

KUNNSKAPSDEPARTEMENTET

Postboks 8119 DEP
0032 OSLO

Vår ref.
2020/318 - 5717/2023

Deres ref.
22/4033

Saksbehandler
Ruben Angell, 98651169

Dato
16.06.2023

Høringsinnspill til profesjonsmeldingen

Vi takker for anledningen til å komme med innspill til profesjonsmeldingen. Som avtalt pr. e-post takker vi også for utsettelse på vårt høringssvar til 16.06.2023.

Høringsinnspillet er utarbeidet i fellesskap med helseforetakene i regionen.

Våre innspill er strukturert etter de konkrete spørsmålene dere har bedt om tilbakemelding på. Vi utelater de spørsmålene hvor vi ikke har konkrete innspill men ivaretar nummereringen i den opprinnelige forespørselen, slik at det er enklest mulig å se hvilke spørsmål vi kommer med innspill til.

Kvalitet

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

På generelt grunnlag mener Helse Midt-Norge at kravene Kunnskapsdepartementet stiller overfor utdanningsinstitusjonene når det gjelder krav til fagmiljø er fornuftige. Når det gjelder etablering av nye studieprogrammer, og til dels etablering av desentrale studier ved mindre utdanningsinstitusjoner, kan det likevel tenkes at kravene vil være til hinder.

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?

Utfordringer rundt lønnsvilkår

Helse Midt-Norge opplever at det for enkelte helse- og sosialfaglige profesjoner kan oppstå et lønnsgap mellom den kompetansen man får betalt for i et helseforetak, og den avlønningen man tilbys i universitets- og høyskolesektoren. Dette har lenge vært en kjent problemstilling for legene, hvor man derfor har endt opp med en praksis hvor leger har bistillinger i UH-sektoren i tillegg til full stilling i helseforetak, heller enn 80/20 eller 50/50 stilling.

Dette problemet finnes også i noen grad blant spesialsykepleiere og andre profesjoner (særlig personell med mastergrad), hvor samlet lønn (grunnlønn og tillegg) er til dels betydelig større enn det som tilbys for samme kompetanse eksempelvis i førstelektorstillinger.

Det bør finnes løsninger som understøtter lønns- og arbeidsbetingelser slik at disse ikke underminerer mulighetene for delte stillinger.

Felles mål og tydelig kopling mellom oppgavene

Institusjonene bør ha klare målsettinger for delte stillinger: 1) bedre samarbeid mellom UH og tjenester, 2) mer oppdatert klinisk undervisning og 3) økt relevans i utdanningene. Både UH-institusjoner og helseforetak må investere i dette, og ikke legge for mange oppgaver inn i delte stillinger. Det må være en tydelig kopling mellom oppgavene i de to stillingsdelene, og lederne må følge opp.

I hele faglige stillinger bør man i større grad verdsette og benytte den ferske erfaringen fra yrkesfeltet hos de som tilsettes, og i mindre grad pålegge disse administrative oppgaver og undervisningsoppgaver innenfor tema de ikke kjenner.

5. Er det utfordringer med å rekruttere personer med førstekompetanse til utdanningene og i tilfelle kvifor?

Helse Midt-Norge erfarer at dette er en utfordring. Det regionale samarbeidsutvalget for utdanning nedsatte i 2022 en arbeidsgruppe som så nærmere på hvordan UH-sektor og helseforetak i fellesskap kan bygge kompetanse for å få opp fagmiljø med førstekompetanse. Arbeidsgruppen tok utgangspunkt i at et robust fagmiljø med kompetanse på riktig nivå utgjør grunnlaget for å sikre at det er rom for utvikling av førstekompetanse. Som kjent etableres det nå nye studieprogrammer i spesialsykepleie etter retningslinjene utarbeidet av programgruppene i Rethos-prosjektet. For helseforetakene har det vært viktig å sikre at videreutdanningene har vært praksisnære og relevante, samtidig som man fra spesialisthelsetjenestens side har lagt vekt på muligheten for å oppnå spesialsykepleiekompetansen innenfor rammene av 90 studiepoeng på de fleste retningene innen ABIOK-gruppen. Jordmor-utdanningen er som kjent basert på 120 studiepoeng.

I Helse Midt-Norge er det en lav andel spesialsykepleiere med fullført mastergrad. Flere andre sykehus i landet har jobbet målrettet for å stimulere sykepleiere i klinisk arbeid til å ta mastergrad og phd, noe som har resultert i sterke fagmiljøer. Foruten de faglige effektene, bidrar dette også positivt til å sikre et tilstrekkelig rekrutteringsgrunnlag for universitets- og høyskolesektoren til lektorstillinger og førstekompetanse (førstelektor/dosent- og PhD-løp/professor-karrierer).

Arbeidsgruppen vurderer at det er et reelt handlingsrom for å øke andelen som gjennomfører en full mastergrad innenfor rammene av dagens arbeidsgiverpolitikk. Målet for dette er å tydeliggjøre at økt kompetanse bidrar positivt til 1) bedre pasientsikkerhet, 2) høyere kvalitet i tjenesten, 3) sikring av rekrutteringsgrunnlag for UH-sektoren og 4) mer relevante utdanninger gjennom kombinerte stillinger.

Tilstrekkelig antall helsepersonell med mastergrad er nødvendig for å ha et rekrutteringsgrunnlag for phd-stillinger som leder frem til førstekompetanse.

6. Kva skal til for å bygge sterke forskingsmiljø i profesjonsutdanningane. Kva er barrierane?
Vi er av den oppfatning at når det gjelder helse- og sosialfaglige profesjoner vil forskningen også i UH-sektoren være tjent med flere kombinerte stillinger og større flyt av personell mellom sektorene.

Det bør i større grad legges til rette for øremerkede stipendiatstillinger og andre insentiver for å styrke unge fagmiljø, gjerne ut fra en felles langsiktig plan/strategi med tjenestene. Dette bl.a. for å sikre utdanningstilbud der det er stort behov og et svakt fagmiljø.

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

Vi viser til svar på spørsmål 6 over.

For helseprofesjonsfagene er det viktig å sikre samarbeid om aktuelle tema og problemstillinger fra klinikk som er aktuelt for forskning. Dette vil styrke koblingen mellom forskning og undervisning, samt bidra til å bygge fagmiljø.

Videre er det viktig for helseprofesjonsfagene at det er kortest mulig vei mellom pasientbehandling, utdanning og forskning. Tettere samarbeid, flere delte stillinger, felles strategier og felles prosjekter er viktig i så henseende.

8. Korleis påverkar rammeplanane kvalitet og gjennomføring i profesjonsutdanningane?

Det er behov for et styringssystem som sikrer mest mulig likhet på tvers av landet, og som også sikrer kvalitet. Intensjonen med Rethos-prosjektet var god, og vår erfaring er at retningslinjene i stor grad har ivaretatt tjenestenes innspill. Samtidig er kanskje ikke intensjonen helt oppfylt, fordi det viser seg at det fortsatt blir store lokale variasjoner, og vi erfarer at det er et betydelig sprik i det lokale samarbeidet om de konkrete studieprogrammene landet over.

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.

Helse Midt-Norge erfarer at det regionale samarbeidsorganet for forskning, utdanning og innovasjon fungerer godt. Dette er en viktig arena for dialog mellom UH-sektor og helseforetak.

Vi mener samtidig at det fremover vil bli enda mer viktig å finne gode samarbeidsfora som også inkluderer kommuner og primærhelsetjenesten. Det finnes eksempler på godt samarbeid lokalt, men i mindre grad på regionalt nivå.

Et godt samarbeid på regionalt og lokalt nivå fordrer samtidig at det gjøres gode avklaringer på politisk/sentralt nivå. Vi ser imidlertid at dette ikke alltid er tilfelle.

For å nevne et konkret eksempel har de regionale helseforetakene de siste tre årene fått konkrete oppdrag om å øke antallet utdanningsstillinger for ABIOK og jordmødre, også for innværende år. Samtidig har Kunnskapsdepartementet trukket tilbake finansiering som ble gitt under pandemien for å øke antallet studieplasser innen ABIOK, med det resultat at eksempelvis NTNU har redusert kapasiteten samme kalenderår som vi legger opp til en

økning. Dette tror vi kunne vært unngått dersom departementene i større grad samordnet seg rundt oppdrag og finansieringsinsentiver.

Helseforetakene opplever nå at opptakskrav til videreutdanningene i spesialsykepleie (ABIOK) endres i UH-sektoren, hvor flere institusjoner nå tar til orde for å fjerne krav om yrkeserfaring før opptak. Dette skjer som resultat av at retningslinjene for disse utdanningene som ble utarbeidet gjennom Rethos-prosjektet ikke oppstiller slike krav (og det var heller ikke i mandatet til programgruppene). I vår region har vi kommet til en enighet med NTNU om en overgangsordning i 2023 med krav om kun ett års yrkeserfaring før opptak. Helseforetakene ønsker å evaluere effekten av dette opptaket innen utgangen av 2023, før NTNU eventuelt fjerner kravet om yrkeserfaring ved nytt opptak i 2024. Helse Midt-Norge har utarbeidet en risikovurdering rundt konsekvensene, hvor de mest alvorlige konsekvensene er ubesatte utdanningsstillinger, høy belastning på praksisveilederne og en reduksjon av antall uteksaminerte ABIOK-sykepleiere. Det arbeides nå for å legge til rette for at overgangen skal skape minst mulig problemer i avdelingene som berøres av dette med tanke på praksisstudier og etterhvert onboarding av nyutdannede.

Vi registrerer samtidig at det i andre helseregioner er betydelig skepsis rundt denne endringen, og det vil kreve et tett samarbeid mellom helseforetak og UH-institusjonene å finne løsninger i fellesskap.

Kapasitet

12. I Utsynsmeldinga blir det fast slått 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?

Dette spørsmålet er kanskje primært rettet mot UH-sektoren. Helse Midt-Norge poengterer likevel at vi er bekymret for at det kan oppstå et større uhensiktsmessig gap mellom etterspørselen fra helsetjenestene og hva som er etterspurt av de som søker utdanning. Søkertallene gjenspeiler ikke nødvendigvis behovene i arbeidslivet, herunder helsetjenesten. Vi har for eksempel i flere år pekt på at det er et avvik i etterspørsel etter fysioterapiutdanning og behovet for kompetansen i tjenesten. Mange nyutdannede kandidater står i kø for å få turnusplass.

UH-institusjonene bør i større grad utfordres til å prioritere utdanninger i tråd med tjenestenes behov. Det kan innebære at de må redusere studieplasser til etablerte utdanninger hvor tjenestenes behov er mettet eller avtagende, til fordel for å øke tilbudet der behovet er stort eller økende.

Hittil har man via kandidatmåltall etablert et minimumsnivå for antall helsepersonell institusjonene skal ta sikte på å utdanne. Vi er klar over at dette ikke er en helt eksakt mekanisme for målstyring, men vi mener dette likevel er en fornuftig måte å gjøre det på, og at det er ønskelig å opprettholde denne. Praksiskapasitet må tilpasses behovene.

Vi opplever også at det i enkelte sammenhenger er utfordrende å etablere studietilbud som etterspørres av helseforetakene, men hvor det av forskjellige hensyn er økonomisk krevende for UH-institusjonene å legge til rette for dette. Et eksempel for vår region er behovet for å etablere en utdanning i klinisk ernæringsfysiologi. Planen for utdanningen er lagt på is av NTNU pga. mangel på økonomiske midler. En av grunnen til dette er at finansieringskategorien for KEF-utdanning ikke har vært på nivå med medisinutdanningen. Vi er kjent med at også andre utdanningstilbud innen klinisk ernæringsfysiologi i andre deler av landet har slitt med frafall og kandidatmåltallsoppnåelse. Dette er en utdanning hvor det er rom for synergi mot andre fagfelt som medisin og sykepleie, men også innen teknologi, bærekraft og matvitenskap.

Et delmål i ernæringsstrategi 2021-2030 ved St. Olavs hospital, er at sykehuset bidrar med forslag til løsning på finansiering av den lenge planlagte profesjons-utdanningen innen klinisk ernæring ved NTNU, støttet av Ernæringsutvalget. Etablering av utdanningstilbud i klinisk ernæring i Midt-Norge understøttes også av Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Midt-Norge som har bedt Helse Midt-Norge RHF arbeide for opprettelsen av dette studietilbudet.

Vi har spilt inn dette i flere omganger via årlige innspill til Helsedirektoratet, men registrerer at prosessen ikke ser ut å fange opp slike utfordringer.

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?

Vi er noe usikre på om dette spørsmålet er rettet kun mot UH-institusjonene, men vi nevner likevel to eksempler på prosesser rundt dette som er pågående i vår region.

Helse Midt-Norge er den eneste helseregionen som ikke har et bachelor fulltidstudium i paramedisin innenfor regionens grenser (NTNU tilbyr dette på Gjøvik, og Nord Universitet tilbyr et deltidsstudium på Namsos). Våren 2023 har vi sondert rundt mulighetene for å opprette et slikt studium, og opplever at alle UH-institusjoner i vår region har vært samarbeidsvillige og løsningsorienterte i å finne en løsning.

OsloMet tilbyr en videreutdanning i akuttsykepleie. Dette er en utdanning som helseforetakene etterspør, men det er samtidig et volum som nok ikke muliggjør mange tilbud over hele landet. Helseforetakene i vår region har nå sendt mange på denne utdanningen på Oslo Met, og vi opplever at samarbeidet (over regiongrensene i dette tilfelle) har vært svært konstruktivt.

Erfaringene rundt endringer i opptakskrav til ABIOK-utdanningene er et eksempel på det motsatte også er tilfelle i enkelte saker (se spm. 11). Utfallet av slike prosesser betinges i stor grad av hvor godt partene samarbeider lokalt underveis.

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

Når det gjelder praksiskrevende helse- og sosialfaglige utdanninger bør praksiskapasiteten utnyttes bedre, og i større grad der det er ledig kapasitet enn hva tilfellet er i dag. Studenter må sendes dit det er ledig kapasitet. Dette kan bl.a. bety at UH-institusjoner i større grad sender studenter i praksisopphold ved helseforetak og/eller andre institusjoner enn de som er i umiddelbar nærhet til campus. Det vil være fordelaktig om det etableres

mekanismer som muliggjør dette både praktisk og økonomisk for studenter, helseforetak, kommuner og utdanningsinstitusjoner.

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

Slik vi vurderer det fra vår side av bordet er det først og fremst mangel på fagmiljø/svake fagmiljø som vanskeliggjør dette. I tillegg er tilgang til veilednings- og praksiskapasitet en utfordring, og det er store kostnader knyttet til desentralisert utdanning.

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

Vi viser til eksempel rundt akuttsykepleie på spørsmål 13. Vår region har nå flere utdanningsstillinger for denne videreutdanningen, og det kan muligvis bli flere fra Midt-Norge som får studieplass ved OsloMet (av 30 plasser på utdanningen). Her er det også viktig med nok praksisplasser lokalt.

Vi ser også positivt på at eksempelvis Lovisenberg diakonale høyskole nå har startet en videreutdanning i avansert klinisk nyfødtsykepleie hvor det allerede fra etablering av studieprogrammet har vært lagt opp til at denne utdanningen skal kunne gjennomføres med praksis i studentenes "hjemmehørende HF". Vi ser positivt på slike initiativer som sikrer mulighet for deltakelse fra hele landet.

19. Bør fleire av profesjonsutdanningane organisere arbeidsplassbaserte utdanningar, yvegar, tresemesterordning eller forkurs?

Tilbakemeldingen fra våre helseforetak er at vi gjerne ønsker velkommen y-veier for helse- og sosialfaglig utdanning. Særlig i distriktene og i små kommuner vil dette være en god mulighet for å øke rekrutteringen. I den grad vi skal vurdere disse tiltakene opp mot hverandre har vi større tro på forkurs enn Y-veier og tresemesterordninger jvf. erfaringer med forholdsvis stort frafall på de to sistnevnte.

For sykepleieutdanningen er dette komplisert på grunn av EU-direktiv, men også her vil eksempelvis forkurs i matematikk kunne bidra positivt.

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

Det har ikke vært praktisert et C-krav for erfaringsbaserte videreutdanninger men vi er bekymret for konsekvensene av kombinasjonen C-krav og ingen forutgående yrkeserfaring framover, med tanke på endringer i opptakskrav for ABIOK-utdanningene fom. 2024.

Helse Midt-Norge erfarer at flere og flere utdanningsinstitusjoner nå går over fra erfaringsbaserte masterprogram (§5) til alminnelige mastergrader (§3). Det burde kanskje vurderes om utdanningsinstitusjonene kan fravike C-krav for en andel av studieplassene for kandidater med lang erfaring og dokumentert realkompetanse.

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

Vår erfaring er at dette ikke fungerer etter hensikten i vår region. UH-institusjonene ønsker av naturlige hensyn å legge til rette for opptak på like vilkår, men dette underminerer

muligheten for lokale hensyn. For norddelen av Trøndelag har det vist seg vanskelig å sikre opptak for personell som ønsker å gjennomføre videreutdanning i spesialsykepleie.

Praksis

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

Helse Midt-Norge mener at helseforetakene primært må arbeide for å øke veiledningskapasiteten og veiledningskvaliteten, samt ved å ta i bruk kunnskapsbaserte praksismodeller. Enkelte steder må man også se nærmere på samtidighet i veiledning for flere profesjoner og nivå.

I tillegg vil det for enkelte utdanninger være relevant å ta i bruk en større del av kalenderåret og døgnet til praksisstudier. Dette krever tett og god koordinering mellom praksissted og utdanningsinstitusjon, samt utdanningsinstitusjonene imellom, og ideelt sett større fleksibilitet fra begge parter i hvordan praksisperiodene planlegges og avvikles sett opp mot studieåret forøvrig.

Som nevnt er helsetjenesten avhengig av at kommunene i større grad tas i bruk som praksisarenaer.

Helse Midt-Norge har benyttet både økonomiske insentiver, indikatorer og rapporteringsplikt for praksisstudier i sykepleierutdanningene, noe vi erfarer allerede har bidratt til økt praksiskapasitet.

Utdanningsinstitusjonene i Helse Midt-Norge har i perioden 2020 – 2022 økt antall studieplasser til sykepleierutdanningene. Hver nye studieplass utløser inntil 30 uker veiledet praksis i helseforetak.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har i samme periode mottatt midler for å øke kvalitet og kapasitet på praksisstudier i tråd med anbefalinger fra Det nasjonale praksisprosjektet (UHR 2016).

Midlene følger studentene, og i 2023 er det krav om rapportering på

- antall veiledere med formell veilederutdanning
- status for innføring av kunnskapsbaserte veiledningsmodeller
- antall kombinerte- eller samarbeidsstillinger
- antall veiledete studenter
- Det skal legges til rette for å utnytte handlingsrommet for praksisstudiene for grunn- og videreutdanning, herunder økt bruk av simulering og ferdighetstrening.

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?

Vi mener det er et potensial for større bruk av simulering og ferdighetstrening på dette området. Dette gjelder både før, under og etter praksisperiodene. Samtidig er dette læringsmetoder som krever kompetanse, utstyr, og lokaler, og dersom man skal satse på dette i et omfang som øker kvaliteten på praksisstudiene bør det vurderes en særlig satsning på nyetablering og oppgradering av fasiliteter og tilbud, både i UH-sektoren og i helseforetak og i større kommunale helsetjenester.

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

UH-institusjonene skal primært forberede studentene til den profesjonen de har valgt, og mange av disse erfaringene må nyutdannede gjøre etter fullført utdanning

Vi har positive erfaringer med trainee-ordninger i helseforetakene, som har vist seg å gi nyutdannede en god introduksjon i etterkant av utdanningene. Dette er noe som skjer etter at den formelle utdanningen er gjennomført, men vi skulle gjerne sett at vi i større grad kan samarbeide om å legge til rette for praksisstudier som i størst mulig grad eksponerer studentene for bredde og profesjonsgrensesnitt.

Men det kan likevel gjøres mye for å legge til rette for samarbeid med andre profesjoner under utdanningen. Større grad av tverrprofesjonelt samarbeid i praksisperiodene, og gjennom simulering og ferdighetstrening som nevnt over. I praksisperioder må studenter få være i praksis, og ikke ha fokus på for mye annet. Praksis må foregå også kveld og natt.

Praksisstudiene må være læringsutbyttestyrt, og de aller fleste studenter erfarer samarbeid med flere profesjoner (ferdig utdannede) under praksisstudiene.

Utover dette vil det være svært logistisk utfordrende å ha studenter fra flere ulike studieprogram i praksis på samme sted samtidig. NTNU har likevel klart å gjennomføre TverrPraks, hvor studenter fra flere profesjonsutdanninger møter en pasient i en time, for så å foreslå en tiltaksplan. I tillegg gjennomfører NTNU Ekspertes i team, og TverrSam med same formål.

Vi har allerede 12 felles læringsutbytter (jfr Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger) som er integrert i de profesjonsspesifikke forskriftene. Ved behov for samarbeid på tvers av studieprogram utover dette, bør det skje gjennom simulering og ferdighetstrening på campus.

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

Utdanning som en av hovedoppgavene til spesialisthelsetjenesten bør i større grad løftes frem i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet, samtidig som det bør innføres et lovfestet ansvar for kommunene. Dette bør ledsages av ressurser på en slik måte at oppgavene prioriteres på lik linje med annen aktivitet i helsetjenesten.

Vi ser også for vår del et behov for å øke veiledningskompetansen i helseforetakene, og legge til rette for at praksisveiledning blir synliggjøres som en prioritert og anerkjent hovedoppgave. Se også svar i punkt 22.

Med vennlig hilsen

Siv Mørkved
Ass. fagdirektør

Ruben Angell
Kst. Utdanningssjef

Ingeborg Bakk Halle
Rådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer