:

- Forutsigbarhet på antall praksisplasser
- God veiledning
- God kommunikasjon
- Samarbeid

#### **Kommunene**

Deltakerne fra kommunene mente følgende elementer var viktige for gode praksisplasser:

- Tid til veiledning
- Kompetanseheving
- Samarbeid
- Forankring i kommuneledelsen
- Økonomi
- Forskning og fagutvikling

## Studentene

Deltakerne<sup>21</sup> mente følgende elementer var viktige for en god praksis:

- God veiledning
- Nok tid til veiledning
- Kompensasjon for økte bo- og reisekostnader ifb. praksis
- Det sosiale hvis man må flytte fra venner og kjente ifb. praksis

## 2.2 Om lovforankring av praksis i kommunene

Både kommunene og utdanningsinstitusjonene er i stor grad positive til lovpålegging. Det er spesielt to faktorer som trekkes frem som positive ved lovpålegging. For kommunene vil en lovpålegging gjøre det lettere å synliggjøre omfanget av, og arbeidet med, praksis(studier), slik at det lettere kan løftes opp på strategisk nivå i kommunene. For utdanningsinstitusjonene vil lovpålegging føre til at man kan gå fra en diskusjon om kommunene skal ta imot studenter, til at man kan konsentrere dialogen rundt *hvordan* praksis best kan organiseres.

Ved en lovpålegging er det viktig at antall studenter som skal ut i praksis fremgår. Dette vil sikre forutsigbarhet for både kommuner og utdanningsinstitusjonene. Fordelingen (av studenter) bør ta hensyn til hvilke helsetjenester og hvilken kompetanse som faktisk finnes i kommunene. Lovpåleggingen bør si noe om hvilke forutsetninger (organisatoriske og faglige) som må være på plass på praksisstedet for at kommunene skal kunne ta imot praksisstudent(er).

Små kommuner kan ha problemer med å ta det fulle og hele ansvar for studenter. Det er derfor viktig at kommunesamarbeidet tydeliggjøres.

## 2.3 Organisering, kommunikasjon og forutsigbarhet

Det er stor variasjon i hvordan utdanningsinstitusjonene og kommunene velger å organisere seg rundt praksisstudiene.

I enkelte større kommuner finnes det en praksiskoordinator (deltidsstilling), mens i andre kommuner inngås avtaler direkte mellom utdanningen og den praksisarena i kommunene studentene skal til. Dette er tidkrevende arbeid og gir lite effektiv bruk av ressurser. De kommunene som har lyktes med praksisutdanning har i stor grad vært avhengig av at enkeltpersoner (ressurspersoner) har tatt på seg rollen som koordinator av, og pådriver for, praksisplasser og praksisutdanning.

Det er uheldig at mye av kommunikasjonen og organiseringen av praksis avhenger av enkeltpersoners initiativ. Dette kan føre til lite kontinuitet og gjøre det vanskelig for begge parter å etablere langsiktige planer for praksis.

---

<sup>21</sup> Det var ingen representant for studentene i intervjugruppene, men samtlige av de andre deltakerne pekte på utfordringene ved å sende studenter langt vekk fra studie-/hjemstedsted for praksisstudiene.

En utfordring for mange utdanningsinstitusjoner er at det kan variere fra år til år hvor mange praksisplasser kommunene kan stille til rådighet. Noen år kan de stille mange plasser, og andre år få plasser. Antall praksisplasser kan også variere fra semester til semester. Det går derfor med mye ressurser til å koordinere praksisplasser, både for utdanningsinstitusjonene og for kommunene.

For at kommunene skal kunne etablere og bevare gode praksisplasser, trengs det en forutsigbarhet i antall studenter som skal ut i praksis, samt at det legges til rette for at praksisstudier kommuniseres og forankres på alle nivåer i kommunene. Det må avsettes tid/ressurser og personer som kan arbeide med å etablere gode rutiner for samarbeid med utdanningsinstitusjonene, og bygge et miljø for praksis ute i kommunene. Det går også et skille mellom den rent administrative biten, som for eksempel koordinering av praksis, og det å jobbe med kommunene som praksisarena hvor det faglige bør være i fokus.

## **2.4 Tid**

Tid til opplæring og nettverksbygging for veiledere er essensielt for utvikling og bevaring av gode praksisplasser i kommunene. Kommunenes veiledere må også få anledning til å sette seg inn i læringsmålsplanen for studiene i forkant av praksisperioden. For veiledere i noen kommuner betyr det at de må ha anledning til å sette seg inne i flere læringsmålsplaner i løpet av studieåret.

For at student (og veileder) skal oppleve at praksisen er god, må studenten oppleve at veileder har tid til veiledning. Her pekes det på at det må settes av tid til at student og veileder skal ha rom for refleksjon og veiledning *i tillegg til* den løpende veiledningen/supervisjon som gis mens man for eksempel lærer å re seng eller dosere legemidler.

Når studenten kommer til en praksisarena skal studenten lære hvordan teori og praksis henger sammen. Dette betyr at studenten skal delta i arbeidshverdagen ved praksisstedet slik som de øvrige ansatte. En student vil likevel ikke kunne bidra på lik linje som de øvrige ansatte. Studenten er der for å lære og man må regne med at det er behov for å sette av ekstra tid når man har en student med seg i arbeidet.

En god praksisarena forutsetter derfor at studenten(e) møter faglig oppdaterte veiledere som har hatt mulighet for å forberede seg og har tid til å veilede studenten under hele praksisperioden.

## **2.5 Kompetanse og veiledning**

Sentralt i arbeidet med å tilby kvalitativt gode praksisplasser står videre- og etterutdanning av helsepersonell ved praksisstedet. Med innføring av RETHOS fremgår det av § 3<sup>22</sup> at praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og bør som hovedregel ha formell veiledningskompetanse. Denne kompetansen må både bygges og vedlikeholdes. Utdanningsinstitusjonene kan ha en viktig rolle i dette arbeidet, men det forutsetter at kommunene har mulighet til å nyttiggjøre seg av de videreutdanningstilbudene som eksisterer ved de ulike utdanningsinstitusjonene.

---

<sup>22</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/f89a402a104b4a76a620a27447e448e9/rundskriv-f-04-19.pdf>

For å sikre kvalitet i veiledningsarbeidet, kreves det kontinuitet og et stabilt veilederkorps ute i kommunene. I kommuner med høy utskiftning av veiledere, vil det hele tiden være behov for at nye medarbeidere tar veilederutdanning. Enkelte kommuner har etablert en fagkoordinatorstilling som skal følge opp kommunens strategiske kompetanseplan. Dette gjøres for å sikre en kontinuerlig kompetanseutvikling i kommunene.

Veiledere med relevant fagbakgrunn er viktig for å skape gode praksisplasser, men en dyktig veileder kan også veilede studenter med ulik utdanningsbakgrunn. Spesielt for mindre kommuner kan det være viktig at de får bygget opp et "veilederkorpskorps" av dyktige fagpersoner som kan veilede studenter på tvers av fagretninger. Små kommuner har også utfordringer med at fagpersonen (veileder ) ikke er ansatt i fulltidsstilling, men ofte har en stilling som er delt mellom flere kommuner. Dette ser man ofte i ergoterapi-, fysioterapiutdanningene.

Det krever tid å erverve og vedlikeholde kompetanse. For distriktskommuner, som kan ha perioder der de ikke mottar studenter, er det ekstra viktig at kompetansen vedlikeholdes, slik at man er klar til å ta imot studenter igjen når studentkullene øker.

Under en praksisperiode forholder studenten seg ofte til en hel avdeling. Det er derfor viktig at det er fokus på at det er hele avdelingen som tar imot student(ene) og at kommunene har langsiktige planer for hvordan man skal heve kompetansen hos fagmiljøene i kommunene som mottar praksisstudenter. For utdanningsinstitusjonene kan dette føre til at de i større grad i fremtiden kan bruke tiden sin til å veilede kommunenes veiledere, og kommunene kan (over)ta et større ansvar for veiledning av studentene.

## **2.6 Forskning og fagutvikling**

Forskning sees på som et viktig virkemiddel for å møte nåtidig og fremtidig utfordringer i tjenestene.

Muligheter for forskning og fagutvikling kan være et viktig virkemiddel for at ansatte i kommunene skal stimuleres til å bli værende, og deltakelse i forskning- og fagutviklingsprosjekter gjør at kommunenes ansatte kan få en alternativt karrierevei.

Samarbeid om forskning og fagutvikling er ulikt regulert mellom utdanningsinstitusjonene og kommunene. Det er veldig varierende i hvilken grad samarbeidsavtalene inneholder bestemmelser rundt dette. Tradisjonelt har også kommunene i stor grad vært forskningsobjekt, og i mindre grad en likeverdig part i forskningssamarbeidet. Deltakere i fokusgruppeintervjuene fra kommunene formidler at de i større grad ønsker å være en mer aktiv samarbeidspartner i forskningen.



## **2.7 Kompensasjon for økte kostnader ved lang avstand mellom studiested og praksissted**

Opptakstall fra NSD/DBH viser at det var 11591<sup>23</sup> antall studenter ved de helse- og sosialfaglige utdanningene i 2019. Se vedlegg 1 . Flere av disse studentene vil måtte ha sine praksisstudier i kommuner der avstanden til utdanningsinstitusjonen er så stor at studenten vil være nødt til å ha en ekstra bopel for en periode<sup>24</sup>.

For at det skal være mer attraktivt for studenter å ha praksis utenfor sin studie-/hjemkommune er det viktig at studentene føler seg ivaretatt, og at det er et godt sosialt miljø. Enkelte studenter skal for eksempel være på praksisstedet over en lengre periode. Det er også viktig at kommunene tilbyr et godt "studentmiljø". I enkelte kommuner finnes det allerede hybelhus<sup>25</sup>, hvor studenter i praksis blir innlosjert sammen. I noen distriktskommuner kan det også være nødvendig at det tilrettelegges med transport til og fra praksissted, da kollektivtilbudet kan være svært varierende ute i distriktene.

Studentene står ofte i en situasjon der de ikke bare "mister" studiemiljøet sitt, som er en viktig del av studietilværelsen, men de pådrar seg også ekstra kostnader i form av økte bopelgifter i tillegg til andre livsoppholdskostnader<sup>26</sup>. Flere utdanningsinstitusjoner har allerede kompensasjonsordninger for studenter som må reise bort fra studiestedet for å gjennomføre sin praksis.

I tillegg vil det påløpe økte kostnader for utdanningsinstitusjonene hvis ansatte fra utdanningsinstitusjonene må ut i distriktskommunene for å gjennomføre veiledning.

Utdanningsinstitusjonene må ofte vurdere behovet for å benytte seg av praksisplasser ute i distriktene opp mot studentenes behov for å være nær studiested og kostnadene ved å sende studenten bort. Dette påvirker distriktskommunene som ikke kan forvente å få tildelt praksisstudenter hvert år, selv om de har kapasitet til å ta imot.

---

<sup>23</sup> Tallet viser kun studenter ved utdanner som fører til en grad som gir grunnlag for autorisasjon. Årsstudier o.l er ikke inkludert.

<sup>24</sup> Dette blir det opplyst om på utdanningsinstitusjonenes hjemmesider der det er aktuelt.

<sup>25</sup> Det er ulik praksis for hvem som betaler disse kostnadene. NTNU dekker inntil 750kr per uke i husleie + pendling for studenter som må reise ut i praksis. Frøya kommune har ansatt en egen sjåfør som reiser rundt og henter studentene ved bopel og frakter dem til praksisstedet. OsloMet har praksisplasser i Hurdal, men anser det som utfordrende å sende studenter dit grunnet kollektivtilbudet.

<sup>26</sup> NAVs veiledende retningslinjer for økonomisk stønad til livsopphold omfatter utgifter til helt grunnleggende behov som mat og alminnelige forbruksutgifter. Utgifter til bolig, strøm og oppvarming m.m. inngår i livsoppholdet, men er ikke inkludert ved fastsettelse av de veiledende retningslinjene, da dette er utgifter som varierer mye.

# 3. Positive effekter av praksis i kommunene

Helsedirektoratet anbefaler en bedre utnyttelse av kommunale læringsarenaer, men det koster å bygge gode praksisplasser. For at det skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bygge opp kommunene som praksisarenaer, må fordelene vurderes som større enn kostnadene. Kapittel to ga en beskrivelse av hvilke elementer<sup>27</sup> som må ligge til grunn for at kommunene skal tilby gode praksisplasser. I kapittel tre vil vi se på de positive effektene ved å ha studenter i praksis.

## 3.1 Praksis er en sentral arena for nyrekruttering

For mange helse- og sosialfagsstudenter er det første møtet med praksis ved en kommunal læringsarena. Praksisen gir studentene en mulighet til å praktisere fagets teori, de får innsyn i profesjonsspesifikke ferdigheter, de sosialiseres inn i en profesjonen og får en generell tilpasning og forberedelse på det å være i arbeidslivet<sup>28</sup>. Mange studenter vil også under praksisperioden møte sin fremtidige arbeidsgiver. Å ta imot studenter i praksis er en av de viktigste arenaene for nyrekruttering til kommunen. Det er derfor viktig at dette (første) møtet mellom student og praksissted oppfattes som godt og relevant for begge parter.

## 3.2 Praksis i kommunen stimulerer til kompetanseheving, forskning og fagutvikling

I tillegg til muligheten til å rekruttere kvalifisert personell, medfører det å tilby praksisplasser direkte effekter i tjenesten. Studentene vil for eksempel kunne gjennomføre prosjektarbeid som løser konkrete kliniske problemstillinger i kommunen. Videre vil de ansatte bli oppdatert og stimulert til faglig utvikling og kunnskapsbasert praksis i møte med studentene og lærere fra universiteter og høyskoler. Å ta imot studenter i praksis binder kommunene tettere sammen med utdanningssektoren og tjenestene vil således lettere kunne dra veksel på de faglige ressursene ved utdanningsinstitusjonene. Dette vil igjen føre til økt pasientsikkerhet og bedre tjenester til brukerne.

---

<sup>27</sup> Disse elementene samsvarer i stor grad med tidligere studier av kommunene som praksis arena i blant annet UHR sin rapport fra 2010 Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene og KS sitt FOU prosjekt 164003 Utvikling av kommunene sin læringsarena for helse- og velferdsutdanningene

<sup>28</sup> NOKUT Kvalitet i praksis – utfordringer og muligheter

### **3.3 Utvikling av nye kommunale læringsarenaer**

Historisk har praksisdelen av helsefagutdanningene i stor grad vært utviklet i en sykehuskontekst. De fleste helse- og sosialfaglige utdanninger har deler av sin praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester, men det totale omfanget av kommunale praksis er mye mindre enn i spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer ikke lenger med befolkningens kontakt med helse- og omsorgstjenestene, der innbyggerne kun er i kontakt med spesialisthelsetjenesten i avgrensede perioder. Endringen i organiseringen av helsetjenestene og kortere liggetid på sykehusene, har ført til at det, for noen av helsefagene, blir vanskeligere å oppdrive gode praksisplasser i sykehusene. Dette gjelder for eksempel fysioterapistudier. Store kull på helse- og sosialfagutdanningene kombinert med færre sengeplasser i sykehusene har ført til at kapasiteten på praksisplasser i spesialisthelsetjenesten mange steder er sprengt.

Utdanning og praksis må være framtidsrettet og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov. Det har vært, og er, behov for nytenkning rundt hvilke arenaer i kommunene som kan egne seg som praksisplasser. En avdeling med kommunal akutt døgnetenhet (KAD), kan være en godt egnet praksisarena for å lære grunnleggende sykepleie. I tillegg kan kommunale praksisplasser være svært aktuelle for utvikling av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS), som igjen vil bidra til å heve kvaliteten på praksisstudiene. Fastlegekontor med primærhelseteam tjener som et godt eksempel på TPS.

Rapportering fra utdanningsinstitusjonene viser at det i studieårene 2019 og 2020, er 287 kommuner som har mottatt praksisstudenter. Dette utgjør 80,6 % av det totale antallet kommuner (356) i Norge. Som kartet i figur 1 viser, er det en del kommuner som ikke er tar imot praksisstudenter i dag<sup>29</sup>. Mange av disse er distriktskommuner som ikke har direkte nærhet til utdanningsinstitusjonene. Om flere kommuner skal kunne tilby praksisplasser for studenter, må det investeres i disse kommunene slik at kvaliteten på praksisundervisningen og studentmiljøet blir like god som i mer sentrale strøk av landet. Samtidig må de kommunene som i dag er praksiskommuner få mulighet til å videreutvikle seg.

---

<sup>29</sup> Kartet viser kommuner som ble brukt som praksiskommuner i 2019/2020. Da det varierer hvilke kommuner utdanningsinstitusjonene får avtale med kan ikke kartet leses som en endelig oversikt over praksiskommuner. Kartet er heller ikke uttømmende da enkelte utdanningsinstitusjoner ikke har rapportert på forespørselen vår.

## Oversikt over kommuner som tar imot paksistudenter

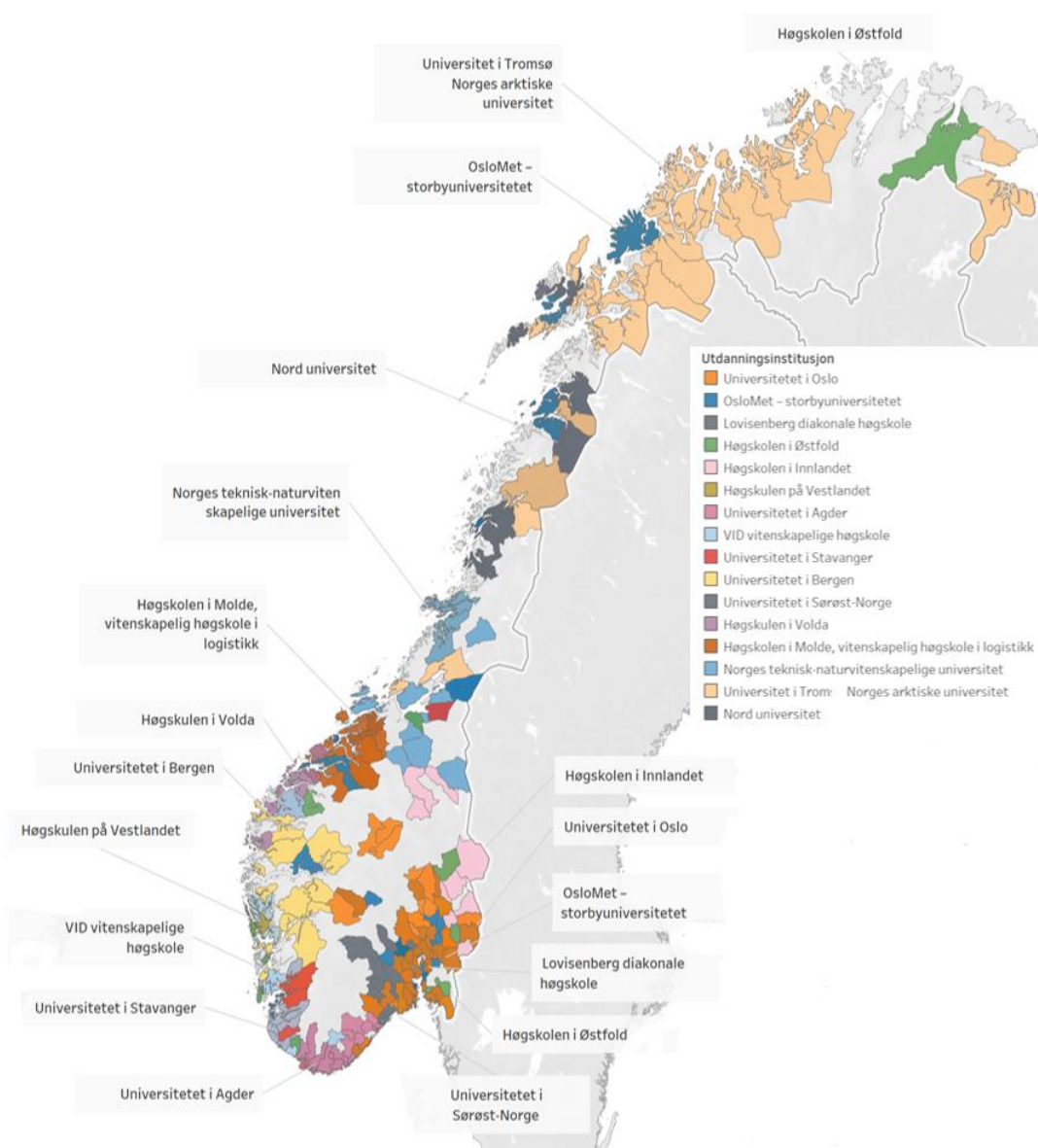


Fig. 1: Kartet viser hvilke kommuner utdanningsinstitusjonene har brukt til praksisstudier 2019/2020. Kartet er ikke uttømmende, og det er ikke mulig se de tilfeller der forskjellige utdanningsinstitusjoner har brukt samme kommune.

# 4. Kostnadselementer som bør kompenseres

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor personellmessige utfordringer med betydning for kvaliteten og kapasiteten i tjenestene. Det er krevende for mange kommuner å skaffe nok personell med riktig kompetanse og rekruttere nok arbeidskraft til tjenestene, nå og i fremtiden. For å nå dette målet, innebærer det at man jobber systematisk med å øke kompetansen hos eksisterende personell, utnytte kompetansen som allerede finnes og har bevissthet rundt hvordan man rekrutterer, beholder og arbeider med å gjøre kommunene attraktive som arbeidsplass.

I kapittel 2 beskrives hvilke grunnleggende elementer som bør være til stede for at kommunene skal kunne tilby gode praksisstudier. I kapittel 3 argumenteres det for hvorfor det er viktig å tilrettelegge for kvalitativt gode praksisplasser i kommunene. På bakgrunn av fokusintervjuene, og tidligere rapporter, har Helsedirektoratet identifisert noen grunnleggende kostnadselementer som bør kompenseres. I dette kapitlet beskrives disse.

## 4.1 Administrasjon av praksisordningen

Ettersom volumet av praksisutdanning i kommunene vil vokse, blir det behov for en samlende instans i kommunens administrasjon som kan koordinere praksisundervisning og veiledning. Arbeidet bør bygge på en strategisk kompetanseplan for kommunen og samarbeidsavtaler med utdanningsinstitusjonene, og forankres politisk i kommunen.

En koordinerende enhet for helseutdanning i kommunen kan med fordel kombineres med koordinering av forskningsaktivitet, som bindeledd opp mot Kommunenes strategiske forskningsorgan, gjerne knyttet opp mot FoU-avdelinger, for de kommunene som har det. I tillegg til klinisk forskning og helsetjenesteforskning i kommunene, mener vi det bør satses på utdanningsforskning. Ettersom kommunene som læringsarena øker i volum og relevans, vil det være av stor verdi å styrke forskningen på kommunen som læringsarena.

## Praksiskoordinatorstilling

Helsedirektoratet mener det er behov for en dedikert stilling som kan ha det overordnede ansvar for det praktiske/administrative arbeidet med praksisstudier, som for eksempel:

- Samarbeid med utdanningsinstitusjon
- Samarbeid med andre i kommunen (virksomhetene som skal ta imot studenter) og bindeledd mot kommuneadministrasjonen og fagkoordinator
- Samarbeid med andre kommuner (hvis liten kommune)
- Samarbeid med studentene
- Tilrettelegge for studenter som må flytte bort fra studiested/ hjemsted ved praksis (f.eks. skaffe hybler, ordne transport o.l.)
- Fra 5 % til 50 % stilling. Stillingen skal være fast i store kommuner, men kan inngå i fagkoordinatorstillingen i små kommuner.
- Ved interkommunalt samarbeid skal praksiskoordinator ivareta flere kommuner.

	<b>Egnethet</b>	<b>Kommentar/forklaring</b>
Ramme-finansiering		Praksiskoordinator egner seg godt for rammefinansiering, da stillingsprosent ikke er direkte knyttet til antall praksisstudenter. Praksiskoordinator er en forutsetning for å bygge opp og administrere praksis i kommunene. Store kommuner med mange studenter vil imidlertid ha behov for praksiskoordinatorer i større stillingsprosent enn mindre kommuner med få praksisstudenter.
Stykkpris		Det vil påløpe en del administrasjon av tilskuddsordninger og det er ikke hensiktsmessig i dette tilfellet. Helsedirektoratet mener at stillingen som praksiskoordinator skal være en fast årlig kostnad som alle kommuner skal ha.

## Fagkoordinatorstilling

Helsedirektoratet mener det er behov for en dedikert stilling som kan ha det overordnede faglige ansvaret for praksis i kommunen, som for eksempel:

- Ansvar for veiledere, og for å sikre at kommunen har tilstrekkelig antall utdannede veiledere
- Oppfølging av veiledere med veiledernetverk i samarbeid med utdanningsinstitusjonen
- Samarbeid med andre i kommunen (virksomhetene som skal ta imot studenter) og bindeledd mot kommuneadministrasjonen og praksiskoordinator
- Etablering av veiledernetverk
- Samarbeid med andre kommuner (hvis liten kommune)
- Ansvar for kommunens(enes) strategiske kompetanseplan
- Fra 20 % til 50 % fast stilling. Ved interkommunalt samarbeid skal fagkoordinator ivareta flere kommuner

	<b>Egnethet</b>	<b>Kommentar/forklaring</b>
Ramme-finansiering		Fagkoordinator egner seg godt for rammefinansiering, da stillingsprosent ikke er direkte knyttet til antall praksisstudenter. Fagkoordinator er en forutsetning for å etablere og følge opp strategisk kompetanseplan i kommunene. Store kommuner med mange ansatte vil imidlertid ha behov for fagkoordinatorer i større stillingsprosent enn mindre kommuner med få ansatte.
Stykkpris		Det vil påløpe en del administrasjon av tilskuddsordninger og det er ikke hensiktsmessig i dette tilfellet. Helsedirektoratet mener at stillingen som fagkoordinator skal være en fast årlig kostnad som alle kommuner skal ha.

#### **4.2 Kombinererte stillinger (klinikk, forskning og fagutvikling)**

Et viktig tiltak for å øke arbeidet med forskning og fagutvikling i kommunen vil være å opprette kombinerte stillinger mellom utdanningsinstitusjonene og kommunale helse- og omsorgstjenester. Ved slike stillinger inngår læreren både i det akademiske kollegiet på høyskolen/universitetet og i praksisfellesskapet i kommunen. Stillingsandelen mellom de to instansene kan innrettes etter behov og muligheter, og tilknytningsformen kan tilpasses lokale ønsker: Man har lang erfaring fra medisinstudenter med overleger som er ansatt på sykehus og som har bistilling som professor på universitetet, eller motsatt. Man kan også tenke seg modeller der læreren har en arbeidsgiver, og at utdanningsinstitusjonen og kommunen inngår en avtale om fordelingen av utgiftene og av vedkommendes arbeidsoppgaver. Slike stillinger vil også være viktige for å få fart på forskningen i kommunale helse- og omsorgstjenester.

- Bidra til forskning, undervisning og fagutvikling i kommunen
- Bidra til forskningsbasert praksis i kommunene
- 100% fast stilling i store kommuner, men kan inngå i fagkoordinatorstillingen i små kommuner. I de største kommunene kan det være aktuelt med 2 fulle stillinger.

	<b>Egnethet</b>	<b>Kommentar/forklaring</b>
Ramme-finansiering		Kombinererte stillinger egner seg godt for rammefinansiering, da stillingsprosent ikke er direkte knyttet til antall praksisstudenter.
Stykkpris		Det vil påløpe en del administrasjon ved tilskuddsordninger, og det er ikke hensiktsmessig i dette tilfellet. Helsedirektoratet mener at stillingen skal være en fast årlig kostnad som alle kommuner skal ha.

#### **4.3 Kompetansehevede tiltak for ansatte i kommunen**

God veiledning er en avgjørende forutsetning for all praksisutdanning. Dette forutsetter god veilederkompetanse. Selve veiledningsmetodikken kan være lik, enten det dreier seg om lærlinger i helsefagarbeiderutdanningen eller leger i spesialisering. Det finnes i dag ulike ordninger som kvalifiserer veiledere for lærlinger, for sykepleierstudenter, medisinstudenter og spesialistkandidater. Kommunene vil ha nytte av å samkjøre veilederopplæringen for forskjellige yrkesgrupper og skape et

veiledningspedagogisk fagmiljø i kommunen. Tilbud om opplegg for, og finansiering av veilederopplæring, vil være et viktig tiltak for å utvikle gode praksisplasser i kommune.

- Sikre tilstrekkelig veilednings- og fagkompetanse i kommunene
  - Veilederopplæring for nye veiledere (veilederkorps)
  - Faglig påfyll for medarbeidere i helse- og omsorgstjenestene (supervisører)
  - Annen relevante kompetansehevende tiltak
- Kompensere for utgifter til vikarer ifb. videre- og etterutdanning for faste ansatte, herunder fravær som følge av veilederutdanning, og eventuelle reise- og oppholdsutgifter.
- Veilederutdanningen skal fremdeles gis av universitetene og høgskolene

	Egnet	Kommentar/forklaring
Ramme-finansiering		Det vil være stor variasjon i forhold til hvor mange ansatte som trenger veilederutdanning i kommunene. Antallet kan variere fra år til år, og baserer seg på volum av praksisstudenter og utskiftning blant ansatte i kommunen.
Stykkpris		Det er alt etablert en tilskuddsordning for denne type kompetanseheving i Kompetanseløft 2020/ Kompetanseløft 2025 gjennom det Kommunale kompetanse – og innovasjonstilskuddet. Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig å legge denne økte kostnaden i den allerede etablerte tilskuddsordningen slik at den kan dekke behovet i alle deltjenester i helse- og omsorgstjenesten.

#### 4.4 Godtgjørelse til studenter som grunnet praksisstudier får økte utgifter til bolig

Det er svært ulik praksis hva gjelder refusjon for studenter som må langt fra hjemkommunene/ studiested. Flere studiesteder refunderer studentenes merutgifter i mer eller mindre grad. Det er likevel slik at for studenter består studietiden av mer enn studier. Det sosiale er også utrolig viktig. Ønsker man å ta i bruk flere distriktskommuner som praksisarenaer, må det satses på å bygge opp et studentmiljø og studenten må få dekket sine merutgifter.

- Midler til å skape et godt miljø rundt studenten:
  - felles bolig for studentene
  - transport mellom bolig og praksisplass
  - reise- og boutgifter for studenter

	Egnet	Kommentar/forklaring
Ramme-finansiering		Det vil være stor variasjon på hvor mange studenter som vil trenge bolig på praksisstedet. Dette varierer bl.a. som følge av avstand mellom utdanningsinstitusjon og kommune.
Stykkpris		Denne kostnaden egner seg for stykkprisfinansiering, da de årlige kostnadene vil variere.



#### **4.5 Veiledning av studenter inkl. tid til veiledning og forberedelser**

God veiledning av praksisstudenter krever tid. Tid til forberedelser før student(ene) ankommer, og tid til veiledning mens student(ene) er på praksisstedet. For mange kommuner med (allerede) begrensede ressurser, kan det være utfordrende å tilpasse bemanningen for å kunne ivareta og veilede studenten i praksis på en god måte. En finansiering av dette kan gjøre at kommunens veiledere får bedre muligheter til forberedelser før studenten(e) kommer, og avsatt tid til å bedrive veiledning under praksisperioden.

- Midler til kommunen, praksisstedet eller veileder for å ta imot studenter i praksis
  - Praksiskompensasjon
  - Overheadkostnader for studenter i praksis
    - Kontorplass
    - Arbeidsklær
    - Div. utstyr

	<b>Egnethet</b>	<b>Kommentar/forklaring</b>
Ramme-finansiering		Det vil være stor variasjon på hvor mange studenter som vil gjennomføre praksis i den enkelte kommune. Overheadkostnader kan være forskjellig basert på hvilken utdanning studenten i praksis tar, ikke alle praksisperioder krever for eksempel kontorplass.
Stykkpris		Denne kostnaden egner seg for stykkprisfinansiering, da årlige kostnader vil variere.

# 5. Modeller for finansiering og vurdering av disse

I dette kapitlet presenterer vi ulike modeller for finansiering av praksisstudier i kommunen, og vurderer disse opp mot hverandre. Modellene som presenteres er rammefinansiering, stykkprisfinansiering, og en kombinasjon av disse to. Faste årlige kostnader til administrasjon av ordningen legges inn i rammetilskuddet til kommunene, og gjennomførte praksisuker og veilederopplæring m.m dekkes etter en stykkprismodell.

## 5.1 Forutsetninger for beregningene

I våre beregninger (alternativ a) legger vi til grunn at alle kommuner (100%) skal kunne motta studenter i praksis. Det er likevel slik at små kommuner vil måtte samarbeide. Alternativ a i modellen er basert på en "fullpris"-løsning og det er fullt mulig å oppskalere eller nedskalere de ulike kostnadselementene.

Vi har også laget et alternativ b, som kun inkluderer de seks helsefaglige studiene som har flest studenter i kommunen (sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog og medisin), samt vernepleiere. Disse studiene utgjør 83% av all praksis i kommunene, iht. våre beregninger.

Elementene foreslått i kap. 4 anses som en "grunnpakke". De faste kostnadene til administrasjon, forskning og fagutvikling vil inkluderes i begge alternativene. Variable kostnader er kostnader som vil variere fra kommune til kommune avhengig av antall studenter de tar imot, og om de ligger sentralt i forhold til utdanningsinstitusjonene eller ute i distrikt. Det er også rimelig å anta at det vil være naturlig å differensiere kostnader knyttet til de ulike utdanningene. Helsedirektoratet mener at dette må gjøres av personer med inngående kunnskap om de ulike utdanningene. I vår beregning har vi lagt en felles sats til grunn.

De totale kostnadene vil også variere ut fra hvor mange av landets kommuner som skal brukes til praksisundervisning, og hvor mange praksisuker som gjennomføres i den enkelte kommune. Dette er igjen knyttet til de ulike utdanningsinstitusjonene, hvilke studieretninger de tilbyr, og deres planer for praksisstudier.

Det er også stor ulikhet i hvor langt utvikling av praksisstudier er kommet i de forskjellige kommunene. En del kommuner har allerede utviklet seg til praksiskommuner/utdanningskommuner, og vil allerede tilfredsstillende mange av kravene gitt i kap. 2 og 4. For disse kommunene, vil finansieringen i stor grad knytte seg til videreutvikling av kommunen som praksiskommune. For eksempel kan videreutvikling av nye arenaer for praksisstudier og samarbeidsmetoder være mer aktuelt for disse kommunene.

Det finnes ingen samlet oversikt over hvor mye praksis som gjennomføres i kommunene i dag. Det er heller ingen felles standard for de enkelte studieretningene. Vi har derfor tatt utgangspunkt i innrapporterte ukeverk for praksis fra de ulike studieretningene for 2019 ved hver utdanningsinstitusjon, og beregnet et gjennomsnittlig antall praksisuker per studie basert på de innrapporterte tall og minimumstallet iht. RETHOS. Deretter har vi beregnet at 50% av praksis skal gjennomføres i kommunen og kommet fram til hvor mange ukeverk med praksis som skal legges inn i modellen for det enkelte studiet.

Antall praksisuker i kommune baserer seg på gjennomsnittsberegninger og estimater for de fleste studieretninger, slik at dagens omfang av praksis i kommunen vil avvike fra vår modell. For sykepleier er vi imidlertid relativt sikre på våre beregninger, da 50% av praksis iht. EØS-forskriften skal være i kommunen. Vi vet også at en stor andel av praksis for vernepleiere skjer i kommunene, slik at modellen for dette studiet er justert til 80% praksis i kommunen.

Modellen baserer seg på følgende estimater og beregninger:

- **Beregning av kostnader til administrasjon, forskning og fagutvikling (punkt 4.1 og 4.2)**

For å beregne kostnadene til de ulike stillingene har vi tatt utgangspunkt i en masterutdannet sykepleier med noen års ansiennitet. Regnestykket ser da slik ut:

- Antall stillinger (450 stillinger) \* lønn (580 000 – 625 000 kroner pr år – sykepleier med masterutdanning) + sosiale kostnader (pensjon: 20 % + arbeidsgiver avgift 0 % - 14,1 %)

- **Beregning av kostnader til kompetansehevende tiltak for ansatte i kommunen (punkt 4.3)**

"Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd" (K2020/K2025) er en tilskuddsordning som retter seg primært mot tilsatte i omsorgstjenestene. Kommunene rapporterer via Fylkesmannen til Helsedirektoratet. Kompetanse- og innovasjonstilskuddet er etablert og svært etterspurt i kommunene og det rapporteres om at nær 100 prosent av kommunene søker tilskudd hos Fylkesmannen<sup>30</sup>. For kompetansehevende<sup>31</sup> tiltak, ble det utbetalt i underkant av 257,9 millioner kroner i 2019. Det rapporteres om en økning av ansatte som tar veilederutdanning med tilskudd fra kompetanse- og innovasjonstilskuddet. Helsedirektoratet mener at å tilføre tilskuddet 30 millioner ekstra til kompetansehevende tiltak kan være passende sett i lys av hvordan tilskuddet er innrettet.

---

<sup>30</sup> Kompetanseløft 2020 – Rapportering alle tiltak i 2019. U.off. §15 1.ledd

<sup>31</sup> For rapportering på de andre områdene tilskuddsordningen dekker, henvises det til rapporten "Kompetanseløft 2020 – Rapportering alle tiltak i 2019. U.off. §15 1.ledd".

- **Beregning av sats for bokostnader og miljøtiltak for studenter (punkt 4.4)**

Helsedirektoratet har tatt utgangspunkt i satser vi har funnet på utdanningsinstitusjonenes hjemmesider, herunder NTNU<sup>32</sup> og Høgskolen i Molde og OsloMet. Da dette vil være et behovsprøvd tilskudd, kan det være aktuelt å differensiere ut fra sentralitet, slik at ikke alle skal ha kr 1500 per uke.

- **Beregning av sats for veiledning av studenter (punkt 4.5)**

Denne kompensasjonene er direkte knyttet til mottak av studenter. Helsedirektoratet anser at kroner 500 er adekvat ifht. hva utdanningsinstitusjonene tidligere har honorert praksisveilederne i kommunene gjennom samarbeidsmidler.

## **5.2 Rammefinansiering**

Staten yter jf. Prop. 1 S for Kommunal- og moderniseringsdepartementet Kap. 571 årlig rammetilskudd til dekning av kommunens utgifter. Dette er beskrevet i Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar, Grønt hefte, beregningsteknisk dokumentasjon til Prop. 1. Ved å øke denne rammen tilsvarende de økte utgiftene til praksis i kommuner vil man få minimalt med administrative kostnader ved fordelingen av midlene. Dette kan tale for å legge kostnadene inn i rammetilskuddet.

Dersom alle kostnader skal inn i det årlige rammetilskuddet til kommunene, vil følgende elementer inngå, jf. kap. 4 og 5.1:

- Administrasjon av praksisordningen, forskning og fagutvikling
- Kompetansehevende tiltak for ansatte i kommunen
- Godtgjørelse for reise- og flytteutgifter
- Veiledning av studenter

### **5.2.1. Alternativ 1A - alle studier inkludert**

Våre beregninger viser at rammetilskuddet til kommunene må økes med inntil **915,5 mill.** kroner om man legger til grunn at alle kommuner får lik godtgjørelse for mottak av studenter, herunder midler til reise- og boutgifter. Som vist i forrige kapittel, vil vi ikke anbefale å inkludere midler til reise- og boutgifter i rammetilskuddet, da det kun er et fåtall av studentene som får økte bo- og reisekostnader ifb. gjennomføring av praksis. Disse kostnadene bør derfor være behovsprøvede.

Den totale rammen vil være på **915,5 mill.** kroner. Fordelt gjennom inntektssystemet for kommunene vil Oslo kommune, som er den største kommunen i landet, få et tilskudd på nærmere 97 mill. kroner, mens de minste kommunene vil få et tilskudd på i underkant av 150 000 kroner. Median ligger på ca. 1 mill. kroner.

---

<sup>32</sup> NTNU dekker kr 750 per uke / kr 3000 per mnd + reiseutgifter. Høgskolen i Molde har maksimal støtte kr. 1250,- pr. uke inkl. strøm og internett og OsloMet dekker kun reiseutgifter ifb. praksis

**Modell 1: Modellen viser fordelingen av rammen 915,5 mill. kroner basert på inntektsmodellen.**

<b>Innbyggertilskudd inkl. utgiftsutjamning</b>	
Max	96 869 000
Min	147 789
Median	1 034 943
Snitt	2 571 629

For de minste kommunene, vil ikke rammen være stor nok til å kunne bygge gode praksiskommuner. Dette kan stimulere til samarbeid med nabokommunene for å utnytte ressursene bedre, noe som kan bidra til flere nye læringsarenaer. En av utfordringene med rammefinansiering for små kommuner er at rammen også skal dekke kostnader til reise- og boutgifter for studentene samt kompetanseheving av ansatte. Blir disse utgiftene for høye i forhold til rammen, stimulerer det ikke nødvendigvis til å ta imot nye studenter.

Kommuner i sentrale strøk nær utdanningsinstitusjonene vil bli kompensert etter samme nøkkel som distriktskommunene. Dette kan føre til at sentrale kommuner blir forfordelt, ettersom de sjelden får ekstra utgifter til f.eks. dobbel bopel for sine praksisstudenter.

Per i dag er det store ulikheter i hvor mye erfaring kommunene har med å være praksiskommune. En del kommuner har jobbet strukturert med kommunene som praksisarena i flere år og vil ha andre behov enn kommuner som ikke har mye erfaring med praksisstudenter. Det er også ulikt hvor sentralt kommunen ligger i forhold til utdanningsinstitusjonen de har avtale med.

En fordel ved bruk av rammetilskudd som finansieringsmodell vil være at administrasjon av finansieringsordningen vil kreve lite ressurser. Ulempen er at ordningen ikke gjenspeiler hvilken belastning de enkelte kommunene får ved å ta imot studenter. Noen kommuner tar imot mange og andre tar imot ingen. Det kan derfor argumenteres med at rammefinansiering ikke nødvendigvis skaper insentiver for å ta imot praksisstudenter.

Praksistidens varighet varierer mellom de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene. Se vedlegg 1. Det er også ulikt hvor kostbart det er å utdanne en student. Dette gjenspeiles i KDs studiefinansieringskategorier. Helsedirektoratet mener at denne differensieringen vil være utfordrende å synliggjøre i et rammetilskudd.

### **5.2.2. Alternativ 1B - seks prioriterte studier inkludert**

Legger vi til grunn at det kun er de seks prioriterte studiene (ergoterapeut, fysioterapeut, medisin, sykepleier, vernepleier og psykolog) som skal prioriteres og finansieres gjennom denne modellen, vil 17% av praksisukene tas ut fra modellen. Samtidig vil vi anbefale å ikke redusere det faste beløpet til alle kommuner til administrasjon av ordningen.

Den totale rammen vil da reduseres til 825,9 mill. kroner. Fordelt gjennom inntektssystemet for kommunene, vil Oslo kommune som er den største kommunen i landet, få et tilskudd på nærmere 87 mill. kroner per år, mens den minste kommunene vil få et tilskudd på noe over 130 000 kroner per år. Median ligger på noe over 930 000 kroner per år.

**Modell 2: Modellen under viser fordelingen av rammen på 825.9 mill. kroner basert på inntektsmodellen.**

<b>Innbyggertilskudd inkl. utgiftsutjamning</b>	
Max	87 388 430
Min	133 324
Median	933 653
Snitt	2 319 944

### **5.3 Stykkprisfinansiering**

Stykkprisfinansiering kan være en mer treffsikker finansieringsordning enn rammefinansiering. I denne ordningen vil hver kommune motta finansiering basert på antall avtalte/gjennomførte praksisuker. En stykkprisfinansiering kan derfor skape incentiver for kommunene til å ta imot flere studenter, og for å gjennomføre en større andel av praksistiden til hver student i kommunene.

En utfordring med stykkprisfinansiering av hver enkelt student per uke, vil være at små kommuner med lite tilsig av studenter ikke vil få de økonomiske midlene til å bygge seg opp som praksiskommuner. Et alternativ her kan være at små perifere kommuner får en høyere stykkpris per student og at det gis forskjellige satser som tar hensyn til om kommunene må skaffe hybler o.l. Man vil da i tillegg til differensieringen på de ulike utdanningene også administrere en differensiering som vil foregå på kommunenivå.

Helsedirektoratet mener at en finansieringsordning basert på en ren stykkprisfinansiering vil være krevende å administrere nettopp fordi det er så store ulikheter mellom mottakerne av tilskuddet. Vi er imidlertid kjent med at det utvikles en nettbasert praksisportal kalt "Arbeidslivsportalen", som skal bistå i å administrere praksis for den enkelte student. Vår anbefaling er å utvikle en modul i dette systemet som kan administrere stykkprisfinansiering av praksis i kommunene.

Helsedirektoratet legger til grunn at det er de samme elementene som skal finansieres i stykkprisfinansieringen som i rammefinansieringen.

Følgende elementer inngår, jf. kap.5:

- Administrasjon av praksisordningen, forskning og fagutvikling
- Kompetansehevede tiltak for ansatte i kommunen
- Godtgjørelse for reise- og flytteutgifter
- Veiledning av studenter

Som for rammefinansiering, presenterer vi to alternativer for stykkprisfinansiering. Den ene er basert på at alle studier er inkludert i modellen. Alternativ B viser stykkpris dersom det kun er de seks utvalgte studiene som inkluderes i modellen.

### 5.3.1. Alternativ 2A - alle studier inkludert

Legger vi til grunn en samlet tildeling på **915,5 mill. kroner** vil dette utgjøre en stykkpris per praksisuke på **3 420 kroner**. Satsen er beregnet ut i fra en fordeling av de faste kostnadene på 380 mill. kroner fordelt på samlet antall praksisuker, som gir en sats på 1 419 kroner, pluss satsen for reise- og boutgifter, og satsen for veiledning som samlet utgjør 2 000 kroner per praksisuke.

**Tabell 2: Stykkprisfinansiering av alle de helse- og sosialfaglige utdanningene.**

<b>Utdanning:</b>	<b>Opptatte studenter 2019 årsbasis</b>	<b>Antall studieår</b>	<b>Antall uker med praksis i kommune per studieår*</b>	<b>Antall praksisuker alle studenter *</b>	<b>Tilskudd per student per år</b>	<b>Samlet årlig tilskudd for alle studenter</b>
Barnevernspedagog	797	3	5,3	12 672	18 126	43 339 266
Bioingeniør	354	3	6,6	7 009	22 572	23 971 464
Ergoterapeut	352	3	5,8	6 125	19 836	20 946 816
Fysioterapeut	434	3	5,0	6 510	17 100	22 264 200
Radiograf	237	3	5,9	4 195	20 178	14 346 558
Sosionom	877	3	5,3	13 944	18 126	47 689 506
Medisin	689	6	2,0	8 268	6 840	28 276 560
Sykepleier	5 310	3	10,0	159 300	34 200	544 806 000
Vernepleier	1 207	3	9,3	33 603	31 738	114 921 850
Audiograf	36	3	3,2	346	10 944	1 181 952
Reseptarfarmasøyt (bachelor)	73	3	3,3	723	11 286	2 471 634
Provisorfarmasøyt (master)	186	2	2,0	744	6 840	2 544 480
Klinisk ernæringsfysiolog	70	2	1,4	196	4 788	670 320
Optiker	90	3	2,8	756	9 576	2 585 520
Ortopediingeniør	11	3	4,8	158	16 416	541 728
Paramedisin	138	3	7,7	3 188	26 334	10 902 276
Psykolog	412	6	3,7	9 146	12 654	31 280 688
Tannlege/ Odontologi	202	5	-	-	-	-
Tannpleier	110	3	2,5	825	8 550	2 821 500
Tanntekniker	6	3	3,3	59	11 286	203 148
<b>SUM</b>				<b>267 768</b>		<b>915 765 466</b>

### 5.3.2. Alternativ 2B - seks prioriterte studier inkludert

Legger vi til grunn at det kun er de seks prioriterte studiene (ergoterapeut, fysioterapeut, medisin, sykepleier, vernepleier og psykolog) som skal prioriteres og finansieres gjennom denne modellen, vil få en noe høyere stykkpris per praksisuke, da de administrative kostnadene kun skal fordeles på 83% av studentukene.

En ren stykkprisfinansiering etter modell 2b vil gi en total kostnaden på **825,9 mill. kroner** dersom man legger til grunn en stykkpris av **3 700 kroner** per student per uke. Satsen er beregnet ut i fra en fordeling av de faste kostnadene på 380 mill. kroner fordelt på samlet antall praksisuker, som gir en sats på 1 704 kroner, pluss satsen for reise- og boutgifter og satsen for veiledning, som samlet utgjør 2 000 kroner per praksisuke.

**Tabell 3: Stykkprisfinansiering av kun seks utvalgte helse- og sosialfagsstudier**

Utdanning:	Opptatte studenter 2019 årsbasis	Antall studieår	Antall uker med praksis i kommune per studieår*	Antall praksisuker alle studenter *	Tilskudd per student per år	Samlet årlig tilskudd for alle studenter
Ergoterapeut	352	3	5,8	6 125	21 460	64 380
Fysioterapeut	434	3	5,0	6 510	18 500	55 500
Medisin	689	6	2,0	8 268	7 400	44 400
Sykepleier	5 310	3	10,0	159 300	37 000	111 000
Vernepleier	1 207	3	9,3	33 603	34 336	103 008
Psykolog	412	6	3,7	9 146	13 690	82 140
<b>SUM</b>				<b>222 952</b>		<b>824 922 696</b>

## 5.4 Hybridmodellen

Det er både fordeler og ulemper med hhv. ren ramme- og ren stykkprisfinansiering. Siden praksisstudier ute i kommunene er såpass komplekst, på grunn av at verdiene på de ulike variablene vil variere fra kommune til kommune og fra utdanning til utdanning, mener Helsedirektoratet at det vil være lite hensiktsmessig å velge enten en ren stykkpris- eller en ren rammefinansiering. Helsedirektoratet foreslår derfor et tredje alternativ, en hybrid modell. Modellen inneholder de samme elementene som beskrevet i de to øvrige modellene.

### Rammefinansiering av faste kostnader

Formålet med rammefinansiering av faste kostnader er å stimulere til å ta i bruk en større andel av kommunene som praksiskommuner og sikre praksisplasser som er kvalitativt gode. I rammen vil det være hensiktsmessig å legge inn midler som skal sikre at kommunene får kvalifiserte ansatte. På denne måten kan man i større grad kunne jobbe strukturert med kommunene som praksisarena. Både med det rent administrative, og det faglige. Helsedirektoratet foreslår at midlene i rammen skal dekke følgende elementer: praksiskoordinator, fagkoordinator og kombinerte stillinger.

En ramme på 350 mill. kroner vil gi 450 stillinger på landsbasis som tilsvarer 1,25 stillinger per kommune om alle stillinger ble jevnt fordelt mellom kommunene. Når midlene fordeles gjennom inntektssystemet



for kommunene vil Oslo kommune få 37 mill. kroner. Median utbetaling er i underkant av 400 000 kroner, og de minste kommunene vil få i overkant av 50 000 kroner per år. Dette kan virke som et lite beløp i små kommuner, men her er vår anbefaling at kommunene må samarbeide og bruke ressursene på mest hensiktsmessig måte.

**Modell 3: Modellen under viser fordelingen av rammen på 350 mill. kroner basert på hybrid modellen.**

Innbyggertilskudd inkl. utgiftsutjamning	
Max	37 033 479
Min	56 500
Median	395 664
Snitt	983 146

### **Særskilt tilskudd til kompetansehevende tiltak i kommunene, "Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd"**

Formålet med tilskuddet er å sikre at kommuner som velger å sende sine ansatte på veilederutdanning, eller andre kompetansehevende tiltak, får kompensert utgifter til blant annet vikarie og/eller andre utgifter. Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd (K2020) skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov. Helsedirektoratet anbefaler å styrke dette tilskuddet fremfor å opprette en ny tilskuddordning.

Helsedirektoratet foreslår å tilføre "Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd" **30 mill. kroner** for å stimulere til at flere kommunalt ansatte tar veilederutdanning, slik at kommunene får et kontinuerlig påfyll av nye veiledere. Tilskuddsordningen administreres av fylkesmannen på vegne av Helsedirektoratet.

Hensikten med å legge disse midlene inn i en tilskuddsordning er å øremerke midler til videreopplæring da riktig og god veiledning har mye å si for kvaliteten på praksisundervisningen.

### **Godtgjørelse for reise- og flytteutgifter**

I dag gis det noe tilskudd for merkostnader som studentene pådrar seg ved å flytte bort fra studiestedet/hjemsted i forbindelse med praksis. Dette administreres i dag av de ulike utdanningsinstitusjonene og vår kartlegging viser at det er ulike satser. For eksempel tilbyr NTNU<sup>33</sup> et tilskudd for leie av bolig på praksisstedet, hvor de dekker inntil 750 kroner per uke, eller 3 000 kroner per måned, mens Høgskolen i Molde<sup>34</sup> dekker inntil 1 250 kroner per uke inkl. strøm og internett.

<sup>33</sup><https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinjer+for+%C3%B8konomisk+tilskudd+under+praksisstudier+-+MH>

<sup>34</sup><https://www.himolde.no/studier/praksis-i-helse-og-sosialfagstudiene/reiseutgifter-i-forbindelse-med-praksisstudier.html>

Det kan argumenteres for at dette er kostnader som fortsatt skal dekkes av utdanningsinstitusjonene, og at det er opp til utdanningsinstitusjonene å avveie hvorvidt de ønsker å ta denne kostnaden ved å sende studenter til distriktene. Da vil vi fortsatt ha kommuner som ikke vil få praksisstudenter, selv om de har kapasitet og ønsker om å ha dem i praksis.

Dersom vi ønsker at flere kommuner skal tas i bruk, bør det vurderes om det skal opprettes en statlig tilskuddsordning som skal dekke studenters merkostnader ved reise- og flytteutgifter i forbindelse med praksis. Det kan være ulike innretninger på denne refusjonsordningen, men Helsedirektoratet foreslår at tilskuddsordningen fremdeles administreres av utdanningsinstitusjonene. Alternativt kan tilskuddet administreres av Lånekassen.

Helsedirektoratet foreslår en sats på **1 500 kroner** per praksisuke for studenter som får ekstra bo- og reisekostnader i praksisperioden. For kommuner som tilbyr egne "miljøhus" for studenter, kan godtgjørelsen dekke kommunens kostnader ved å tilby bolig for studentene. Hvordan denne ordningen skal administreres og forvaltes må utredes nærmere, men Helsedirektoratet anbefaler at tilskuddet reguleres i samarbeidsavtalene mellom kommune og utdanningsinstitusjon.

Det er lite sannsynlig at mer enn 1/3 av studentene vil benytte seg av dette tiltaket da de fleste ikke trenger å flytte for å gjennomføre praksis. Et estimat vil da være at samlet utbetaling for disse kostnadene vil ligge lavere enn godtgjørelsen til å ta imot studenter.

### **Godtgjørelse for å ta imot helse- og sosialfagsstudenter i praksis**

Veiledning av studenter krever ressurser. Helsedirektoratet foreslår at tilskuddet går direkte til den praksisvirksomheten som mottar studenten. Tilskuddet skal være med å dekke veiledning av studenter inkl. tid til veiledning og forberedelser, samt noe overhead kostnader. Kommunene mottar tilskudd per student per uke i praksis.

Helsedirektoratet mener at tilskuddet må differensieres og tilpasses kostnadene de ulike utdanningsinstitusjonene har ved å sende sine studenter i praksis. Denne differensieringen må gjøres av de som sitter på fagkunnskapen. Helsedirektoratet har i sine utregninger lagt en lik sats til grunn for alle studieretningene.

Helsedirektoratet har i modellen lagt inn en flat sats på **500 kroner** per praksisuke for veiledning. For de seks utdanningene (ergoterapeut, fysioterapeut, medisin, sykepleier, vernepleier og psykolog) som tradisjonelt har nyttet kommunen som praksisarena, er kostnaden beregnet til **111,5 mill. kroner** per år. For alle studieretninger er kostnaden beregnet til **134 mill. kroner** per år.

Begrunnelsen for at denne satsen ikke foreslås lagt til rammefinansiering, er at den skal stimulere til å ta imot studenter i praksis, og fordi det er store variasjoner i hvor mange studenter den enkelte kommune tar imot fra år til år.

### Helsedirektoratet anbefaler:

- 350 mill. kroner som fordeles til alle kommuner etter inntektsmodellen  
  
30 mill. kroner i økt ramme til Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd (K2020)  
(kompensasjon for utgifter ifb. veilederopplæring)
- 500 kroner i stykkpris for en gjennomført veiledningsuke  
(stykkpris for å stimulere til å ta imot studenter)
- 1500 kroner pr uke til bo- og reisekostnader for studenter (behovsprøvet)

Samlede kostnader vil ligge på rundt **650 mill. kroner om alle studie-retninger** inkluderes og rundt **600 mill. kroner om kun de seks utvalgte** studieretningene inkluderes.

## 5.5 Hel eller delvis finansiering av praksis i kommunen

Mye av arbeidet med praksisstudier har allerede vært utført i kommunene i mange år, og en del kommuner ser seg tjent med å ha studenter i praksis, spesielt mht. rekrutteringsformålet.

Vi har ikke funnet noen undersøkelse som kan kvantifisere nettogevinsten av å ha studenter i praksis i kommunen. Men, det er rimelig å anta at de kommunene som lykkes med praksisutdanningen, med de positive virkningene det fører med seg i form av rekruttering og ansatte med høy kompetanse, vil stille bedre i møte med fremtidens demografiske utfordringer.

Noen kommuner har kommet langt i å utvikle seg til praksiskommune og andre er helt i startgropen. Dette gjør at behovene for finansiering varierer mye mellom kommunene.

Helsedirektoratet ønsker å påpeke at det foregår mye aktivitet i form av tilskuddsordninger, pilotprosjekter, utvikling av administrative verktøy m.m., for å ruste opp kommunene og legge til rette for kvalitativt gode praksisstudier i kommunene. Helsedirektoratet anbefaler at det tas en gjennomgang av eksisterende finansieringsordninger, og andre støtteordninger, før man avgjør om praksis i kommunene skal del- eller fullfinansieres.

## **5.6 Hva kan sies om eventuelle virkninger av tiltakene**

Kommunene har til nå ikke hatt et lovfestet sørge for-ansvar for praksisutdanning; de har midlertidig hatt medvirkningsansvar for praksisstudiene.

Siden ansvaret for praksisstudier til nå ikke har vært lovpålagt, har ikke kommunen mottatt noen form for direkte statlig støtte. En del kommuner har blitt kompensert av utdanningsinstitusjonene for de studentene de har mottatt i praksis, men det har i stor grad vært snakk om en symbolsk sum hentet fra samarbeidsmidler utdanningsinstitusjonene disponerer.

Det er derfor en svært krevende øvelse å skulle sammenlikne kostnader av tiltakene som er foreslått i rapporten opp mot alternative kostnader, da det ikke har vært noen strukturert innrapportering på kostnader ved å bedrive praksisstudier i kommunene.

For å vurdere gevinstene av tiltakene, må de vurderes opp mot alternativkostnaden ved ikke å gjøre noe. Manglende kapasitetsøkning på helseutdanningene vil ganske raskt føre til mangel på viktige helsepersonellgrupper, med derav følgende kvalitetsforringelse i tjenestene og store utgifter til vikarer og andre kompenserende tiltak. Vi mener også at det er et innsparingspotensiale ved å samle de helsepedagogiske ressursene i kommunen og bruke dem på tvers.

På sikt forventes tiltakene å føre til flere og bedre praksisplasser og mer klinisk undervisning i kommunene, og derigjennom utdanning og rekruttering av kompetent helsepersonell til kommunene.

## **5.7 Allerede etablerte og tilgjengelig finansieringskilder**

Det foregår allerede flere kompetansehevende tiltak ute i kommunene, og for de fleste av disse følger det med penger. Avslutningsvis vil Helsedirektoratet kort peke på et par allerede etablerte og tilgjengelig verktøy, og finansieringskilder som kan benyttes.

### Arbeidslivsportalen

Prosjektet Arbeidslivsportalen<sup>35</sup> startet opp i 2018 og ble avsluttet juni 2020. Prosjektet ble initiert av OsloMet og var et samarbeidsprosjekt mellom blant annet NTNU, UiA og UiS, direktoratet Unit (Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning) samt representanter fra helse og kommunalsektoren og næringslivet. Ambisjonen for prosjektet var å øke kvaliteten på praksisstudiene ved at portalen skulle standardisere arbeidsprosesser knyttet til praksis. Portalen inngår i Unit sin tjenesteportefølje og er tilgjengelig for alle høyere utdanningsinstitusjoner som bruker Felles studentsystem (FS). Portalen er under utvikling, men det fremgår av portalens nettside at: "*Portalen vil bl. a. gi oversikt over hvilke praksissteder og hvilke veiledere som er brukt for hver praksisperiode, for hvilke emner og hvilke studenter som ble veiledet*".

Portalen vil således muligens kunne brukes som rapporteringskanal ved en nasjonal tilskuddsordning.

---

<sup>35</sup> <https://arbeidslivsportalen.oslomet.no/>

## Pilotordning for kommunal praksis i helse- og sosialfagutdanningene

Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning (Diku) fikk høsten 2019 i oppdrag av KD å utvikle en ny pilotordning for kommunal praksis i helse- og sosialfagutdanningene. Pilotprosjektet er en del av regjeringens satsning<sup>36</sup> for å få flere og bedre praksisplasser for helse- og sosialfagsstudenter. Universitetene og høyskolene kunne søke om til sammen 30 mill. kroner til å utvikle og prøve ut nye måter å organisere samarbeidet om praksisstudier i sykepleierutdanningene på. I utlysningen for 2020<sup>37</sup> er det satt av inntil 50 millioner kroner, og det er åpnet for å søke prosjektmidler til piloter med samme formål innen de øvrige helse- og sosialfagutdanningene.

---

<sup>36</sup><https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-ha-flere-sykepleierstudenter-i-praksis-i-kommunene/id2681607/>

<sup>37</sup><https://diku.no/programmer/pilotordning-for-kommunal-praksis-i-helse-og-sosialfagutdanningene-utlysning-2020>

# 6. Litteratur

Arbeidslivsportalen. (2020). Et nasjonalt samarbeidsprosjekt. Hentet fra <https://arbeidslivsportalen.oslomet.no/om-prosjektet/om-prosjektet-arbeidslivsportalen/>

Apotekloven. (2000). Lov om apotek (LOV-2000-06-02-39). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>

Diku. (2020). Pilotordning for kommunal praksis i helse- og sosialfagutdanningene. Utlysning 2020. Hentet fra <https://diku.no/programmer/pilotordning-for-kommunal-praksis-i-helse-og-sosialfagutdanningene-utlysning-2020>

Forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits. (2008). Forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistutdanning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land og fra Sveits (FOR-2008-10-08-1130). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-10-08-1130?q=yrkeskvalifikasjonsdirektivet>

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger. (2017). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (FOR-2017-09-06-1353). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

Helsedirektoratet. (2018, 28. juni). Helsepersonelloven med kommentarer. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>

Helse – og omsorgsdepartementet. " Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter" St. meld. nr. 19 (2014 -2015). Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet, 2015. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helse- og omsorgsdepartementet. « Fremtidens primærhelsetjenester – nærhet og helhet» St. meld. nr. 26 (2014 -2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgsdepartementet. « Nasjonal helse- og sykehusplan» St.meld.nr 11 (2015 -2016). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2016. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Helse- og omsorgsdepartementet. « Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid» St.meld.nr 47 (2008 -2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Høgskolen i Molde. (2020. 15.mai) Reiseutgifter i forbindelse med praksisstudier. Hentet fra <https://www.himolde.no/studier/praksis-i-helse-og-sosialfagstudiene/reiseutgifter-i-forbindelse-med-praksisstudier.html>

Bondevik, Gunnar, Tchudi, Hunskår, Steinar m.fl. (2020). *Praksis i primærhelsetjenesten i medisinstudiet. Ordninger, Ressursbehov og kompetanse.*

Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2020). *Inntektssystemet for kommunar og fylkeskommunar 2020. Grønt hefte*. (Prop. 1 S (2019 – 2020)). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/744de1ad6f0f4df09311c33edd01ae99/2020/h-2454\\_n\\_inntektssystemet.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/744de1ad6f0f4df09311c33edd01ae99/2020/h-2454_n_inntektssystemet.pdf)

Kompetanseløft 2020 – Rapportering alle tiltak i 2019. U.off. §15 1.ledd

Kunnskapsdepartementet. « Utdanning for velferd» St.meld. nr. 13 (2011-2012). Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2012. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>

NAV. (2020, 04. september). Statlig veiledende retningslinjer for økonomisk stønad. Hentet fra [https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kontakt-nav/oversikt-over-satser/statlige-veiledende-retningslinjer-for-okonomisk-stonad\\_kap](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kontakt-nav/oversikt-over-satser/statlige-veiledende-retningslinjer-for-okonomisk-stonad_kap)

Norges teknisk- naturvitenskaplige universitet. (2018, 1.juni). Retningslinjer for økonomisk tilskudd under praksisstudier MH. Hentet fra [https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinjer+for+%C3%B8konomisk+tilskudd+under+praksisstudier+-+MH?\\_36\\_redirect=https%3A%2F%2Finnsida.ntnu.no%2Fwiki%2F-%2Fwiki%2Ftag%2F%25C3%25B8konomisk%2Btilskudd%3Fp\\_r\\_p\\_185834411\\_title%3DPraksis%2Bi%2Bhelse-%2Bog%2Bsosialfagutdanningene](https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinjer+for+%C3%B8konomisk+tilskudd+under+praksisstudier+-+MH?_36_redirect=https%3A%2F%2Finnsida.ntnu.no%2Fwiki%2F-%2Fwiki%2Ftag%2F%25C3%25B8konomisk%2Btilskudd%3Fp_r_p_185834411_title%3DPraksis%2Bi%2Bhelse-%2Bog%2Bsosialfagutdanningene)

Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen . "Kvalitet i praksis – utfordringer og muligheter. Samlerapport basert på kartleggingsfasen av prosjektet Operasjon praksis 2018 -2020". (2019) [https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/ua/2019/kvalitet-i-praksis-utfordringer-og-muligheter\\_16-2019.pdf](https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/ua/2019/kvalitet-i-praksis-utfordringer-og-muligheter_16-2019.pdf)

OsloMet. (2020, 29.juli) Refusjon og reiseutgifter i forbindelse med praksis. Hentet fra <https://student.oslomet.no/refusjon-reiseutgifter>

Rambøll Management Consulting. (2017). *Utvikling av kommunen som læringsarena for helse- og velferdsutdanninger*. ( FOU – Prosjekt 164003): Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/e96f71f1f5984789b02faebdb333d8ff/rapport.pdf>

Regjeringen. (2019, 14.juni.) F-04-19 Rundskriv til forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger og tilhørende forskrifter for hver utdanning. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/f-04-19-rundskriv-til-forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse-og-sosialfagutdanninger-og-tilhorende-forskrifter-for-hver-utdanning/id2654351/>

Regjeringen. (2019, 19.desember). Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse-og-sosialfagutdanningene/id2569499/>

Regjeringen. (2019, 10.desember). Regjeringen vil ha flere sykepleierstudenter i praksis i kommunene. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-ha-flere-sykepleierstudenter-i-praksis-i-kommunene/id2681607/>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Tannhelsetjenesteloven. (1983). Lov om tannhelsetjenesten ( LOV-1983-06-03-54). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

Universitets- og høyskoleloven. (2005). Lov om universiteter og høyskoler (LOV-2005-04-01-15). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>

Universitets- og høskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: PRAKSISPROSJEKTET. Oslo: Universitets- og høskolerådet, 2016.  
[https://www.uhr.no/\\_f/p1/i0311e40a-4465-4a77-a3f3-565762627e15/2016-praksisprosjektet\\_sluttrapport.pdf](https://www.uhr.no/_f/p1/i0311e40a-4465-4a77-a3f3-565762627e15/2016-praksisprosjektet_sluttrapport.pdf)

Universitets- og høskolerådet. Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene. Oslo: Universitets- og høskolerådet, 2010.  
[https://www.uhr.no/\\_f/p1/i7e78f23f-3cf7-42df-873e-46b9642b6fbb/kortversjon\\_fokus\\_p\\_praksisstudiene\\_2.pdf](https://www.uhr.no/_f/p1/i7e78f23f-3cf7-42df-873e-46b9642b6fbb/kortversjon_fokus_p_praksisstudiene_2.pdf)



# Vedlegg 1

Utdanning	Opptatte studenter 2019 årsbasis	Antall utdannings- uker opptatte studenter 2019 årsbasis	Andel praksis Lav (minimumskrav ihht RETHOS)	Andel praksis Høy*1	Praksisuker Lav	Praksisuker Høy	Praksisuker Gjennomsnitt	Andel i kommuner	Praksisuker i kommune (modell 2A)	Praksisuker i (modell 2B)	Praksisuker per student - Hele studie
Barnevernspedagog	797	95 640	20 %	33 %	19 128	31 561	25 345	50 %	12 672		16
Biingeniør	354	42 480	33 %	33 %	14 018	14 018	14 018	50 %	7 009		20
Ergoterapeut	352	42 240	25 %	33 %	10 560	13 939	12 250	50 %	6 125	6 125	17
Fysioterapeut	434	52 080	25 %	25 %	13 020	13 020	13 020	50 %	6 510	6 510	15
Radiograf	237	28 440	26 %	33 %	7 394	9 385	8 390	50 %	4 195		18
Sosionom	877	105 240	20 %	33 %	21 048	34 729	27 889	50 %	13 944		16
Medisin	689	165 360	10 %	10 %	16 536	16 536	16 536	50 %	8 268	8 268	12
Sykepleier	5 310	637 200	50 %	50 %	318 600	318 600	318 600	50 %	159 300	159 300	30
Vernepleier *2	1 207	144 840	25 %	33 %	36 210	47 797	42 004	80 %	33 603	33 603	28
Audiograf	36	4 320	13 %	19 %	562	821	691	50 %	346		10
Reseptarfarmasøyt (bachelor)	73	8 760	13 %	20 %	1 139	1 752	1 445	50 %	723		10
Provisorfarmasøyt (master)	186	14 880	10 %	10 %	1 488	1 488	1 488	50 %	744		4
Klinisk ernæringsfysiolog	70	5 600	7 %	7 %	392	392	392	50 %	196		3
Optiker	90	10 800	11 %	17 %	1 188	1 836	1 512	50 %	756		8
Ortopediingeniør	11	1 320	15 %	33 %	198	436	317	50 %	158		14
Paramedisin	138	16 560	27 %	50 %	4 471	8 280	6 376	50 %	3 188		23
Psykolog	412	98 880	17 %	20 %	16 810	19 776	18 293	50 %	9 146	9 146	22
Tannlege/Odontologi *3	202	40 400			0	0	0	50 %	0		0
Tannpleier	110	13 200	3 %	22 %	396	2 904	1 650	50 %	825		8
Tanntekniker	6	720	17 %	16 %	122	115	119	50 %	59		10
	11 591	1 528 960			483 280	537 386	510 333		267 768	222 952	

\*1 Kolonnen gjengir høyeste prosentpraksis i et studie rapportert inn for 2019

\*2 Praksisandel i kommuner 80%

\*3 Tall ikke innrapportert

## Praksis i kommunene

### Utgitt

Oktober 2020

### Bestillingsnummer

IS-2956

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)