

KUNNSKAPSDEPARTEMNTET
Postboks 8011 Dep
0032 OSLO

Att. Karin Hårstad Fonn

Deres ref.:
22/4033

Vår ref.:
2023/459 - 6373/2023

Saksbehandlar:
Bjørn Ivar Bø

Dato:
29.06.2023

Innspel til profesjonsmeldinga

Vi viser til brev datert 28.04.2023. Vedlagt følgjer Helse Vest RHF sitt innspel til profesjonsmeldinga.

Bakgrunn:

Grunnlag for innspel til melding til Stortinget om profesjonsutdanningane (profesjonsmeldinga)

«Det norske velferdssamfunnet har stor oppslutning og er prega av høg tillit, men velferdsstaten står likevel framfor fleire utfordringar. Noreg har ei lita befolkning og landet er stort og langstrekt. Lågare fødselstal og ei eldre befolkning gir færre personar til å løyse oppgåvene i velferdsstaten framover. Samtidig er det sannsynleg at forventningane og krava til velferdstenestene vil vere like høge eller høgare enn i dag, i åra som kjem.

Det er kandidatar frå profesjonsutdanningane som driv heilt sentrale delar av den norske velferdsstaten, og som skal vere viktige drivkrefter i det grønne skiftet. Derfor må utdanningssystemet kunne følgje opp med rett kapasitet og god kvalitet og arbeidslivsrelevans.»

Så langt har vi identifisert nokre utfordringar profesjonsmeldinga bør klargjere innan kvalitet, kapasitet og mangfald.

Spørsmål frå HOD (blå skrift) og svar frå føretaksgruppa Helse Vest (svart skrift):

«Ta utgangspunkt i dei spørsmåla de ønskjer å svare på.»

Generelt

1. *I teksten over har vi trekt opp ein del utfordringar for profesjonsutdanningane. Er de samde i at dette er sentrale utfordringar? Kva vil de eventuelt trekkje fram for å supplere eller korrigere dette utfordringsbiletet?*

Helse Vest er einig i dei utfordringane HOD har peika på. Utfordringane vil kvar for seg i ulik grad påverke helse- og sosialfaga. *Kvalitet, kapasitet og mangfald* er områder med vi har satt søkelys på i føretaksgruppa Helse Vest. Alle studentar innanfor same studieretning skal ha lik sluttkompetanse på tvers av studiestad. Kapasitet på mellom anna praksisplassar er og høgt prioritert. Det er nyleg presentert ein rapport frå ei arbeidsgruppe etablert av Samarbeidsorganet for utdanning for å gå gjennom moglegheitene for nye praksisarenaer og organiseringa av praksis inkludert tiltak, (sjå vedlegg).

Mangfald og inkludering er viktig for føretaksgruppa Helse Vest. Det har vært ein god utvikling over mange år, særleg for kulturelt mangfald, men vi må likevel påpeike at det for nokre utdanningar ikkje er tilstrekkeleg rekruttering av studentar som speglar det kulturelle mangfaldet ikkje er godt nok. Det er eige arbeidsgruppe, (regional og nasjonal), som skal bidra til inkluderande mangfald, mellom anna betre balanse mellom kjønn, etnisitet og medarbeidarar med fysiske utfordringar.

Helse Vest ser framleis behov for å auka utdanningskapasiteten for fleire fagområde. Vi har mellom anna gjort greie for behov for auke for medisinarutdanninga ved UiB om ein skal lukkast med Vestlandslegen. Det er og gjort greie for framtidig behov til Helsedirektoratet per utdanning i brev datert 12.06.2023.

Rettleiing og opplæring av studentar i praksis er ein viktig del av sjukehusa sine oppgåver. Helseføretaka melder at det er utfordrande å tilby tilstrekkeleg tal praksisplassar med god nok kvalitet og relevans for einskilde utdanning der det er vesentleg høgare tal studentar enn kandidatmåltala. Når studenttalet aukar utan tilstrekkeleg samspel mellom utdanningssektoren og Samarbeidsorganet for utdanning saman med helseføretaka, og ein i tillegg held fast ved kor praksisstadene i helseføretaka praksisperiodane kan avviklast ved, er det som om «veven raknar». Tal studentar kan ikkje trumfe kvalitet, pasienttryggleik og arbeidsmiljø.

Føretaksgruppa Helse Vest understrekar at det vil vere heilt nødvendig å auke tal medisinarstudentar på Vestlandet. Vestlandslegen startar opp i Helse Stavanger hausten 2023. For at det skal være berekraft og sikre at utviklinga Vestlandslegen skal vidareførast til heile Vestlandet må studenttalet aukast. Godt og relevant innhald i grunn- og spesialistutdanninga av legar er eit felles ansvar for universiteta og helsetenesta. Mange legar i Noreg har si grunnutdanning frå utlandet. Sjølv om Noreg har den høgaste legedekninga per innbyggjar i OECD, meldar både kommunehelsetenesta og sjukehusa at det er krevjande å rekruttera like godt til alle spesialitetar, til store og mindre helseføretaka og sjukehus.

Det er særleg viktig å peika på behov for spesialistutdanninga for kliniske psykologar. Vidareutdanning til klinisk psykologspesialist bør organiserast på same måte som for legar i spesialisering. For Vestlandet er det og viktig at UiS lukkast med godkjenning og etablering av klinisk psykologi så raskt som mogleg. Det vil tene kommunehelsetenesta

og spesialisthelsetenesta, men ikkje minst bidra til å understøtte prioritering av psykisk helsevern og rus.

Helse Vest RHF foreslår at det blir greie ut om spesialisering/spesialistutdanning for psykologar bør tilleggas helseføretaka på same måte som for LiS-leger. Dette med omsyn til etablering av felles faglege robuste fagmiljø. Vidare kan spesialistutdanning for psykologar bli tettare integrert med tenesta. Endringa kan og bidra til ytterlegare samarbeid og felles fagleg utvikling, moglegheiter for å leggje til rette for spesialistutdanning på same måte som for LiS-legar, (gjennomføring av læringsmål, læringsutbytte, rettleiing, supervisjon mm). Per i dag har Norsk Psykologforening som står for spesialistutdanninga av psykologar. Helse Vest RHF meiner at dette bør greiast ut i eit samarbeid mellom fire regionale helseføretaka.

2. Korleis kan universitet og høgskular utvikle utdanningane i tråd med framtidige kompetansebehov og samfunnsendringane vi trekk opp?

Den medisinske utvikling skjer raskare og raskare, kunnskapsgrunnlag om metodar, kvalitet og prosedyrar påverkar raskare og raskare pasientar blir utgreia, behandla, følgt opp og deltar i sine pasientforløp. Dei aller fleste pasientkontaktane skjer no poliklinisk og vi må i aukande grad tilby digitale løysingar som ein integrert del av pasientforløp; digitale helsetenester vil vere helsetenester, men blir ytt utan omsyn til lokalisering. På same til skal vi yte spesialisthelseteneste 24 timar i døgnet for innlagde pasientar og akutt spesialisthelseteneste. Helseføretaka og utdanningsinstitusjonane må i endå større grad samarbeide om å utvikle dei helsefaglege utdanningane for å sikre arbeidslivsrelevans. I det ligg det at tenestene i større grad må vere med å påverke innhaldet i utdanningane, og utdanningsløpa.

Arbeidslivsrelevans bør være ein obligatorisk og nødvendig del i utvikling og planlegging av studietilbod. Eit alternativ tiltak kan være at det gis handlingsrom for at nasjonale rammeplanar kan tilpassast lokal arbeidslivsrelevans samstundes som prinsippet om lik sluttkompetanse blir ivaretake. Nye studietilbod bør forankrast i Samarbeidsorganet for utdanning. Det gjeld og vesentlege endringar i opptakskrav, master eller vidareutdanning for utvalde prioriterte utdanningar, til dømes ABIOK utdanninga. Dette for å sikre at rett kompetanse blir tilgjengeleg i tråd med behova i spesialisthelsetenesta. Vi viser til vår høyringsuttale til Helsepersonellkommissjonens rapport. Vi må bygge kompetanse nedanfrå og oppover. I tillegg til rett kompetanse må og dimensjoneringa, det vil seia tal studentar, vera ein del av oppgåvene til Samarbeidsorganet for utdanning.

Samarbeidsorganet for utdanning og Samarbeidsorganet for innovasjon og forskning er samde om å gjennomføre forskning på simulering og ferdigheitstrening som kan bidra til utvikling og modernisering både i utdanninga og for kompetanseutvikling i helseføretaka; «Regionalt forskningsnettverk, Forskning på effektar av simulering i utdanning og kompetanse». Vi må og i samarbeid bli betre til å gi gode bachelor og masteroppgåver til studentane, oppgåver som er relevante for sektoren som igjen kan bidra til tettare samspel gjennom utdanninga og førebuing på oppgåvene ein skal løyse i tenesta. Samarbeidsorganet for utdanning sett derfor i verk tiltak som og skal bidra til relevans for masteroppgåver/hovudfagsoppgåver.

Simulering og ferdigheitstrening bør vere ein naturleg læringsmetodikk. Vi er klar over at EU regelverket avgrensar kva som er mogleg å ta omsyn til i RETHOS retningslinjene, men for dei vidareutdanningane eller deler av utdanningane der det er mogleg, bør moglegheitene realiserast.

Det heng og saman med at ein i dag set risiko/pasienttryggleik og arbeidsmiljø som ein heilskap, at det ein ikkje bør nytta pasientar som grunnleggande trening blir erstatta av simulering og ferdigheitstrening. Utvikling og bruk av spelteknologi for læring bør og greiast ut. Vi ser særleg på bruk av spelteknologi som tiltak for å tileigna seg digital kompetanse, bruk av IKT løysingar, søkelys på samhandling som områder det vil være særleg aktuelt for. Forståing av heilskaplege, planlagde, føreseielege og samanhengande pasientforløp er eit viktig område dette kan vere høgst aktuelt for, aktuelle kliniske prosedyrar og særleg legemiddelområdet.

Kvalitet

3. Sikrar krava vi stiller til fagmiljø gjennom lov og forskrift kvalitet og relevans i profesjonsutdanningane, eller er dei til hinder for t.d. praksisretta utdanningar?

Rammeplanar og nasjonale retningslinjer er eit viktig rammeverk for å sikre kvalitet og relevans i utdanninga, og bidrar til likt læringsutbytte for studentane på tvers av utdanningane. Det er likevel viktig at planane ikkje famnar for ambisiøst utover EU rammene, og at det ikkje er for stor overlapp mellom krav til dei ulike profesjonane. Vidare må ein leggje vekt på evne til å jobbe i team rundt pasienten og som fremjar kultur for oppgåvedeling og samhandling, jf. Helsepersonellkommissjonen sin rapport, sjå og punktet over.

4. Kva barrierar finst når det gjeld å tilsetje personar med fersk erfaring frå yrkesfeltet anten i delte eller heile faglege stillingar i profesjonsutdanningane? Kva kan byggje ned desse barrierane?

Krav om at alle som underviser må ha mastergrad kan vere ein barriere. Det finst dyktige fagpersonar utan mastergrad med særleg klinisk viktig erfaring og kompetanse og ressurs som er heilt grunnleggande å nytta for dei helsefaglege profesjonsutdanningane.

I tillegg vil auka bruk av kombinerte eller delte stillingar mellom yrkesfelt og høgskule vera gunstig for alle parter, både med omsyn til samarbeid mellom institusjonar og til karriereutvikling for den einskilde. For å få dette til er det behov for å utarbeide tydelege retningslinjer, mellom anna knytt til arbeidsgivaransvar og arbeidsvilkår. Hos legar er det vanleg å ha full stilling i føretaket samstundes som ein har fast undervisning i UH-sektoren, men dette er ikkje tatt i bruk i same grad i andre profesjonar. Samarbeidsorganet for utdanning og Samarbeidsorganet for innovasjon og forskning har og behandla felles sak om kombinerte stillingar;

«Samarbeidsorganene vurderer at kombinerte stillinger er et viktig tiltak for å sikre rekruttering, beholde og utvikle kompetanse i alle deler av Helse Vest-området, og enes om at regionen er tjent med en mer systematisk tilnærming til samarbeid rundt kombinerte stillinger. Basert på tidligere diskusjoner i Samarbeidsorganene foreslås følgende oppsummering og retning for arbeidet videre:

- *Gjennom åpenhet og kunnskap om eksisterende avtaler kan det legges til rette for at man kan finne gode løsninger mellom institusjonene.*
- *Det bør legges til rette for at medarbeidere i kombinerte stillinger kan utføre oppgaver både innen studentundervisning og forskning innenfor normalarbeidstid, og det bør sikres god dialog om når arbeidstaker skal være tilgjengelig for den enkelte arbeidsgiver.*
- *Helse Vest ønsker å nedsette en arbeidsgruppe sammen med helseforetakene for å foreslå løsninger for kombinerte stillinger i helseforetakene som både kan ivareta forskning og undervisning i regionen basert på desentrale utdanninger.»*

5. *Er det utfordringar med å rekruttere personar med førstekompetanse til utdanningane og i tilfelle kvifor?*

Samarbeidsorganet for utdanning har kartlagt kva behov UH sektoren har dei neste åra. Det er eit tydeleg behov for å sikre førstekompetanse. Det vil vere heilt avgjerande å sikre denne rekrutteringa for å sikre utdanningskapasiteten i framtida. Vi meiner det må utviklast tydelege strategiar der UH sektoren er tydelege på sine behov, at det blir kommunisert både i kommune- og spesialisthelsetenesta. Det er i samarbeid ein kan sikre tilstrekkeleg førstekompetanse. Vi er uroa for at UH sektoren sine behov ikkje er tydeleg nok kommunisert. Eit konkret tiltak er at det bør utviklast karriere planar for kandidatar som vil prioritera ein akademisk karriere.

6. *Kva skal til for å bygge sterke forskingsmiljø i profesjonsutdanningane. Kva er barrierane?*

Det er eit behov for tettare integrasjon/kontakt mellom arbeidsliv og UH sektor og mellom forskarar og praksisfelt. Studentar på masterprogram og doktorgradsprogram må koma tettare på forskingsmiljø i sjukehusa.

I tillegg vil kombinerte stillingar vera eit tiltak for å forsterka forskingsmiljøa. Det vil sei å tilsette fleire medarbeidarar med relevant yrkesfagleg og akademisk bakgrunn både i sjukehus og ved universitet eller høgskular. Kombinerte stillingar må gjerast meir attraktive, både med omsyn til organisering, innhald og løn, og med klart definerte oppgåver og rammer som er mogeleg å gjennomføre i den stillingsprosenten ein har. Barrierar kan vere det å ha to arbeidsgivarar som stiller umoglege samtidige krav, og at det er ulike lønningar hos dei ulike arbeidsgjevarane.

7. *Korleis kan koplinga mellom forskning og undervisning innan profesjonsfag bli betre?*

Ein må sikre at undervisarane har relevant profesjons- og yrkesbakgrunn og at det brukast pedagogiske modellar og praksisar som er forskingsbasert. Vidare er det viktig å sikre at undervisninga er i tråd med dei nyaste forskingsresultata.

I tillegg bør det bli meir fokus på korleis vi tar i bruk ny kunnskap. Det må sikrast at ny kunnskap dekkjer kunnskapsbehov i arbeidsliv.

Døme kan vere å ha gode bachelor- og masteroppgåver som varetar slike koplingar – tilgjengeleg forskning opp mot kunnskapsbehov i arbeidslivet.

8. *Korleis påverkar rammeplanane kvalitet og gjennomføring i profesjonsutdanningane?*

RETHOS retningslinjene er relativt nye for dei fleste helse- og sosialfaglege utdanningane. Det er framleis dialog om kva ein legg i dei ulike omgrepa. Kvaliteten og relevansen for alle partar, UH sektoren, studentane og sektoren kunne vært endå betre om det var mogleg med føreseieleg revisjon av rammeplanane. Ein føreseieleg plan for gjennomgang og moglegheit for revisjon bør etablerast. Smidig tilnærming som held fast på det som skal vere varige rammer skal sjølvstendig ligge fast.

9. *Kva bidreg rammeplanane for ingeniørutdanningane med, og er det framleis behov for rammeplanar for ingeniørutdanningane? Dersom det er behov for rammeplanar, er det noko som bør endrast i dagens rammeplan for ingeniørutdanningane?*

For nokre ingeniørutdanningar som er særleg aktuelle for helsesektoren vil det være viktig at det føreligg rammeplanar. Vi har ikkje hatt anledning til å greie ut behova, og håper det kan bli anledning til å kome med innspel til kva ingeniørutdanningar det kan vere aktuelt for.

10. *Korleis fungerer samarbeidet mellom arbeidsliv og utdanning? Kva skal til for å få til godt samarbeid og kva barrierar finst det?*

Føretaksgruppa Helse Vest har eit godt samarbeid med UH sektoren på Vestlandet, det er i dei tilfella ein har ulike behov det blir krevjande. Samarbeidet skjer gjennom Samarbeidsorganet for utdanning, samarbeidsforum i kvar av verksemdene på toppleiar og råd og utval for dei ulike utdanningane. Det blir og inngått samarbeidsavtaler – temabasert. Føretaka melder at dei eksisterande samarbeidsavtalane ikkje i tilstrekkeleg grad blir etterlevd. Mellom anna tidleg nok involvering ved endring av studieplanar, tidspunkt for start av studie ved vidareutdanningar, moglegheit for kvotar som sikrar helseføretaka at deira prioriterte kandidatar blir tatt opp og oppretting av nye studiar. Dette er tema som blir diskutert i Samarbeidsorganet for utdanning, men forpliktinga bør være sterkare.

Føretaksgruppa Helse Vest ønskjer ikkje gjennomgåande mastergrad for alle profesjonsutdanningar innan helsefaga. Vi syner til våre innspel på dette temaet i mange uttaler og utgreiingar.

Føretaksgruppa Helse Vest legg vekt på at klinisk yrkeserfaring, minimum eitt år og helst to år relevant klinisk erfaring må og skal vere opptakskrav til vidareutdanning innan jordmor, anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft (J og ABIOK). Vi legg til grunn, i tråd med sak lagt fram i Samarbeidsorganet for utdanning, at helseføretaka stiller krav for å kunne få gjennomføre hovudpraksisperiodane at studentane har tilstrekkeleg relevant klinisk erfaring på to år, eventuelt ein risikobasert vurdering om eit år. Dette er krav føretaksgruppa vil praktisera med omsyn til risiko for kvalitet, pasienttryggleik og arbeidsmiljøet ved spesialeiningar og fødeiningar. Det har vært tilsvarande prosess i Samarbeidsorganet for utdanning i Helse Sør-Aust.

11. Korleis fungerer dialogen mellom universitet og høgskular og arbeidsliv/samfunn, og er det tiltak som kan bidra til god dialog om kvalitet og relevans i utdanningane.

Helseføretaka i føretaksgruppa Helse Vest har samarbeidsarena på alle nivå med utdanningsinstitusjonane i vår region, og har dermed moglegheit for dialog om ulike saker. Vi held fast på at føretaksgruppa Helse Vest i større grad må involverast ved utvikling og endring i utdanningane for å sikre arbeidslivsrelevans og kvalitet.

For fysioterapiutdanninga har det i mange år vært manglande samspel, vi blir kvart år pålagt å gi langt fleire studentar som skal ha hovudpraksis i sjukehusa enn vi faktisk har relevante læringsarenaer til. Det hjelper ikkje på kvalitet og resultat at ein må ha fleire studentar i hovudspraksisperiodar enn det som kan gi relevant og godt læringsutbygge. Dette er ei utdanning der ein bør avgrensa tal studentar så raskt som mogleg.

Kapasitet

12. I Utsynsmeldinga blir det fastslått at dimensjoneringa av utdanningssystemet skal bli meir i tråd med behovet i samfunnet. Det skal skje mellom anna gjennom at UH-sektoren prioriterer å auke talet på studieplassar innanfor område som er etterspurde av arbeidslivet og av dei utdanningssøkjande, og som er særleg viktige for Noreg: IKT, helse og utdanning som er nødvendig for det grønne skiftet. Korleis kan institusjonane arbeide for å sikre tilstrekkeleg kapasitet i profesjonsutdanningane?

Det kan vera nødvendig med samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjonar for å nytte kapasiteten i praksisfeltet best mogeleg. Eit godt døme på dette er samarbeidet mellom HVL og VID i Bergen, kor praksisperiodane er samkøyrde saman med helseføretaka. Vidareutvikling av Vestlandslegen er eit anna døme på å ta heile Vestlandet i bruk.

Helse Vest og helseføretaka har eit særleg ansvar for å dele kunnskapsgrunnlag og framskrivningar i Samarbeidsorganet for utdanning. Det vil ikkje vere mogleg for kvar einskild utdanningsinstitusjon å følgje med behov og utviklinga. Vi meiner dei kunnskapsgrunnlaga føretaksgruppa Helse Vest utarbeidar saman med føretaka må kome utdanningssektoren til gode. Utviklingsplanar, framskrivningar og berekrafts prosjekt må delast med utdanningssektoren som igjen blir eit felles grunnlag for prioritering og dimensjonering.

13. Har de døme på god dialog mellom universitet og høgskular og arbeidsliv for å sikre at kapasiteten er i tråd med behovet i arbeidslivet?

Føretaksgruppa Helse Vest har god dialog om dimensjonering av bachelor- og vidareutdanning innan dei fleste helsefaga. Det er jamlege samarbeidsmøte på ulike nivå innan både forsking- og utdanningsfeltet. Eit fersk døme er behov for fleire stråleterapeutar ved etablering av protonbehandling ved Haukeland universitetssjukehus. I den samanheng har Helse Vest og Helse Bergen hatt dialog om auka utdanningskapasitet ved OsloMet i samarbeid med Helse Sør-Aust og OUS, kor talet på studieplassar blir auka frå 25-35 hausten 2023. Vi er usikre på om dei som blir ferdig utdanna stråleterapeutar, som då har budd i Oslo, vil søkje seg til Helse Bergen.

14. Korleis kan vi utnytte utdanningskapasiteten, og særleg ledig utdanningskapasitet, best mogleg?

Gjennom samarbeid på tvers av føretaka og UH-sektoren, systematisk, ope og føreseieleg både i Samarbeidsorganet for utdanning og god etterleving av samarbeidsavtalar som blir etablert mellom UH og føretaka.

Vi har ikkje etablert systematikk eller modellar for å melde ledig kapasitet i praksisfeltet til andre skular enn dei ein har samarbeidsavtale med. Ein årsak er at ein nyttar alle gode praksiseiningar som blir stilt til disposisjon til fulle. For jordmorutdanninga har Helse Fonna moglegheit til å ta imot studentar frå UiS og VID. Dette er eit område vi saman vil vidareutvikle for å sikre at og dei mindre føretaka og små fødeeingane som har kapasitet og kompetanse til å gi gode hovudspraksisperiodar blir naturlege å nytta fullt ut.

Ein eventuell endring må ta vareta utfordringa med at studentane kan ha ulike læringsmål til ulike gjennomføringstidspunkt.

15. Kva er barrierane for å få til fleksibel og desentralisert utdanning?

For Vestlandslegen vil det vere heilt avgjerande å auke tal studieplassar ved UiB. Helse Fonna og Helse Førde planlegg oppstart av Vestlandslegen, men det vil ikkje kunne realiserast med mindre tal medisinarstudentar ved UiB aukar. Vi meiner og Vestlandslegen vil kunne bidra til stødig tilfang til fastlegar og kommunehelsetenesta. Vestlandslegen skal tena både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

Fleire av studiestadene på Vestlandet har prøvd ut og etablert desentralisert utdanning. Det er gode døme på å ta heile Vestlandet i bruk, at det kan bidra til å sikre kompetanse i mindre sentrale kommunar.

16. Har de gode døme på fleksible og desentraliserte utdanningstilbod i profesjonsutdanningar?

I 2019 blei det inngått ein intensjonsavtale mellom Helse Vest og Lovisenberg Diakonale Sjukehus for etablering av desentralisert vidareutdanning i nyfødt sjukepleie. I Helse Bergen har seks sjukepleiarar gjennomført utdanninga, og to er under utdanning. I Helse Stavanger har fire sjukepleiarar gjennomført utdanninga og fire er under utdanning. Dette har vore svært vellukka, og sikra føretaka kritisk kompetanse ved Barne- og ungdomsklinikken og Nyfødt intensiv avdeling.

Sjå og svar på spørsmål 15.

17. Kva må til for at fleire unge skal velje profesjonsutdanningar det er stor etterspurnad etter i arbeidslivet?

Vi må bidra til å syne fram mangfaldet og moglegheitene overfor ungdom så tidleg som mogleg, allereie på ungdomsskulen. Dei må få informasjon om kva moglegheiter og fordelar det er innan dei ulike profesjonsutdanningane, jf. det nye faget «utdanningsval». Dei må få vite at det å jobbe i helsetenesta er meiningsfylt og givande, men også krevjande, med arbeid med sjuke og skrøpelege menneske i vanskelege livssituasjonar, og mange stader med behov for døgnkontinuerlege vakter.

Til sist er det viktig at vi og tilbyr ungdomsskuleelevar arbeidsveke på sjukehusa. Ein kan ikkje delta i alle aktivitetar, men vi kan og nytte simulering og mange aktivitetar for å vise fram mangfaldet. Det er knapt nokon sektor/bransje som har så mangfaldige moglegheiter som ikkje avgrensar seg til helseprofesjonar, men eit hav av moglegheiter. Vi ynskjer å utvikle modellar for å vere til stades på ungdomsskular, yrkesmesser med meir, det ansvaret og dei moglegheitene må vi sjølve ta hand om.

18. Korleis kan vi mobilisere vaksne som har familie og økonomiske forplikningar til å ta ei profesjonsutdanning?

Helseføretaka i føretaksgruppa Helse Vest gir økonomisk støtte til fast tilsette medarbeidarar som tek relevant vidareutdanning, (til dømes ABIOK). Det er og etablert tiltak for vidare utdanning på fagskulenivå. Det bør og vurderast å tilby tilsvarande ordningar til fast tilsette medarbeidarar utan formell kompetanse skal få gjennomført fagbrevutdanning. Fleire av føretaka har tilbod for mange faggrupper. Desentraliserte og deltidstudanningar kan vere viktige tiltak for å mobilisere medarbeidarar til å ta profesjonsutdanning.

19. Bør fleire av profesjonsutdanningane organisere arbeidsplassbaserte utdanningar, y-veggar, tresemesterordning eller forkurs?

Helse Fonna melder om at det har vore gjort forsøk med y-veg i sjukepleiarutdanninga, men det vart ikkje vidareført. Ein bør likevel sjå på moglegheit for å prøve ut nye modellar. Det vil vere i tråd med Helsepersonellkommissjonens rapport å bygga kompetanse nedanfrå og opp. Då må det og vere mogleg å bygga på, få godkjent dokumentert erfaring og gjennomførte kompetansetiltak i verksemdene. God og rett oppgåvedeling inneber og at ein avgrensar kva utdanning og kompetanse som må til for oppgåvene som skal løysast. Eit døme er at helsefagarbeidarar kan ha ansvar og oppgåver som nå blir utført av sjukepleiarar, helsesekretærar må og få utføra dei oppgåvene dei er utdanna for, til dømes blodprøvetaking. Vi syner her til Helse Stavanger som gjennomfører desentral blodprøvetaking som har god effekt på pasientflyten i helseføretaket.

Helse Bergen melder at dei har helsefagarbeidarar som ser på sjukepleie som ein moglegheit til vidare utdanning. Sjølv med lang og god praksis må dei likevel først ha studiekompetanse og ta VG 4 påbygg, utan at dette er direkte knytt til utdanning. Det innebere at di må gå eit år på skule for å tilfredsstilla opptakskravet, i staden for å få relevant arbeidserfaring før vidare studiar. Eit forkurs kan vere ein ved inn til vidare utdanning og som bør greiast ut. Det kan og vera praktisk og teoretisk opptaksprøve som kan erstatta VG 4 påbygg.

20. Er C-krav til opptak til masterutdanning til hinder for å vidareutdanne helsepersonell med erfaring frå arbeidslivet?

Helseføretaka i føretaksgruppa Helse Vest gjer innspel på at det kan vera nyttig å stille kvalitetskrav til studentar som skal starte masterutdanning, for å sikre at dei klarer å fullføre eit krevjande studieløp. Kravet er likevel ueigna i den forma den er no.

Årsaka er at C-kravet baserer seg på vitnemålet frå bachelorutdanninga, og det ikkje er mogleg å bruke tilleggspoeng for å oppnå C-kravet. Mange medarbeidarar har tileigna seg svært verdifull kompetanse og erfaring som ikkje står i samanheng med oppnådd karakter i bachelor utdanninga. Mange endrar læringsreisa si noko som bør tas omsyn til.

Det er med få unntak umogleg å ta opp igjen/forbetre karakterar frå grunnutdanninga innan høgare utdanning. Dette gjeld særleg innan helsefag. Det betyr at høgkompetente medarbeidarar med lang erfaring og relevant vidareutdanning likevel kan vera ukvalifisert til å starte på eit masterstudium der opptakskravet er basert på C-krav frå bachelorutdanninga. Dei kan ha vakse inn i rolla, utvikla forståing og eit kompetansenivå vi ikkje bør miste.

Ein bør greie ut korleis ein kan innføre ein generell test, til dømes tilsvarande «Høgskoleprovet for grunnutdanning» i Sverige, for medarbeidarar med manglande gjennomsnittskarakter slik at dei kan kvalifisere seg til vidare utdanning.

Vi har fleire erfarne og kompetente medarbeidarar som ikkje har kome inn på ønska og aktuelle vidareutdanningar på grunn av deira bachelorkarakterar. For sjukehusa er det viktig å sikre kritisk kompetanse og C-kravet fører til at ei gruppe motiverte og høgst kompetente medarbeidarar ikkje får anledning til vidareutdanning/studieplass.

21. Bruker institusjonane høvet til å sikre lokal rekruttering ved bruk av kvotar i opptaket til vidareutdanning i helsefag? Kvifor/kvifor ikkje?

Føretaksgruppa Helse Vest har diskutert kvotar for føretaka i Samarbeidsorganet for utdanning. Det er viktig at føretaka får tilstrekkeleg utdanningskapasitet for dei behova dei til ein kvar tid har. For vidareutdanning innan ABIOK og jordmødrer gjennomfører føretaka gode prosesser for å velgje dei best kvalifiserte kandidatane som er aktuelle for å inngå utdanningsavtalar, men vi ynskjer ein forpliktande kvotetildeling til helseføretaka. Det føreset at noko av opptaket til vidareutdanning eventuelt kan skje utanfor samordna opptak, eller at ein finn løysingar innafor samordna opptak som prioriterer dei som er særleg kvalifiserte, førebudde og motiverte frå føretaka. Det er ikkje endeleg avklart, men vi meiner dette må kome på plass. Samspelet mellom spesialisthelsetenesta og UH sektoren må legga til grunn at det er tenesta sine behov som må dekkast. Vi er bekymra for kva framvekst av private tilbod kan føre med seg dersom føretaka ikkje får kvotar.

Ein løysning er at helseføretaka får et avtalt tal studieplassar tildelt i tråd med behova. helseføretaka har ikkje, slik dette nå er, moglegheit for å innfri kravet om å auke tal utdanningsstillingar som er gitt i formelle oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka. Helseføretaka sine kandidatar kan fortrengast av andre søkjarar gjennom samordna opptak til studieplassane.

Frå og med opptaket hausten 2023 har Høgskulen Vestlandet (HVL) etablert kvotar i opptaket som sikrar lokal rekruttering innan ABIO-utdanningane. Det vart midlertidig samstundes innført C-krav, og det har ført til at helseføretaka har elles godt kvalifiserte tilsette som diverre ikkje får tilbod om studieplass.

Ein må sjå samanhengen i dei krava som blir stilt. Det eine bidrar samstundes som andre krav hindrar, slikt bidrar ikkje.

Praksis

22. *Korleis kan alle partar leggje til rette for at fleire får praksisen dei treng?*

Aktiviteten i helseføretaka endrar seg i takt med fagleg utvikling. Meir og meir av aktiviteten skjer ved poliklinisk behandling og dagbehandling. Alle gode læringsarenaer må nyttast fullt ut gjennom heile studieåret for å sikre god gjennomføring av praksisperiodane. Bruk av simulering og ferdigheitstrening bør også nyttast så langt det er mogleg innanfor gjeldande regelverk. Sjå tidlegare punkt der vi omtalar simulering og ferdigheitstrening, tilrettelegging for masteroppgåver og bruk av spelteknologi.

Det bør i større grad leggjast til rette for at studentar kan få rettleia praksis i kommunane og i private ideelle institusjonar som har avtale med RHF-et. Dette inngår når samarbeidsavtaler skal reviderast.

Det bør og være meir konkretisering av læringsutbytte beskrivingane, innføring av simuleringsbasert læring, kombinerte stillingar og tettare integrasjon mellom UH sektor og praksisarenaer i arbeidslivet. I tillegg bør det kostnadsbereknast og vurderast økonomiske incitament for å være ein praksisarena. Praksismodellen for lærarutdanninga kan være eit døme å sjå nærare på for helsesektoren.

Døme på konkrete tiltak er å supplere praksis i helsesrelatert utdanning med simuleringsbasert læring for å sikre relevante læresituasjonar for studentane. Ein student i praksis er vanlegvis avhengig av den aktiviteten på praksis staden. I prinsippet kan det være stor ulikheit på kor mange læresituasjonar den einkilde student får med seg i løpet av perioden. Ved å konstruere eit minimum relevante situasjonar tilhøyrande dei ulike praksisplassane i form av simuleringsbasert læring kan studentane bli eksponert for reelle læresituasjonar som gir dei nødvendig erfaring for å kunne fungere godt etter fullført utdanning.

Overgangen frå utdanning til arbeidslivet bør reduserast som godt som råd er.

23. *Lærestadane og arbeidslivet er avgjerande for kvaliteten i praksisopplæringa. Kan regjeringa likevel gjere meir for at alle studentar får praksisopplæring av god kvalitet, både når det gjeld førebuingane til praksis og rettleiing og fagleg oppfølging av praksisen?*

Føretaksgruppe Helse Vest meiner det bør jobbast aktivt på dei arenaene det er mogleg for endring av EU-direktivet når det gjeld pasientnær praksis. Eit nordisk samarbeid som kan bidra til dette bør etablerast. Bruk av simulering og ferdigheitstrening kan vere eit supplement til praksis, og i visse tilfelle erstatte delar av praksis der det ikkje er mogleg å finne nok relevante praksisplassar. EU-direktivet sett grenser for meir fleksibel praksis. Til døme må sjukepleiarstudentar ha 50 % pasientnær praksis i følgje EU direktivet.

Simulering og ferdigheitstrening gjer det mogleg å redusera forskjellar i praksiserfaringar den enkelte student får ved å leggje til rette for at dei mest relevante læresituasjonane for praksis blir konstruert med hjelp av simuleringsbaserte læringsaktivitetar.

24. Korleis kan utdanningane førebu studentane på eit yrkesliv der dei er forventa å samarbeide med andre profesjonar?

Studentane må førebuast allereie under utdanninga, søkelys på team og samarbeid, klok oppgåvedeling bør vera ein integrert del av førebuinga. Medarbeidardreven innovativ utvikling av rett oppgåve løyst av rett kompetanse der profesjonsstrid blir avvikla vil vere heilt naudsynt. Studentar frå ulike profesjonsutdanningar kan i mykje større grad ha tverrfagleg / felles undervisning, simulering og ferdigheitstrening. Dette kan bidra til større kjennskap til kvarandre sin utdanning / kompetanse, som vil vere ein styrke når dei skal ut i yrkeslivet. Teambasert simulering er ein effektiv metode for å lære teamarbeid og samhandling.

25. Kva kan motivere til å ta imot fleire praksisstudentar og byggje ut samarbeidet om utdanning?

Ein må skilja betre på dagleg supervisjon og rettleiing. Helseføretaka må nytta dei beste ressursane som jobbar pasientnært, med god fagleg kompetanse. Skal ein lukkast med å nytta all aktuell fagleg kompetanse og kapasitet i framtida, bør det følgja økonomi med forpliktinga føretaka har. Over år har tal studentar auka, utan at helseføretaka har fått tilført økonomi for å dekkja auka kostnadar med studentar. Eit døme er at alle studentar skal ha tilstrekkeleg tilgang til mange IKT løysingar, det er betydelege omkostningar med lisensar. Det er eit døme på kostnadar ein ikkje få dekkja. Eit anna er dagleg supervisjon og oppfølging av den einskilde student. Dei som tar på seg oppgåva bør få tilført kompetanse. Vi har greia ut rolla som Områdesjukepleiar som kan være eit tiltak i kvar eining, (fleire per avdeling). Vi stiller oss til rådvelde for vidare orientering om kva dette kan bidra til, og for studentar.

Helseføretaka i føretaksgruppa Helse Vest melder om tilskot til einingar som tar imot studentar anten i form av direkte midlar til eininga, eller tilskot til praksisrettleiarar med rettleiarkompetanse. Andre innspel frå føretaka er:

- opplæring i rettleiing bør styrkast
- moglegheit for tilsette i kombinerte stillingar
- tettare dialog med lærarar/fagansvarlege frå utdanningane gjennom heile hovudpraksisperiodane

26. Er strukturen på praksis og mengda med praksis innan lærarutdanningane rett eller bør praksisperiodane vere lengre og slik gi høve til eit djupare innblikk i livet på ein skule eller barnehage?

Ikkje aktuelt for oss å svara ut.

Mangfald

27. Har de gjennomført tiltak for å auke mangfaldet i profesjonsutdanningane? Korleis har eventuelle tiltak verka?

Vi er ikkje kjend med at det har vært særskilde tiltak.

28. Kva verkemiddel kan vi bruke for at profesjonsutdanningane tiltrekkjer seg studentar frå begge kjønn og ulike føresetnader og bakgrunnar? Kva bør rolla til offentlege styresmakter vere i dette arbeidet?

Dette har vært eit tema gjennom mange tiår. Vi trur at ein før eller seinare og helst så snart som mogleg må leggast «konstruktive radikale tiltak» inn. For nokre studentar har balansen gått frå flest mannlege studentar, eit problem som er avvikla, men no er eit stort fleirtal kvinnelege studentar.

For andre studiar er det knapt merkbart mannlege studentar. Vi kan ikkje utdanne og rekruttere blant halvparten av aktuell del av befolkninga. Det er og studieretningar der ein i liten grad speglar mangfaldet i samfunnet.

Ulike tiltak har vært fremma, like fort lagt til sides. Dette er ei utfordring som føreset politisk vilje som ikkje avgrensar seg til profesjonsutdanningane, men til alle sektorar og bransjar. Vi har framleis eit svært kjønnsdelt arbeidsliv.

Vennleg helsing

Inger Cathrine Bryne
Administrerende direktør

Hilde Christiansen
Direktør, medarbeidar, organisasjon og teknologi

Vedlegg:

1. Rapport Arbeidsgruppe for nye praksisarenaer og organisering av praksis_inkl tiltaksplan

Dokumentet er elektronisk godkjent av: Inger Cathrine Bryne Administrerende direktør og Hilde Christiansen Direktør, medarbeidar, organisasjon og teknologi

Digital kommunikasjon

Vi har elektronisk saksbehandling og er opptatt av at informasjon, også taushetsbelagt, skal kunne sendes på en rask og sikker måte. Vi ber derfor om at et eventuelt svar på denne henvendelsen sendes gjennom en av disse kanalene:

- Privatpersoner og private virksomheter: [eDialog](#)
- Offentlige virksomheter: eFormidling (via eget sak-/arkivsystem)