

Hege Hofstad
Marit Kristine Helgesen

Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS'etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging

Delrapport 1



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Følgesevaluering av Helse og
Omsorg i Plan (HELOMPLAN) -
KS'etter- og
videreutdanningsprogram for
helse og planlegging

Delrapport 1

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2012:26

Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?

NIBR-rapport 2012:17

Flink med folk i første rekke.
Sluttrapport fra
evalueringsprosjektet.

NIBR-rapport 2012:13

Regionalt og lokalt
folkehelsearbeid: Ressurser,
organisering og koordinering

NIBR-rapport 2012:4

Kommunalt psykisk helsearbeid
2012

NIBR-rapport 2012:3

Bemanning av pleie- og
omsorgssektoren: handlingsplan og
iverksetting

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no
Publikasjonene
kan også skrives ut fra

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Hege Hofstad
Marit Kristine Helgesen

Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS'etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging

Delrapport 1

NIBR-rapport 2013:18

Tittel: **Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS'etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging Delrapport 1**

Forfatter: Hege Hofstad og Marit Kristine Helgesen

NIBR-rapport: 2013:18

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-7071-994-5

Prosjektnummer: 3059
Prosjektnavn: HelOmPlan
Oppdragsgiver: KS/SEVS
Prosjektleder: Hege Hofstad
Referat: Dette er første delrapport i følgeevalueringen av etter- og videreutdanningstilbudet Helse og omsorg i plan. Rapporten viser hvordan KS/SEVS og undervisningsinstitusjonene har løst oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet, studentenes forventninger til kurset og hvordan de vurderer kurset i etterkant. På bakgrunn av disse resultatene gir rapporten anbefalinger for videre utvikling av etter- og videreutdanningstilbudet

Sammendrag: Norsk

Dato: November 2013

Antall sider: 49

Pris: kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-ide
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2013

Forord

Dette er første delrapport i følge- og effektevalueringen av etter- og videreutdanningstilbudet ”Helse og omsorg i plan” (Helomplan) som NIBR gjennomfører på oppdrag av KS. Hovedhensikten med delrapporten er å gi innspill til KS og undervisningsinstitusjonenes løpende utvikling av Helomplan basert på dokumentanalyse av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratets beskrivelse av forventet innhold i studiet, survey til deltakerne på studiet i forkant og etterkant av studieåret, samt intervjuer i tre deltakende kommuner, i en fylkeskommune og med de fire undervisningsinstitusjonene.

Takk til studenter og undervisningsinstitusjonene som har stilt opp som informanter og til KS og undervisningsinstitusjonene for gode diskusjoner og godt samarbeid i løpet av dette første semesteret.

Oslo, november 2013

Hilde Lorentzen

Instituttssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	4
Sammendrag.....	5
1 Om følgeevalueringen.....	8
1.1 Metodiske betraktninger	10
1.1.1 Statuskartleggingen	10
1.1.2 Undervisningsevalueringen.....	12
1.2 Rapportens struktur.....	14
2 Oppdragsforståelsen	15
2.1 Målgrupper.....	15
2.1.1 Oversettelsen av målgrupper.....	15
2.2 Formål og innhold med etter- og videre- utdanningen	18
2.2.1 Oversettelsen av formål og innhold	19
2.3 Omfang.....	21
2.3.1 Oversettelsen av omfang	22
2.4 Refleksjonspunkter	25
3 Målgruppenes kunnskapsbehov	28
3.1 Folkehelse som nykommer.....	28
3.2 Behov for kunnskap om tverrsektorielt arbeid.....	29
3.3 Planlegging som et virkemiddel i samhandlingen.....	32
3.4 Behov for kunnskap om statistikk.....	33
3.5 Behov for kunnskap om gode løsninger	34
3.6 Suksesskriterier for endring.....	35
3.7 Refleksjonspunkter	36
4 Studentenes vurdering av undervisningen	38
4.1 Informasjon og innsikt.....	38
4.2 Studiet.....	40

4.3	Samhandlingsreformen og samarbeid	43
4.4	Arbeidet med oppgaven	44
4.5	Refleksjonspunkter	45
5	Konklusjon	47
	Litteratur	49

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Antall deltakere på helomplan fordelt på ulike respondentgrupper. Respondenter i statuskartleggingen i parentes.....	10
Tabell 3.1	Møteplasser for planleggere og helse-/folkehelsearbeidere (N=86).....	30
Tabell 3.2	I hvilken grad har du behov for mer kunnskap om tverrsektorielt arbeid? (N=95).....	30
Tabell 4.1	Innsikt i tema Prosent (N=74).....	39

Figuroversikt

Figur 1.1	Andel som har svart og studiested (N=62).....	13
-----------	---	----

Sammendrag

Hege Hofstad og Marit Kristine Helgesen

**Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan
(HELOMPLAN) - KS'etter- og videreutdanningsprogram for
helse og planlegging**

Delrapport 1

NIBR-rapport: 2013:18

På oppdrag av KS/SEVS gjennomfører NIBR en følgeevaluering av Helse og omsorg i plan (Helomplan), som er et ettårig etter- og videreutdanningstilbud på masternivå for ansatte i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn som arbeider med helse, folkehelse, omsorg og planlegging. Målet er å styrke kommunenes planleggingskompetanse knyttet til implementering av samhandlingsreformen. Helomplan er initiert av Helse- og omsorgsdepartementet, mens KS/SEVS er prosjektleder og driver av undervisningstilbudet. Studiet startet opp høsten 2012 og vil pågå til 2015. Helomplan er et ettårig deltidsstudium (30 studiepoeng) som består av fire samlinger, en eksamen og en prosjektoppgave. Rapporten gir en evaluering av det første studieåret og har til hensikt å bidra til videreutvikling av undervisningstilbudet.

Rapporten er strukturert omkring fire forskningsspørsmål:

- Hvordan har undervisningsinstitusjonene og KS/SEVS oversatt oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet? (Kapittel 3)
- Hvilket kunnskapsbehov hadde studentene i forkant av undervisningen? (Kapittel 4)
- Hvordan vurderer studentene undervisningen i etterkant av studiet? (Kapittel 5)
- Har studentenes kunnskapsbehov blitt møtt? (Kapittel 6)

NIBR-rapport: 2013:18

Disse spørsmålene belyses gjennom en *dokumentanalyse* av oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, undervisningsstedenes undervisnings- og studieplaner, pensum og deres egne rapporter, samt *intervjuer* med koordinatorene for undervisningen ved de fire undervisningsinstitusjonene: Høgskolen på Lillehammer, Høgskolen i Volda, Universitetet i Tromsø og Høgskolen i Vestfold. I tillegg baseres evalueringen seg på to *surveyer* til studentene, en tidlig i undervisningsåret og en i etterkant. I tillegg trekker vi på *intervjuer* i tre kommuner og en fylkeskommune med deltakeren på kurset, dennes overordnede og kommune-/fylkesplanleggeren.

Kapittel 3-6 formidler resultatene av analysen basert på forskningsspørsmålene. Den generelle konklusjonen er at KS/SEVS og undervisningsinstitusjonene har løst oppdraget på en måte som gjenspeiler intensjonen. Det er imidlertid slik at studentene, som stort sett er erfarne ”helsefolk”, kan være krevende å møte med aktuell kunnskap. Særlig gjelder dette på helse og omsorgsfeltet. Videre er det slik at studentenes kunnskapsbehov er sterkest i forhold til planlegging og tverrsektorielt arbeid. Dette er også de feltene hvor studentene rapporterer at deres kunnskapsbehov har blitt møtt. Imidlertid viser evalueringen at tilpasning av statistikk slik at den er relevant for planleggingen og utvikling av lokale indikatorer på bakgrunn av statistiske data er noe studentene har behov for mer kunnskap om. Studentene formidler også at det er en manglende likeverdighet mellom kommunenes helse- og omsorgskompetanse på den ene siden og den medisinske kompetansen hos helseforetakene på den andre. Utfordringen for undervisningen er å bidra til at denne ”forebyggingskompetansen” i jkommunene styrkes vertikalt i møte med helseforetakene, men også horisontalt i møte med andre sektorer lokalt.

I kapittel 3-6 foreslås flere refleksjonspunkter for videre utvikling av Helomplan. De kan oppsummeres i følgende punkter:

- Kursets formål og intensjon bør jevnlig diskuteres på undervisningsinstitusjonenes samlinger. Ettersom kurset setter seg vil det sikre at man ikke beveger seg bort fra den opprinnelige intensjonen.

- Belastningen av gruppearbeidet knyttet til prosjektoppgaven bør reflekteres over.
- Hensynet til personvern i forbindelse med datainnsamling til prosjektoppgaven bør diskuteres.
- Er det en balanse mellom fokus på folkehelse og helse/omsorg i undervisningen? Kommer plangrepene knyttet til helse og omsorg tydelig nok fram?

1 Om følgeevalueringen

Dette er den første delrapporten fra evalueringen av etter- og videreutdanningstilbudet ”Helse og omsorg i plan” (Helomplan) som Norsk institutt for by- og regionforskning har ansvaret for. Studiet er en oppfølging av samhandlingsreformen og startet opp høsten 2012 og vil avsluttes våren 2015. Helomplan er et ettårig deltidsstudium (30 studiepoeng) som består av fire samlinger, en eksamen og en prosjektoppgave.

Evalueringen som helhet består av tre ”arbeidspakker” hvor ulike deler av tiltaket evalueres. For det første ”oppdragsevalueringen” hvordan oppdraget som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet tolkes av iverksetterne av oppdraget, KS/SEVS og undervisningsinstitusjonene. For det andre ”undervisningsevalueringen”, en følgeevaluering av undervisningstilbudet Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Volda, Høgskolen på Lillehammer og Høgskolen i Vestfold tilbyr. Her er målet at følgeevalueringen skal bidra til å videreutvikle undervisningstilbudet. For det tredje ”effektevalueringen” som består av en statuskartlegging av arbeid med helse og omsorg i plan blant første og andre kulls studenter (survey + casestudie). Denne statuskartleggingen gjentas med samme deltakere i 2015 med mål om å kunne studere ringvirkninger av utdanningen slik deltakerne vurderer det. Denne delrapporteringen vil trekke på data fra alle de tre arbeidspakkene evalueringen består av.

En evaluering kan utføres på veldig mange måter, men et fellestrekk er at man tar utgangspunkt i en politikk, et tiltak eller en norm en gitt praksis speiles opp mot. Så også her. Men et annet, og trolig viktigere element enn å kunne påpeke feil eller mangler, er å bidra til læring og endring underveis i gjennomføringen av tiltaket. Dette gjøres gjennom å bidra med kunnskap og innsikt i hvordan

tiltaket har fungert så langt – slik både deltakerne, underviserne og myndighetene oppfatter det.

Rapporten er strukturert omkring fire forskningsspørsmål:

- Hvordan har undervisningsinstitusjonene og KS/SEVS oversatt oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet? (Kapittel 3)
- Hvilket kunnskapsbehov har studentene i forkant av undervisningen? (Kapittel 4)
- Hvordan vurderer studentene undervisningen i etterkant av studiet? (Kapittel 5)
- Har studentenes kunnskapsbehov blitt møtt? (Kapittel 6)

Disse spørsmålene belyses gjennom innhenting og analyse av ulike typer data.

For det første baserer evalueringen av dette første undervisningsåret seg på *dokumentanalyse* av oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet og undervisningsstedenes undervisnings- og studieplaner samt pensum og deres egne rapporter. Disse dokumentene inneholder til sammen de normene etter- og videreutdanningstilbudet evalueres i forhold til. For det andre baserer denne delrapporten seg på *kvantitative data* fra to surveyer. Den ene surveyen omhandler status i kommunenes, fylkeskommunenes, fylkesmannen og helseforetakenes arbeid med de problemstillingene som undervisningen er ment å omfatte – integrering av planlegging og helse/omsorg på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, tverrsektorielt samarbeid, bruk av statistiske data, integrert samhandling og planlegging mellom kommuner og helseforetak. Denne ble sendt til alle studentene høsten 2012 og vil omtales som ”statuskartleggingen”. Den andre surveyen er sendt til alle studentene etter undervisningens slutt sommeren 2013, og kartlegger undervisningens nytteverdi for studentene. Denne surveyen vil omtales som ”undervisningsevalueringen”. For det tredje inngår *intervjuer* i tre kommuner, en fylkeskommune (inngår i statuskartleggingen) og med koordinatorene for undervisningen ved de fire undervisningsinstitusjonene (inngår i undervisningsevalueringen) i det empiriske grunnlaget for evalueringen av det første undervisningsåret. I de utvalgte kommunene og fylkeskommunen har deltakeren på kurset, dennes overordnede og

ansvarlig for planlegging blitt intervjuet. Vi hadde også lagt opp til å intervju samhandlingsansvarlige i kommunen. Imidlertid viste det seg at ingen av kommunene hadde en slik. Samhandlingen foregår interkommunalt. Vi vurderte det derfor ikke som meningsfylt å intervju disse, da de i liten grad hadde kontakt med deltakerne på kurset og de var derfor i liten grad i stand til å ha noen tanker om betydningen av kurset og hvilke ringvirkninger det kan sies å ha på lang sikt (som er effektevalueringens fremste formål).

1.1 Metodiske betraktninger

1.1.1 Statuskartleggingen

Surveyen som er en del av statuskartleggingen ble sendt ut til alle studenter høsten 2012 for å kunne kartlegge status hos de fire målgruppene tidlig i undervisningsløpet. Svarprosent på statuskartleggingen er god. 88 prosent av studentene har svart på hele eller deler av undersøkelsen. Hvis vi bare tar med de som har besvart hele undersøkelsen, får vi en svarprosent på 77 prosent, noe som også må karakteriseres som bra. Tabell 1.1 viser totalt antall studenter og deltakere i statuskartleggingen fordelt på de ulike respondentgruppene.

Tabell 1.1 *Antall deltakere på Helomplan fordelt på ulike respondentgrupper. Respondenter i statuskartleggingen i parentes.*

Deltakere	Antall
Kommuner	106 (98)
Studenter	9 (6)
Fylkesmann	8 (6)
Helseforetak	6 (5)
KS	5 (4)
Fylkeskommune	3 (2)
Totalt	137 (121)

Tabell 1.1 viser, ikke overraskende, at den største respondentgruppen er studenter fra kommuner. Men den illustrerer også en klar utfordring med datamaterialet. Nærmere bestemt at det inneholder få deltakere fra fylkeskommuner, fylkesmenn og helseforetak (og også KS og studenter, men de er

ikke en viktig målgruppe for Helomplan). Det lave antallet deltakere fra disse respondentgruppene skyldes selvfølgelig at det er færre av dem i utgangspunktet. Av personvern hensyn er det derfor vanskelig å trekke ut resultater fra en enkelt respondentgruppe med unntak av kommuner.

En generell utfordring med spørreundersøkelser er å formulere spørsmål som oppleves som relevante for respondentene. I statuskartleggingen er dette særlig presserende i og med at den omhandler status i plan-, (folke-)helse- og samhandlingsarbeidet hos hver av de fire målgruppene. Vi løst denne utfordringen ved at hver respondentgruppe i tabell 1.1 har fått et tilpasset spørreskjema som har blitt laget med utgangspunkt i samme spørsmålsbatteri. På den måten har respondentene mottatt spørsmål som er tilpasset den konteksten de virker i. Likevel er det utfordrende å treffe alle. Vi har mottatt fire tilbakemeldinger som påpeker at noen av spørsmålene ikke var relevante for dem. Dette fordi disse ikke passet inn i noen av de seks respondentkategoriene.

Som nevnt består statuskartleggingen også av casestudier i tre kommuner og en fylkeskommune. Disse har blitt valgt etter følgende utvalgsriterier:

- Geografisk spredning og kommunestørrelse
- Administrativ kapasitet og kompetanse
- Type helseutfordringer
- Bredde i tema for prosjektoppgave, men knyttet til planlegging

Målet var å finne fram til et knippe case som varierer på disse kriteriene. Kriteriene gir mulighet til å se hvordan ulike kommuner (geografi, størrelse, kapasitet, kompetanse, helseutfordringer) responderer på undervisningen. Samtidig vil effektstudien som casene er en del av, ha som hovedfokus å se på ringvirkninger av undervisningen på integreringen mellom helse og plan (prosjektoppgave knyttet til planlegging). Imidlertid er det også et mål å belyse ulike problemstillinger knyttet til helse og omsorg i plan.

Utvelgelsen av case startet ved at temaene for prosjektoppgavene ble gjennomgått. Med utgangspunkt i det siste utvelgelseskriteriet ble det plukket ut et knippe oppgaver som var spisset mot plan, men med ulike temaer. På bakgrunn av dette ble fem kommuner

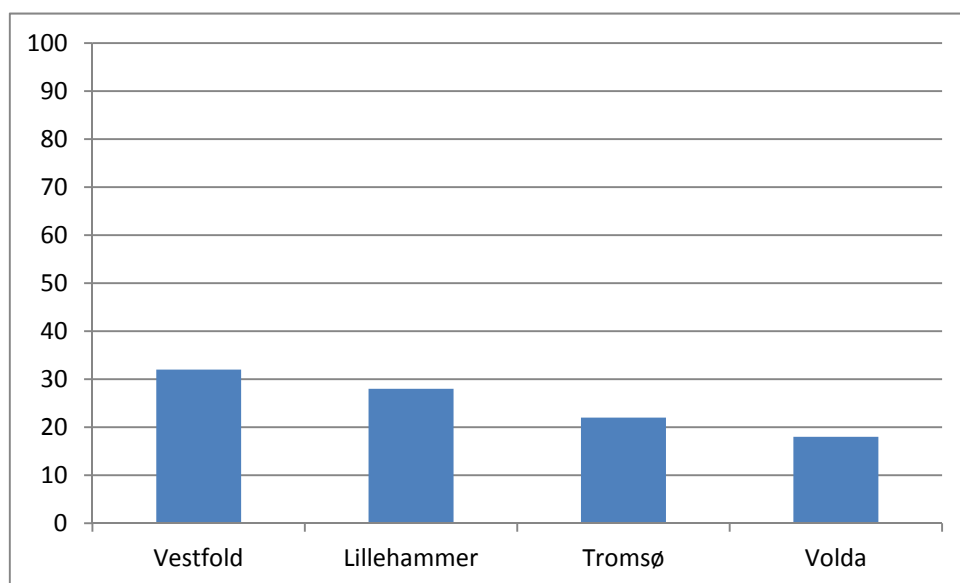
sett på som aktuelle. Neste steg bestod i å konsultere disse kommunenes folkehelseprofiler for å sikre variasjon i type helseutfordringer. Videre ble folketall undersøkt og en geografisk spredning søkt. På bakgrunn av disse kriteriene pekte tre kommuner seg ut som aktuelle. Disse ble så sjekket ut i forhold til kompetanse og kapasitet (om kommunen har folkehelsekoordinator) ved å konsultere NIBRs baselineundersøkelse (Helgesen og Hofstad 2012).

Denne prosedyren gjorde at vi valgte følgende kommuner: *Kommune A*, en stor, sentral kommune på Østlandet som generelt scorer på landsgjennomsnittet eller bedre på de fleste parametrene i folkehelseprofilene, men som ikke har folkehelsekoordinator. *Kommune B*, en liten Sørlandskommune som scorer dårligere enn landsgjennomsnittet på en god del av parametrene i folkehelseprofilen– levekår, levevaner og helse/ulykker. Kommunen har folkehelsekoordinator. *Kommune C*, en gjennomsnittlig stor innlandskommune på Østlandet som scorer dårligere enn landsgjennomsnittet i forhold til befolknings sammensetning og helse. Kommunen har folkehelsekoordinator.

Når det gjaldt valg av fylkeskommune ble det gjort mellom de to deltakende fylkeskommunene. Det viste seg at de hadde nokså lik problemstilling for prosjektoppgaven og vi valgte da, som for kommunene, den med den mest spissede problemstillingen.

1.1.2 Undervisningsevalueringen

Surveyen som er en del av undervisningsevalueringen ble sendt ut i etterkant av undervisningens slutt – sommeren 2013. Her var målet å få fram studentenes synspunkter på, og erfaringer med, etter- og videreutdanningen. Spørsmålene er basert på oppdragsdokumentene. Spørreskjemaet ble sendt 137 studenter. To av respondentene kunne ikke nås (ugyldig e-postadresse), dermed kom undersøkelsen fram til 135 respondenter. Av disse er det 74 som har svart på undersøkelsen, altså en svarprosent på 55 %. De fordeler seg på studiestedene som vist i figur 1.1.

Figur 1.1 *Andel som har svart og studiested (N=74)*

- Det er flest som har svart som gikk på studiet ved Høgskolen i Vestfold
- Det er færrest fra Høgskolen i Volda

En svarprosent på 55 er lavere enn ønskelig for en spørreundersøkelse, og med så liten N (74) gir små endringer i antall store utslag for det helhetlige bildet. Det er likevel valgt å presentere svarene som prosenter, men med unntak for andel svar fra hver institusjon er tallene ikke brutt ned på institusjonsnivå, men behandlet i sin helhet.

Ettersom surveyen ble sendt etter eksamen reflekterer trolig antallet svar at mange har følt seg ”ferdig” med dette etter en krevende eksamen og prosjektoppgave. Det er også slik at hver av undervisningsinstitusjonene gjennomfører sine egne evalueringer av undervisningen. Trolig kan dette også ha bidratt til en viss ”evalueringstrøtthet” blant studentene. Før NIBR sendte ut sin survey, ble det undersøkt om det lot seg gjøre å benytte undervisningsinstitusjonenes evalueringer i stedet for å belaste studentene med ennå en undervisningsevaluering. Imidlertid skilte undervisningsinstitusjonenes evalueringer såpass mye fra hverandre at det ble vanskelig å trekke ut generelle erfaringer som

kunne benyttes. Undervisningsinstitusjonene har på sin agenda en harmonisering av sine evalueringer. Dersom de lykkes med dette, vil NIBR tilstrebe et tettere samarbeid med undervisningsinstitusjonene om denne delen av følgeevalueringen.

1.2 Rapportens struktur

De neste tre kapitlene (kapittel 3, 4 og 5) presenterer henholdsvis resultatene av oppdragsevalueringen, statuskartleggingen og undervisningsevalueringen. I slutten av hvert av disse kapitlene formuleres noen refleksjonspunkter – innspill til videreutvikling av undervisningstilbudet basert på de dataene disse tre arbeidspakkene inneholder. I kapittel 6 presenteres noen langsgående anbefalinger. Gjennom sammenlikning av resultatene fra statuskartleggingen og undervisningsevalueringen får vi et bilde av om de kunnskapsbehovene studentene meldte om ved oppstarten av studiet (statuskartleggingen) er besvart i løpet av undervisningsåret (undervisningsevalueringen).

2 Oppdragsforståelsen

Dette kapitlet omhandler KS/SEVS og undervisningsinstitusjonenes oversettelse av oppdraget om utvikling og drifting av opplæringsprogrammet "Helse og Omsorg i Plan" (Helomplan) gitt og finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet. Utgangspunktet er oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet datert 26. mai 2011 og samarbeidsavtalen mellom Helsedirektoratet og KS/SEVS, inngått 7. desember 2011, heretter omtalt som oppdragsdokumentene. Oppdragsdokumentene beskriver programmets målgrupper, formålet med opplæringen, innholdet i opplæringen, omfanget av opplæringen og forankring. For hver av disse vil KS/SEVS og undervisningsinstitusjonenes oversettelse av disse forventningene vises. Disse dataene baseres på data fra oppdragsevalueringen og statuskartleggingen. Kapitlet avsluttes med noen refleksjonspunkter vi anser som nyttige for KS/SEVS og undervisningsinstitusjonene å ha med seg i videreutviklingen av undervisningstilbudet.

2.1 Målgrupper

Målgruppene for opplæringsprogrammet er ledelse og ansvarlige for planlegging av folkehelse- og pleie- og omsorgstjenester i kommuner og fylkeskommuner, fylkesmannsembeter og helseforetak.

2.1.1 Oversettelsen av målgrupper

Alle undervisningsinstitusjonene identifiserer målgruppen for studiet til å være personer i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og hos fylkesmenn. Men de ønsker å nå både de som har ansvar for planlegging og planprosesser generelt, og de som har implementering av samhandlingsreformen og ny helse- og

omsorgslov og ny folkehelseslov som en viktig oppgave. Det betyr at de har et bredere nedslagsfelt enn det oppdragsdokumentene legger opp til. Samtidig legger de vekt på gruppas sammensetning med hensyn til bakgrunn, utdanning, arbeidsoppgaver og arbeidsgiver.

De generelle opptaksvilkårene er ved alle undervisningsinstitusjonene å sikre:

- Geografisk spredning i forhold til deltakere
- Deltakelse fra målgruppene kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn
- At arbeidsgiver har gitt sin skriftlige anbefaling for søkers deltakelse
- At søker innehar eller er tenkt inn i en funksjon hvor planleggingskompetanse med særlig vekt på folkehelse- og helseaspekter er viktig
- Samarbeid mellom deltakere omkring ”arbeidskrav” og ”prosjektoppgaver”

Mer spesifikt må deltakere ha tre års høyere utdanning tilsvarende bachelorgrad. Deltakere som ikke har relevant bachelorutdanning kan etter avlagt prøve få utstedt et kursbevis. For denne gruppen gjelder samme krav som for andre studenter. Det betyr at de må oppfylle arbeidskravene satt av utdanningsinstitusjonene, levering av prosjektoppgave (teller 40 prosent av karakteren) og eksamen (teller 60 prosent av karakteren).

Sammensetningen av første kull hadde ikke overraskende en overvekt av kommuneansatte (106 stykker). I tillegg består dette kullet av to deltakere fra Fylkeskommuner, et utviklingselskap på fylkesnivå, åtte fra Fylkesmannen, seks fra helseforetak og til sammen 14 deltakere som ikke er i målgruppa. Disse er ordinære studenter fra undervisningsinstitusjonene og ansatte i KS. Deltakerne i første kull har hovedsakelig bakgrunn fra helse- og omsorgssektoren, samt folkehelse. Det betyr at målet om å nå personer med ansvar for planlegging og planprosesser generelt i liten grad ble nådd. Tilbakemeldingen fra studentene og de ansvarlige for kurset tyder på at det er et ”sug” etter kunnskap om plan- og styringsprosesser. Det synes som om det er her skoen

trykker. Ansatte i de ulike enhetene som er involvert i helse-, omsorgs- og/eller folkehelsearbeid opplever et behov for å kunne det planfaglige språket og å ha bedre kjennskap til de instrumentene og prosessene som inngår i planleggingen. Med samhandlingsreformen stilles det krav om at disse gruppene skal involvere seg i planprosesser samtidig som det settes mer trykk på det tverrsektorielle og tverrfaglige arbeidet. Det er derfor naturlig at det er nettopp de som kommer fra helsesiden som opplever å ha mest behov for kurset. De oppfordres til å gå inn på en ny arena. Kurset setter dem i stand til å gjøre nettopp det slik følgende sitat viser:

Jeg ønsker å få økt plankompetanse for bedre å være i stand til å delta i, og koordinere planprosesser (intervju med deltaker fra kommune).

Det er et stort behov for planleggingskompetanse for de som skal utrede og framlegge retning, tiltak og handlinger for å møte nåtid og fremtid i planlegging av folkehelsearbeidet. Det er ofte manglende kompetanse på planlegging som verktøy at en ser fragmenterte utredninger som i beste fall henger sammen. De kan av og til motsi hverandre (svar på åpent spørsmål i survey-statuskartleggingen).

Planleggingskompetanse vil bidra til økt forståelse om hvorfor og hvordan vi skal etablere planer for folkehelsearbeidet, og hva det skal inneholde. Dette satt inn i en metode for å fremme innspill til dette planarbeidet, hvem som bør bidra i dialogen, og hvordan benytte dette på best mulig måte inn i kommunens planarbeid (svar på åpent spørsmål i survey-statuskartleggingen).

Målet for flere av studentene er altså i større grad å kunne gjøre seg gjeldene på planleggingsarenaen. Og det er det folk med helsebakgrunn som naturlig nok føler mest presserende.

2.2 Formål og innhold med etter- og videreutdanningen

Formålet med Helomplan er å styrke kommunenes planleggingskompetanse knyttet til implementering av samhandlingsreformen. Dette er spesifisert på følgende måte:

- Bidra til god implementering av samhandlingsreformen. Herunder ny folkehelselov og ny helse- og omsorgstjenestelov.
- Styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes kompetanse på helhetlig planlegging og få integrert samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i planarbeidet.
- Sikre tverrfaglig og tverrsektoriell planlegging for at kommunene og fylkeskommunene kan drive god samfunnsplanlegging og for at spesialisthelsetjenesten kan møte lokale og regionale behov.
- Gi kompetanse som bidrar til innovasjons- og utviklingsarbeid på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå, bl.a. gjennom å ta opp i seg erfaringene fra Helse i plan-prosjektet 2006-2010 og Omsorg i plan.
- Utvikle og ta i bruk verktøy og arbeidsformer som støtter det lokale og regionale planarbeidet.
- Tydeliggjøre sammenhengen mellom ulike faktorer som påvirker helsetilstanden i befolkningen og den sosiale fordelingen av disse faktorene. Dette innebærer bl.a. å tydeliggjøre andre sektors ansvar i folkehelsearbeidet.

Deltakerne skal få styrket sin kompetanse innen analyse, forvaltning og planlegging, herunder kunnskap etter Plan- og bygningslov og langsiktig og systematisk strategiarbeid ut fra et bredt folkehelse- og helse- og omsorgsperspektiv og konkret lokal og regional helse- og omsorgstjenesteplanlegging. Deltakerne skal få grunnleggende kunnskap i samfunnsplanlegging generelt og sektorplanlegging spesielt. Kompetansen deltakerne tilegner seg skal forankres hos deres arbeidsgivere.

Innholdsmessig skal opplæringsprogrammet baseres på følgende:

- Ta utgangspunkt i implementering av Samhandlingsreformen, jf. Prop 90 L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid, Prop 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Meld St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.
- Kommunal og regional planlegging (Plan- og bygningsloven), planteori og planprosesser med vekt på samfunnsdelen, kommuneplanlegging som system, medvirkning (innbyggere og brukere), sektorplanlegging, endringer i demografi og helse
- Bruk av statistikk, styringsinformasjon og -indikatorer (bl.a. helsetilstand og påvirkningsfaktorer)
- Helseutfordringer i et langtidsperspektiv
- Innføring i Samhandlingsreformen: Målsettinger, forutsetninger, ansvarsfordeling, avtaleverk
- Organisasjon, prosjekt og utviklingsarbeid, tverrfaglighet, styringsprosesser i politisk styrte organisasjoner og helseforetakene
- Innovasjon og utviklingsarbeid

2.2.1 Oversettelsen av formål og innhold

I studie- og undervisningsplanene til Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Lillehammer presenteres tema for kurset i sin helhet som i oppdragsdokumentene og slik de er referert over. Hos Høgskolen i Volda presenteres de samme punktene med unntak av punktet om helseutfordringer i et langtidsperspektiv. Universitetet i Tromsø trekker ikke fram de sju punktene i beskrivelsen av studiet. Denne forskjellen i presentasjonen av kurset er trolig ikke viktig. Men dette illustrerer et helt klart poeng, nemlig at undervisningen på de fire undervisningsinstitusjonene varierer noe fordi undervisningen baserer seg på de kunnskapsressursene, den faglige vinklingen og undervisningstradisjonen som eksisterer på hvert enkelt sted.

Når det gjelder hva studentene skal tilegne seg i løpet av kurset, vektlegger alle undervisningsinstitusjonene følgende:

Kunnskap

- Har innsikt i relevant lov- og regelverk.
- Har avansert kunnskap om teoriar, omgrep, modellar og empiri om samfunnsutvikling, styring, planlegging, partnerskap og samhandling med relevans for folkehelse og helse- og omsorgstenester.
- Har avansert kunnskap om ulike teoriar, omgrep, modellar og empiri som er relevant for folkehelse og helse- og omsorgstenester.
- Har avansert kunnskap om helsetilstand og helseutfordringar i eit langtidsperspektiv, og ulike forhold som determinerer både individuell helse og folkehelse, herunder sosial ulikheit i helse.
- Har avansert kunnskap om planlegging på samfunns- og sektornivå som reiskap for helsefremming og sjukdomshemming, gjennom inngrep i strukturerande krefter som påverkar helsetilstanden, og gjennom mobilisering av menneske til å ta større ansvar for eiga helse.

Ferdigheter

- Har ferdigheter i å hente inn og presentere både primær- og sekundærdata i forhold til helsetilstanden i befolkninga og kvaliteten av tenesteytinga, og utvikle lokale indikatorar.
- Har ferdigheter i å analysere utviklingstrekk og utfordringane i eit langsiktig og breitt folkehelse- og helse- og omsorgsperspektiv, og å beskrive mulige konsekvensar av aktuelle tiltak (konsekvensutgreiingar). Sosial ulikheit i helse inngår.
- Har ferdigheter i å analysere grunnlaget for folkehelsearbeid og helse- og omsorgstenester som tverrfaglig samarbeid innan kommunen og på tvers av forvaltningsnivåa.
- Har ferdigheter i langsiktig og heilskapleg planlegging, medverking, utviklingsarbeid og innovasjon, herunder kompetanse i å planlegge og implementere aktivitetar og tenester i samhandling med andre aktørar innan folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstenester. Her inngår samhandlingskompetanse.

Generell kompetanse

- Har evne til kritisk vurdering av ulike data og metoder for planlegging, organisering, implementering, evaluering og læring.
- Har evne til kritisk refleksjon over rolla som planleggar, forvaltar og tenesteprodusent i samhandling på tvers av fag, sektorar og forvaltningsnivå, med vekt på innovasjons- og utviklingsarbeid innan helse og omsorg.
- Har god forståing av teoriar, metoder, lovverk og styringsmekanismer innan samfunnsplanlegging og avgjerdsprosessar, med særleg vekt på kommunen som arena.

Disse kunnskapene, ferdighetene og kompetansen skal studentene tilegne seg gjennom en blanding av forelesinger, dialog, hjemmeoppgaver og praktiske øvelser. Dette dekker formåls- og innholdskravene i oppdraget.

2.3 Omfang

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet understreker i oppdragsdokumentene at opplæringen skal foregå på fire samlinger med overnatting der kursinnhold og opphold vil være gratis for deltakerne. Alle deltakerne skal levere en prosjektoppgave, med utgangspunkt i en plan- eller utviklingsoppgave i egen kommune i løpet av kurset.

Programmet skal være kompetansegivende (30 studiepoeng). Det skal inngås avtaler med utdanningsinstitusjoner om mulighet for å avlegge valgfri eksamen. Utdanningsinstitusjonene vil også utarbeide pensumlister. Det skal utvikles læremateriell og annet støtteverktøy i helse og omsorgsplanlegging som en del av programmet.

Arbeidsformen i programmet skal bygge på erfaringer fra SAMPLAN og annet vellykket utviklingsarbeid og knyttes til pågående prosesser med implementering av samhandlingsreformen.

2.3.1 Oversettelsen av omfang

Undervisningsinstitusjonene har laget en felles plan for innholdet på de fire samlingene som studiet består av:

Samling 1: Overordna perspektiv

Forut for første samling skal studentane identifisere ei utfordring som dei opplever som relevant for vidare arbeid som prosjektoppgåve. På denne samlinga blir det lagt vekt på at studentane blir kjent med kvarandre og at dei får formidla og kommentert sine utfordringar og forventingar. Dette skal bidra til å avgrense prosjektoppgåver og utvikle prosjektgrupper. Vidare blir det lagt vekt på ei innføring i emnet og på å introdusere viktige perspektiv, omgrep og verdigrunnlaget for folkehelsearbeid og helse- og omsorgstenester, og hovudmåla knytt til samhandlingsreforma. Dette vil bli utdjupa på seinare samlingar.

Samling 2: Lov, plan og helse

På denne samlinga går vi nærare inn på utvalde delar av sentrale lover, regelverk og politiske og faglige føringar. Herunder folkehelselova, helse- og omsorgstenestelova og helseforetakslova, med tilhøyrande retningslinjer og rettleiarar. Når det gjeld plan- og bygningslova, vil det bli lagt vekt på plansystemet si oppbygging og funksjon som styringsreiskap. Samhandlingsreformas forventningar blir vektlagt og krava til nye roller for kommunane som samfunnsaktør og samarbeidsarena, herunder større satsing på forebyggande og helsefremmende arbeid for å skape gode levekår og avlaste helsetenestene. Vidare blir det lagt vekt på langsiktige helse- og velferdsutfordringar, og forståing, fortolking og framstilling av data om desse. På denne samlinga blir det rettleia på prosjektoppgåvene, problemstillinga er godkjent og gruppearbeidet er i gang.

Samling 3: Alle skal med. Planlegging som reiskap for samordning, samhandling og samforståing.

Her går vi nærare inn på rasjonalitetsformer i planlegginga, om synet på makt, aktørar og strukturar og ulike teoretiske retningar, om samfunnsstyring, reformer i offentleg sektor, nettverksorganisasjonar, samfunns- og sektorplanlegging, samt samhandlingsutfordringar. Studentane skal også få prøve seg på ulike metode- og prosessverktøy som blir brukt i plan- og

utviklingsarbeid, med særlig vekt på medverking. Prosjektgruppene presenterer sine arbeider, og blir rettleia både av medstudentar og faglig tilsette.

Samling 4: Innovasjon og utviklingsarbeid. Frå kunnskap til handling i folkehelse- og helse- og omsorgsarbeid.

På denne samlinga viser vi korleis planlegging i praksis og på utvalde område kan knyte eksisterande kunnskap til handling for å fremme innovasjon, samhandling, beste effektive omsorgsnivå, folkehelse og tenesteproduksjon. Samlinga blir avslutta med presentasjon og kommentering av studentane sine prosjektoppgåver frå medstudentar og faglærarar. Informasjon om eksamen blir gitt.

Beskrivelsen av samlingene dekker det tematiske innholdet som presenteres i oppdragsdokumentene samtidig som de er organisert slik oppdraget legger opp til.

Et punkt som har vært gjenstand for diskusjon i Helomplans referansegruppe, på undervisningsinstitusjonenes felles samlinger og blant studentene, er gruppeorganiseringen som en del av arbeidet med prosjektoppgaven. Diskusjonen har for det første dreid seg om man skulle legge opp til gruppearbeid eller ikke. Referansegruppas anbefaling var at for å oppnå tettere samarbeid og kjennskap til de ulike målgruppene til kurset var det et gode dersom studentene arbeidet i grupper. Gruppearbeid har siden ligget som en norm for undervisningsinstitusjonene når de har utviklet sin undervisning. Ifølge KS er begrunnelsen følgende:

- 1) Formålet med studiet er å lære helsefagfolk om planlegging og planleggingsarenaer, samt planleggere om helseperspektiver som er sentrale i planleggingen på alle sektorer (10 % av betydning for folkehelse i helse og 90 % i andre sektorer). Prosjektoppgaven er den læringsarenaen i vår sammenheng hvor ulike sektorer kan møtes og hvor de forskjellige faglige ståstedene kan sees i sammenheng med hverandre.
- 2) I planleggingssituasjoner, og særlig i våre, jfr "wicked problems" eller sammensatte oppgaver, er det aldri mulig for ett fag eller en sektor å planlegge alene, siden den gjensidige avhengigheten i oppgaveløsningen er så stor. I vår sammenheng er det ikke

mulig å beordre koordinering eller samhandling via hierarkiet, siden det finnes et sett (fristilte) autonome aktører som sammen må skape kollektive løsninger. Selv om problemstillinger i prosjektarbeidet dreier seg om helseområdet, vil det med stor sannsynlighet være nødvendig å arbeide i tverrfaglige team. Dessuten er det ofte slik at man ikke kan velge team selv, men blir utsett fra organisasjoner og institusjoner til å delta i planarbeidet. Dermed er også prosjektarbeid i grupper pedagogisk begrunnet som en felles læringsarena tett knyttet mot praksisfeltet.

Gruppearbeidet skal altså øve studentene opp i å finne fram til løsninger sammen med andre som har ulike perspektiver og erfaringer enn dem selv. Tanken er at dette skal forberede dem på tverrfaglige arbeid som en ser for seg at etter- og videreutdanningen skal stimulere til.

Selve utformingen og sammensetningen av gruppene har imidlertid blitt gjort på ulike måter. Høgskolen i Lillehammer skiller seg mest ut ved at de ansvarlige for kurset satt sammen grupper på bakgrunn av studentenes beskrivelse av sin faglige interesse. De andre undervisningsinstitusjonene har overlatt gruppedannelsen til studentene selv, men lagt opp til at de på første samling ble kjent med hverandres prosjektideer/-temaer slik at de kunne finne fram til hverandre. Ved disse studiestedene har imidlertid et mindre antall studenter av ulike grunner levert oppgave individuelt.

Gruppesammensetningen er viktig fordi den har betydning for hvilke ressurser studentene kan legge inn i arbeidet med prosjektoppgaven. Og selv om oppgaven teller 40 prosent av karakteren så formidler studentene at det oppleves som den mest arbeidskrevende delen av kurset. Hvis arbeidet blir vanskeligere fordi gruppa ikke fungerer, så er det lett å forstå at studentene vil bli frustrert. Og slik frustrasjon har studenter formidlet. Ikke minst synes geografi å være viktig for hvordan gruppene fungerer. Studenter som kommer fra samme kommune eller nabokommuner har opplevd arbeidet med prosjektoppgaven som mindre ressurskrevende enn studenter som har deltatt i grupper hvor deltakerne er spredt geografisk.

Dette handler ikke bare om at den geografiske avstanden gjør det praktisk utfordrende å møtes. Det handler også om at konteksten

oppgaven skrives innenfor er forskjellig, og denne forskjellen i virkelighetsforståelse gjør det vanskelig å skrive en felles oppgave. Samtidig formidler Lillehammer at de ”tvinger” studentene til å samarbeide for at de skal møte andre virkelighetsoppfatninger og erfaringer. Dette, argumenterer de, setter studentene i stand til å delta på nye arenaer og få en trygghet omkring egen kompetanse i møte med andres. Noe som er viktig om en skal få til en tettere kobling mellom helse og omsorg på den ene siden, og plan på den andre. De understreker at dette kan synes utfordrende i starten. Ofte kan man ha lyst til å lære mer om det man kan fra før. Men i løpet av studiet mener Lillehammer at de aller fleste ble fornøyd med denne arbeidsformen. Dette vil vi komme nærmere inn på i kapittel fem hvor undervisningsevalueringen presenteres.

Et annet moment som også er knyttet til arbeidet med prosjektoppgaven, er oppdragsdokumentenes betoning av at studentene skal levere en prosjektoppgave med utgangspunkt i en plan- eller utviklingsoppgave i egen kommune i løpet av kurset. Rent bortsett fra at ikke alle studentene er fra en kommune, og derfor må relatere oppgaven til en annen virksomhet – helseforetak, fylkeskommune eller fylkesmann– så varierer det hvordan undervisningsinstitusjonenes forholder seg til dette punktet. Et spørsmål som reises er om det er forsvarlig rent forskningsetisk at studentene gjør egen empiriinnsamling som kan utløse krav om godkjenning av personvernombudet. Hvis man mener at dette ikke er forsvarlig, er løsningen å analysere eksisterende data eller gjøre en dokumentanalyse av sentrale dokumenter, noe som ikke vil være i strid med personvernlovgivningen. På den annen side er spørsmålet om man da klarer å oppnå den ønskede effekten, som er endring og innovasjon i tråd med samhandlingsreformen. Altså at man gjennom prosjektoppgaven skal sette i gang en form for endringsprosess i egen virksomhet og at det er selve kjernen i kurset. En løsning på det forskningsetiske kan i så fall være at studentene søker om godkjenning hos personvernombudet.

2.4 Refleksjonspunkter

Oppdraget fra myndighetene er omfattende. Undervisningen skal bidra med relevant kunnskap for alle sider av samhandlingsreformen. I utgangspunktet kunne man tenke seg at dette

opplevdes som en utfordring for undervisningsinstitusjonene fordi de ville synes det var vanskelig å dekke alle deler av oppdraget. Imidlertid er dette i liten grad undervisningsinstitusjonenes opplevelse. De formidler stor entusiasme for kurset og driver utstrakt samarbeid med eksterne eller interne krefter for å dekke de områdene der de kursansvarlige ikke har kunnskap selv. Enten ved å hyre inn eksterne eksperter, eller ved å trekke på kunnskap som kollegaer besitter. Dermed bidrar kurset ikke bare til å bygge opp ny kunnskap hos målgruppene for kurset, men også ved undervisningsinstitusjonene.

Likevel reiser det enkelte undervisningssted sin løsning av oppdraget en første problemstilling som vi mener det vil være nyttig å ha med seg i videreutviklingen av kurset. For når undervisningsinstitusjonene blir bedt om å reflektere omkring omfanget av oppdraget, tydeliggjøres forskjellen mellom de ulike undervisningsinstitusjonenes tilnærming og oversettelse av oppdraget. I utgangspunktet bør dette ikke være noe problem. Imidlertid kan det være en god idé å legge inn tid til å diskutere kursets formål når undervisningsinstitusjonene har sine samlinger. Undervisningen begynner å "sette seg" etter det første året. En slik diskusjon vil minne om utgangspunktet for undervisningen og vil sikre at en ikke beveger seg bort fra dette utgangspunktet.

En annen problemstilling gjelder gruppesammensetningen. Som vist over, er tanken at gruppearbeidet som etableres i forbindelse med prosjektoppgaven skal forberede studentene på tverrfaglig arbeid hvor sannsynligheten er stor for at man må forholde seg til kollegaer, organisasjoner eller individer som har en annen virkelighetsoppfatning enn dem selv. For de fleste studentene har gruppene fungert tilfredsstillende. Likevel rapporteres det om effektivitetstap i arbeidet med prosjektoppgaven som følge gruppearbeidet. Dette gjelder også grupper som presumptivt fungerer godt. I en situasjon der du studerer ved siden av jobben blir tid en knapp ressurs og tidsbruken kan derfor oppleves som stressende og lite hensiktsmessig. I tilfeller der grupper blir vanskelig å etablere er det et spørsmål om studentene kan læres opp i å bryne seg på andres meninger og erfaringer kan sikres også gjennom andre virkemidler. Er det for eksempel en mulighet å etablere diskusjonsgrupper hvor studenter med tilgrensende temaer får tid til å møtes på samlingene? Går det også an å etablere

nettfora hvor studentene kan diskutere underveis i arbeidet med prosjektoppgaven?

Spørsmålet er imidlertid om denne pragmatiske holdningen, ved å ikke kaste studentene ut i et krevende samarbeid, fratrar dem lærdommen som ligger i å formulere egen mening, forhandle og forsøke å forstå andre synsvinkler. I siste instans blir dette trolig en avveining mellom to til dels motstridende mål i oppdraget. At studentene skal skrive en relevant oppgave som kan bidra til å skape endring og innovasjon i tråd med samhandlingsreformen på den ene siden og KS' ønske om å skape en læringssituasjon som ligner det de møter når de skal delta på nye arenaer på den andre. Noe som også er viktig for å få til endring og innovasjon. Et viktig poeng er imidlertid at undervisningsinstitusjonene bør gjøre studentene oppmerksomme på rammene for prosjektoppgaven så tidlig som mulig, samtidig som det begrunnes hvorfor man har valgt den modellen man har.

Et tredje moment som kan være nyttig å diskutere framover, er i hvilken grad studentene skal gjøre egen datainnsamling ut over dokumentanalyse. Her praktiserer undervisningsinstitusjonene ulikt i dag. Mens noen mener innsamling av data på egen arbeidsplass er selve kjernen for å få til endring og innovasjon, mener andre at dette ikke er forskningsetisk forsvarlig. Studentenes datainnsamling er dermed helt tydelig et moment som undervisningsinstitusjonene bør diskutere seg i mellom og igjen vil det være nyttig å vende tilbake til formålet med utdannelsen og se om det er mulig å få dette til uten å gå ut over hensynet til personvern. Vi har antydnet at søknad om godkjenning fra personvernombudet er en mulighet, men det må undervisningsinstitusjonene selvfølgelig diskutere nærmere implikasjonene av.

3 Målgruppenes kunnskapsbehov

Målet med dette kapittelet er å presentere resultater fra statuskartleggingen som anses som relevante for videreutvikling av undervisningstilbudet. Fokus vil være på studentenes kunnskapsstatus på sentrale felt i undervisningen og de kunnskapsbehov de rapporterer om. Surveydata fra statuskartleggingen som ble gjennomført ved starten av undervisningsåret utgjør det empiriske grunnlaget for dette kapittelet. Også intervjudata fra samme kartlegging vil benyttes. Kapitlet munner ut i en oppsummering hvor refleksjonspunkter for videre utvikling av studiet presenteres.

3.1 Folkehelse som nykommer

I kapittel 3 viste vi at et grunnleggende motiv for å delta på Helomplan er et ønske om styrket plankompetanse. Det er selve beveggrunnen for hvorfor studentene ønsker å delta på kurset. På bakgrunn av tidligere forskning og resultater i denne undersøkelsen er det grunn til å tro at dette bunner i det helt grunnleggende: I mange kommuner er folkehelsearbeid og tverrsektorielt arbeid med helse noe nytt (Helgesen og Hofstad 2012). Det er først med folkehelseloven fra 2012 at folkehelsearbeid formelt har blitt et kommuneansvar framfor et ansvar for helsesektoren. Noen kommuner har heller ikke tidligere arbeidet særlig med folkehelse, verken på kommunenivå eller i helsesektoren. Forståelsen av at folkehelse er en nykommer er et viktig bakteppe for den undervisningen Helomplan skal gi. Ikke dermed sagt at studentene ikke har mye kunnskap om folkehelse og tverrsektorielt helsearbeid. Men når de skal omsette kunnskapen fra kurset til handling, foregår dette for mange i en kontekst der denne typen arbeid er forholdsvis ukjent.

Dette reflekteres i svarene fra studentene i surveyen som del av statuskartleggingen:

Jeg er nytilsatt i en stilling som rådgiver folkehelse i rådmannens stab der en av mine hovedfunksjoner vil være å implementere folkehelse i kommunens overordna plan. Jeg kan mye om folkehelse, men mindre om planlegging. Derfor er dette studiet med vekt på planlegging utrolig viktig for meg. Det er viktig at kunnskapsgrunnlaget vårt mht planlegging er bra dersom vi skal bli hørt i den kommunale prosessen. Jeg føler også at vi er med på et nybrottsarbeid.

Vi står helt i startgropa med dette arbeidet.

Det er nytt og tenke slik i vår kommune. Folkehelse har jobbet med ulike konkrete folkehelse tiltak og folkehelsekoordinator har i stor grad vært utøvende og jobbet i praksis. Forventninger fra andre tjenester er i stor grad knyttet til tiltak. Det å tenke forebyggende på lang sikt og handle ut fra denne tanken nå, oppleves som en utfordring både i møte med andre tjenester og ifht. forventninger til en selv som folkehelsekoordinator.

Det at det tverrsektorielle helsearbeidet er en nykommer i mange kommuner er en god begrunnelse for behovet for etter- og videreutdanningen i helse og omsorg i plan. Ikke minst er det viktig at studentene får kunnskap om hvordan de best kan samhandle på tvers for å sette helse på agendaen på arenaer som ikke tradisjonelt har hatt oppmerksomhet om helse- og folkehelses spørsmål. I neste avsnitt vil vi presentere studentenes kunnskapsstatus på tverrsektorielt og tverrfaglig arbeid, samt deres refleksjoner omkring dette.

3.2 Behov for kunnskap om tverrsektorielt arbeid

I statuskartleggingen spør vi studentene fra kommuner og fylkeskommuner om det er etablert møteplasser for planleggere og helse-/folkehelsearbeidere. Tabell 3.1 viser svarene fra studentene.

Tabell 3.1 *Møteplasser for planleggere og helse-/folkehelsearbeidere*
(N=86)

Svaralternativ	Antall	%
Nei	42	49
Ja	32	37
Vet ikke	12	14
Totalt	86	100

Over halvparten av studentene som fikk dette spørsmålet rapporterer at de enten ikke har eller ikke kjenner til møteplasser mellom planleggere og helse-/folkehelsearbeidere, mens 37 % rapporterer å ha slike møteplasser. Det er derfor ikke overraskende at studentene rapporterer om et stort behov for mer kunnskap om tverrsektorielt arbeid. Resultatet presenteres i tabell 4.2.

Tabell 3.2 *I hvilken grad har du behov for mer kunnskap om tverrsektorielt arbeid?* (N=95)

Svaralternativ	Antall	%
I stor grad	50	53
I middels grad	34	36
I liten grad	9	9
Nei, ikke behov	1	1
Vet ikke	1	1
Totalt	95	100

Tabellen viser at over halvparten av studentene har stort behov for mer kunnskap om tverrsektorielt arbeid. Dette underbygges av studentenes tilbakemeldinger i de åpne spørsmålskategoriene i samme survey som inngår i statuskartleggingen:

Det er behov for å bevisstgjøre på hva helseperspektivet kan bety for alle etater, det byr på store faglige utfordringer.

Hjelp til å tydeliggjøre folkehelse som et tverrsektorielt ansvar og ikke bare knyttet opp mot helse.

Disse sitatene peker på utfordringen med å overføre og utvikle helsemålsettinger på tvers av kommunens enheter. En av grunnene som trekkes fram av studentene til at det er vanskelig, er at de ulike

etatene, men også ulike myndigheter, har ulik kultur og virkelighetsoppfatning:

Jeg ser at det ligger utfordringer i tradisjoner og at man har forskjellig språk og verktøy.

Utfordrende at planavdelinga er lokalisert ved teknisk avdeling i kommunen

Det er tildels store forskjeller i holdning og kulturer i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og lite kunnskap om hverandre.

I tillegg til at henholdsvis ”helsefolk” og ”planfolk” og kommuner og helseforetak ikke snakker samme språk, formidler studentene fra kommunene at det er et skjevt maktforhold mellom helseforetak og kommuner:

Gammel kultur preger fortsatt samhandlingen, der helseforetaket setter seg selv i førersetet. Vi har vanskelig for å bli konkrete når det gjelder avtaleverk som skal omhandle forebygging f.eks, og når det kommer til forskning og utdanning ser Helseforetaket ikke at kommunene er et viktig kunnskapspotensial gjennom å inneha en helt annen erfaring enn det avdelingene på sykehusene har

Det er tradisjonelt en kultur for at spesialisthelsetjenesten tillegges ”ekspertkompetansen” og i dette bildet er det den medisinske kompetansen som tillegges verdi. Det er ikke på noen måte etablert en likeverdighet mellom partene. Kommunen har en videre kompetanse som favner mer helhetlig og er i høy grad ivaretager av hele mennesket, det underordnes den medisinske kompetansen.

Helseforetakene har all makt i sine hender.

Denne manglende likeverdigheten mellom kommuner og helseforetak farger arbeidet med avtaler dem i mellom. Men, som sitatene viser, har det også implikasjoner for hvilken type kunnskap og tiltak som anses som legitime. Det er interessant, ikke minst i et forebyggingsperspektiv, hvor kommunenes kompetanse er helt sentral. En mer generell innsikt (og dette gjelder både på tvers av

etater (lokalt helsearbeid) og relasjonen mellom kommune – helseforetak) er at tverrsektorielt arbeid ifølge studentene er en forutsetning for å få til det vi kan kalle integrert planlegging. Det vil si en planlegging som evner å trekke inn generelle utfordringer som folkehelse og samtidig oversette dem til målsettinger og prioriteringer med relevans på tvers av sektorer. Følgende sitater er representative for et slikt syn:

Ser et helt klart behov for et tverrsektorielt fokus på planlegging som verktøy i folkehelsearbeidet.

Heilskapleg planlegging treng eit tverrfagleg samarbeid som er godt forankra i kommunen.

Vi skal se at i forhold til undervisningens mål om å bidra til integrert planlegging på samhandlingsområdet er studentenes tilbakemeldinger mer sprikende. Både når det gjelder om det er behov for økt plankompetanse på samhandlingsfeltet og hva en integrert planlegging i så fall burde inneholde.

3.3 Planlegging som et virkemiddel i samhandlingen

På kommunalt nivå er planleggingen institusjonalisert som en del av deres praksis. Utfordringen, slik vi har sett over, er å gjøre dette verktøyet tilgjengelig og relevant for forebyggende helse- og omsorgsarbeid og folkehelsearbeid. På samhandlingsområdet stiller det seg annerledes. Når vi spør studentene fra kommunene om økt plankompetanse kan avhjelpe utfordringene med samhandlingen mellom helseforetak og kommuner vitner svarene om at dette er et litt ukjent tema som de i liten grad har tenkt på før. Og som sitatene viser spriker responsen:

Økt plankompetanse kan kanskje hjelpe departement, direktorat og tilsyn til å samarbeide bedre med fylkesmann, KS og kommuner også i plansammenheng.

Om det er økt plankompetanse vi trenger er jeg mer usikker på. Vi trenger samhandlingsarenaer, strukturer og kultur og holdninger som fremmer samhandling. Det store fokuset på økonomi er til hinder for dette, i

tillegg til at partene har til dels svært ulik oppfatning og tolkning av hva samarbeidsavtalene betyr i praksis og hva som er god kvalitet i pasient/brugerbehandling. Brukermedvirkningen forsvinner i dette ”spillet”.

Imidlertid melder studentene at økt plankompetanse kanskje kan hjelpe på samhandlingsutfordringen, men de er usikre på hvordan dette skal foregå og innholdet i denne planleggingen. Det er først og fremst i *iverksettingen av* samarbeidsavtalen at et flertall av studentene ser at det er behov for plankompetanse og ikke minst kunnskap om tverrfaglig arbeid, slik vi har sett over. Vi har allerede påpekt at kommunene melder om at folkehelse og tverrsektorielt helsearbeid er nytt for mange. Planlegging som en del av samhandlingen mellom helseforetak og kommuner synes å være enda mer prematurt. Et mye tydeligere signal, er behovet for kunnskap om statistikk og fakta som et grunnlag for planleggingen.

3.4 Behov for kunnskap om statistikk

Folkehelseloven fra 2012 forsterker fokuset på viktigheten av at kommuner og fylkeskommuner har oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helsen som et grunnlag for planer og beslutninger. De såkalte folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet utarbeider for kommuner og fylkeskommuner er en del av dette forsterkede fokuset. I tillegg skal kommunene basere seg på informasjon fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre kilder til kunnskap om helsetilstand lokalt. I hvilken grad har studentene behov for kunnskap om dette oversiktsarbeidet?

Så godt som alle studentene i 2012-2013- kullet kjenner til folkehelseprofilene som Folkehelseinstituttet lager for kommuner og fylkeskommuner. Likevel er det slik at det å oversette informasjonen fra profilene til et kunnskapsgrunnlag for planlegging og tiltak har kommet kortere. Et flertall av kommunene og fylkeskommunene har ikke utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer for helsen. Videre er det mindre enn en fjerdedel av studentene fra kommuner som rapporterer at de bruker kunnskap om helsetilstand som grunnlag for kommuneplanlegging etter plan- og bygningsloven. Følgende sitater fra statuskartleggingen er representative for kommunenes beskrivelse av dette kunnskapsbehovet:

Dette med datainnsamling, tilgjengelige verktøy og korleis me maksimalt kan utnytta det er viktig. Ein jobber med det i tidsfaser, og det er lett å gløyme kvar ein gjekk inn. Gode verktøy for å hugse kvar me finn kvar, fordi no ligg det under ulike kilder og det er ikkje samkjøyrd.

Kort sagt er det behov for mer kunnskap om å lese ulike statistikker og bruke det i hverdagen.

Heller ikke studentene fra fylkeskommunene rapporterer at dette arbeidet er kommet langt. Imidlertid rapporterer studentene fra Fylkesmannen at de gir veiledning og råd til kommuner om hvordan de kan utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. De gir også veiledning og råd til hvordan denne oversikten kan integreres i kommuneplanleggingen.

Deltakerne på kurset ble også spurt om hvilke kilder de benytter i sitt daglige virke. Nærmere bestemt om de benytter informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester, informasjon fra fylkeskommunen, offentlig statistikk (folkehelseinstituttet, Norgeshelsa, IPILOS, etc) og/eller informasjon fra forskningsmiljøer. For deltakerne fra kommunene er informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester viktigste kunnskapskilde, etterfulgt av offentlig statistikk. For deltakere fra fylkeskommunen, fylkesmannen og helseforetakene er informasjon fra forskningsmiljøer og offentlig statistikk viktigst i deres daglige virke.

Imidlertid kommer det fram at en viktig utfordring for studentene er at statistikken oppleves som vanskelig tilgjengelig. Relevant statistikk finnes hos flere ulike aktører, slik at dette landskapet oppleves som fragmentert. Naturlig nok kan ikke undervisningsinstitusjonene gjøre noe med dette. Men det er viktig å være klar over. Undervisningsinstitusjonenes bidrag kan da være å bidra til oversikt og eventuelt blinke ut de viktigste kildene til kunnskap.

3.5 Behov for kunnskap om gode løsninger

Helsefeltet rommer mye – fra medisinsk behandling, via forebygging og helsefremming til pleie, omsorg og rehabilitering. Selve kjernen i kurset er hvordan helsemål og prioriteringer kan

gjøres relevante og integreres i planleggingen. Det er ikke opplagt for studentene hvordan dette kan gjøres i praksis. Flere har behov for at undervisningen løfter fram de gode løsningene:

Opplæring i forhold til [...] hvorledes vi skal klare å operasjonalisere folkehelse, slik at det blir mer enn store ord (kommuneansatt, statuskartleggingen).

Trenger mye mer kunnskap om årsakssammenhenger og hva som faktisk virker! (kommuneansatt, statuskartleggingen).

”De gode løsningene” – eksempler på hvorledes vanskelig og utfordrende oppgaver har blitt håndtert på en god måte (kommuneansatt statuskartleggingen).

Behov for mer kunnskap om forskning; om metoder i folkehelsearbeidet – hva som virker og ikke virker (kommuneansatt, statuskartleggingen).

Dette er et kjernepunkt, ikke bare for Helomplan, men for samhandlingsreformen generelt. Utfordringen for undervisningsinstitusjonene er å vise til gode eksempler uten å gjøre det for trivielt. Studentene ønsker ikke detaljerte gjennomganger av hvordan enkeltkommuner har valgt å arbeide med helse i plan og samhandlingsreformen. De ønsker mer generelle innsikter, noe som krever at undervisningen gir en analytisk tilnærming til hvordan oversettelses- og planintegreringsutfordringen kan løses. Det krever forelesere med solid kunnskap om samhandlingsfeltet.

3.6 Suksesskriterier for endring

I statuskartleggingen ble studentene også spurt om hva de anser for å være suksesskriterier for at erfaring og kunnskap fra kurset skal bidra til endring hos målgruppene. Følgende punkter oppsummerer studentenes vurdering av dette:

- Forankring i ledelsen, spesielt hos rådmannen men også hos politikerne.
- Etablering av tverrsektorielt samarbeid.
- At studiet formidler kunnskap som oppleves som relevant

- At studenten klarer å gjøre kunnskapen han/hun har tilegnet seg relevant for eget arbeid og for samhandlingen med andre, både internt og eksternt.
- At studenten involverer seg og inviteres i planleggingen/planforum.
- At flere fra samme institusjon/avdeling går sammen på kurset

3.7 Refleksjonspunkter

Den primære motivasjonen for studentene som deltar på Helomplan er å tilegne seg større plankunnskap. I tillegg har de behov for kunnskap om tverrsektorielt samarbeid, samt kunnskap om helsetilstand og hvordan finne fram til denne i foreliggende statistikk. Det betyr at Helomplan treffer et reelt behov hos målgruppene. Utfordringen er å presentere denne kunnskapen på en slik måte at det oppleves relevant for studentene.

Suksesskriteriene som studentene fremhever kan bidra til å tydeliggjøre hvordan dette kan gjøres. For det første ønsker studentene at undervisningen skal vise fram handlingsalternativer for å få til en integrert planleggingen samt lykkes med det tverrsektorielle arbeidet og samhandlingen. Videre er de opptatt av forankring hos spesielt rådmannen, men også politikere.

Spørsmålet er hvordan studentene kan gå fram for å nå opp når overordnede prioriteringer gjøres i kommunen. Til slutt er de opptatt av egen rolle og hva de selv kan bidra med.

Undervisningen bør derfor bidra til å motivere studentene slik at de blir i stand til å gjøre en forskjell i de endringsprosessene samhandlingsreformen tar mål av seg å skape.

Et annet funn i dette kapitlet er kommunenes refleksjon over hvordan det er en manglende likeverdighet mellom kommunenes helse- og omsorgskompetanse på den ene siden og den medisinske kompetansen hos helseforetakene på den andre. Dette er et interessant og viktig punkt, ikke minst fordi det handler om grunnlaget for å få til en styrking av forebyggingen slik samhandlingsreformen legger opp til. Hva kan undervisningen gjøre med dette? Som en av koordinatorene for Helomplan understreket i et intervju, handler det sannsynligvis om å styrke studentene som representerer forebyggings- og folkehelsefeltets

bevissthet om egen kompetanse, sette ord på hva denne kompetansen består i og sette dem i stand til å hevde sin faglighet i møte med andre.

4 Studentenes vurdering av undervisningen

Kapittel tre viste til at det var noen forskjeller i den måten utdanningsstedene presenterer studiet overfor studentene. Trolig varierer også undervisningen noe fordi den baserer seg på de kunnskapsressursene, den faglige vinklingen og undervisningstradisjonene som eksisterer på hvert undervisningssted. I dette kapitlet skal vi gå nærmere inn på selve studiet og studentenes opplevelse av denne, samt de synspunktene studentene måtte ha på kunnskapen, ferdighetene og kompetansen studiet ga dem. Dataene som presenteres er basert på svarene i survey sendt ut i etterkant av kurset og er en del av undervisningsevalueringen.

4.1 Informasjon og innsikt

78 % mener at informasjonen de fikk om studiet før det kom i gang var god, og blant de som har svart er hovedinntrykket at de har et godt inntrykk av studiet og at de har hatt utbytte av det. Det er likevel noen nyanser i dette bildet. Hvor god innsikt studentene mener at de har fått på viktige områder for studiet vises i tabell 4.1. nedenfor.

Tabell 4.1 *Innsikt i tema* Prosent (N=74)

Tema	God innsikt	Passe god innsikt	Noe innsikt	Ikke innsikt	Uaktuelt
Planprosesser	71	18	10	1	0
Lovverk	46	44	10	0	0
Styring	40	45	15	0	0
Partnerskap	48	33	19	0	0
Teorier	77	18	5	0	0
Begreper	73	20	5	0	2
Metoder	18	34	41	5	2

- Studentene mener de har fått best innsikt i teorier om helse, folkehelse, planlegging og tverrsektorielt arbeid, samt planprosesser og begreper
- Om lag halvparten av studentene opplever at de kun har fått noe/ikke innsikt i metode, dvs. metoder for lesing av statistikk og etablering av egne indikatorer.

Med unntak av dette siste punktet synes altså undervisningen å ha lyktes med å dekke bredden i oppdraget.

Spørsmålet om metoder ble fulgt opp av tre mer spesifikke spørsmål som gir et interessant bilde av hvor studentene har behov for mer kunnskap enn det de fikk på kurset. For det første ba vi studentene svare på om studiet ga dem innsikt i hvor de kunne finne informasjon om statistikk. Her var undervisningen tilfredsstillende. I underkant av 50 % mener de fikk god innsikt i dette.

For det andre ba vi studenten svare på om studiet ga dem kunnskap om hvordan de kunne tilpasse informasjon og statistikk til eget utfordringsbilde og bruke den i planleggingen på helse- og folkehelse. Når det gjelder muligheten til å tilpasse informasjon og statistikk til utfordringsbildet på helsefeltet, mener over halvparten av studentene (66 prosent) at kurset gav noe eller ingen kunnskap om dette. Her har med andre ord undervisningen rom for å gi mer kunnskap. Når det gjelder muligheten til å tilpasse informasjon og statistikk til utfordringsbildet på folkehelsefeltet deler respondentene seg i to. Den ene halvparten mente de fikk god

kunnskap om dette, mens den andre halvparten mente studiet ga noe kunnskap om dette. Det synes dermed som om kurset i større grad svarte på kunnskapsbehovet om statistikk i forhold til folkehelse enn i forhold til helse, men i begge tilfeller synes det som om dette er et område det kan være grunn til å styrke i undervisningen.

For det tredje ba vi studentene svare på om studiet ga innsikt i utviklingen av egne indikatorer til bruk i planleggingen. Her svarer flertallet (63 prosent) at studiet ga noe eller ingen innsikt i dette. Det er altså særlig i forhold til dette punktet at studentene har behov for mer kunnskap. Behovet for kunnskap om egne indikatorer og tilpasset statistikk blir også løftet fram av studentene når de gir sine kommentarer i åpne svarfelt:

Skulle ønske vi fikk mer akademisk innsikt i hvordan vi kan vurdere og utforme egne indikatorer.
Reliabilitet, validitet og signifikans ble knapt nevnt.

Det jeg savnet var å få bedre kunnskap og ferdigheter i forhold til å finne og selv bearbeide indikatorer på helsetilstanden i befolkningen som grunnlag for planlegging av tjenestetilbud.

I planarbeidet er det stadig viktigere å bruke statistikk – skulle jeg ønske noe mer, er det noe mer tidsbruk i forhold til det, ikke bare for å forstå og lese, men for å sette sammen relevant statistikk.

Fikk lite kunnskap om statistikk, hvordan lese tall og vurdere dem i forhold til egen kommune.

Savnet å få innsikt i å identifisere, velge ut og tolke statistikk og indikatorer som verktøy i planleggingen.

Det synes dermed som om tilpasning av statistikk til eget bruk er noe som bør få en større plass i undervisningen.

4.2 Studiet

I spørsmålet om selve studiet viser studentene til at det i all overveiende grad var godt (68 prosent). Videre mener flertallet (71 prosent) at det var en god avveining mellom pensumstoff og

eksempler. Men det kommer også fram at noen synes undervisningen stort sett bestod av eksempler og lite pensum.

Studentene blir også spurt om balansen mellom helse og folkehelse i undervisningen. Flertallet (62 prosent) mener at studiet hadde en god balanse mellom helse og folkehelse. I et åpent spørsmål pekes det imidlertid på at folkehelse i mindre grad knyttes til teorier enn hva tilfellet er for helse, samtidig framholdes det at fokuset på folkehelse var sterkt:

Var stort fokus på folkehelse, uten at dette ble nok knyttet til teori.

Studiet hadde fullt fokus på folkehelse og kommuneplanlegging, og lite på helse og omsorg.

Kan nevnes at omsorg hadde lite fokus, og det er kanskje også naturlig.

Men jeg hadde forventinger om att studiet skulle ha mye mer fokus på pleie og omsorg. Studiet var svært plan- og folkehelserettet, mens omsorg var nesten fraværende, samtidig som omsorg utgjør en svært stor del av samhandlingsreformen, spesielt i kommunene. Hadde forventinger om å få mer kompetanse ift å planlegge kommunale helse- og omsorgstjenester. Foreslår å endre navn tilbake til «Helse i plan» eller «Folkehelse i plan», eventuelt bør innholdet endres noe.

Gode praksiseksempel knyttet til folkehelse, savner planleggingsperspektivet, ble litt mye helse og omsorg, når utfordringer er spesielt rettet mot den langsiktige planleggingen og behovet for folkehelseperspektiv hos planleggere. Bør skifte navn på studiet.

Jeg skulle ønske det var mer fokus på planlegging og planteorier i studiet. I tillegg ønsker jeg mindre bruk av praktiske eksempler fra helsetjenesten. I min klasse var 99 % av deltakerne ansatt i kommunal helse- og omsorgstjeneste, noe som innebærer at vi er godt kjent med «de gode eksemplene» fra praksis. Som ledere og rådgivere har vi fått disse med oss.

Mener navn på studiet er feil, «helse og omsorg i plan» gjør at rekrutteringen nesten utelukkende var fra helsesektoren. Flere fra plan i kommunen burde delta. Da må navnet endres».

Som sitatene viser er det delte meninger om i hvilken grad det var sterkt fokus på helse og omsorg vs. folkehelse. De fleste deltakerne kommer fra kommunal helsesektor. For disse vil det meste av stoffet om helse og omsorg være kjent. Det vises også, i det åpne spørsmålet, til at lovgjennomgangen var unødvendig, særlig fordi den ikke ble gjennomført av jurist. Som det vises til er det flere som savner planperspektivet. Flere peker også på at navnet på studiet kan være misvisende og bidra til den sterke rekrutteringen av ”helsefolk”.

Norske kommuner er ulike med hensyn til faktorer som størrelse, inntekt og avstand til nærmeste sentrum og til sykehus. Dette vil gi dem ulikt utfordringsbilde knyttet til de problematikkene studiet behandler. Likevel viser undervisningsevalueringen at studentene er tilfreds med studiet på dette punktet. De aller fleste studentene (76 prosent) opplevde studiet som tilpasset kommunens utfordringer. De mener også (84 prosent) at studiet var tilpasset egne behov for kunnskap i arbeidshverdagen. Videre er studentene fornøyd med undervisningen i planlegging. De opplever (85 prosent) at de har fått god/passe innsikt i generelle planprosesser og inkludering av folkehelse i plan. Og de (89 prosent) har fått gode/passe ferdigheter til å delta i planprosesser.

Planlegging for helse innebærer også at det er mulig å dimensjonere tjenestene til å håndtere utfordringer som samhandlingsreformen. For å gjennomføre slik dimensjonering er det et sentralt punkt at det kan gjennomføres kartlegging av den kompetansen som finnes i kommunen, samt legge en strategisk plan for å styrke kompetansen hvis resultatet blir at styrking er nødvendig. I forhold til dette spørsmålet er studentene delt. Over halvparten (54 prosent) mener de fikk få eller ingen ferdigheter i kompetansekartlegging. Et stort mindretall (45 prosent) mener imidlertid de fikk gode/passe ferdigheter i å drive kompetansekartlegging og ut fra den dimensjonere tjenestene kommunen skal tilby.

4.3 Samhandlingsreformen og samarbeid

Samhandlingsreformen er i implementeringsfasen og kommunene er midt i gjennomføring av denne store helseoppgaven. God iverksetting av denne oppgaven kan kreve at flere sektorer i kommunen må samarbeide, at kommuner samarbeider seg i mellom og at kommuner må samarbeide med helseforetak. Hvordan studentene mente de ble rustet til slikt samarbeid vises i tabell 4.3.

Tabell 4.3 *Ferdigheter om ulike former for samarbeid (N=74)*

Fikk ferdigheter Typer samarbeid	Gode	Passe gode	Få	Ingen	Uaktuelt
Tverrsektorielt i kommunen	41	40	14	3	2
Interkommunalt samarbeid	18	45	25	8	4
Samarbeid med helseforetak	11	37	36	14	2

- Studiene har hatt fokus på samarbeid internt i kommunen
- Samarbeid med helseforetak har vært lite vektlagt i studiene

Dette ble også kommentert i det åpne spørsmålet:

Det vi savnet i undervisningen, var bruk av erfaringer fra samhandlingen mellom helseforetak og kommune. I teorien skal jo samhandling skli lett, men det er ikke slik i praksis, det burde vi gått mer inn på. Savnet også kommunenes perspektiv på samhandlingsreformen, ikke bare hva som er intensjonene i nytt lovverk

Mer kritiske eksempler på praktiseringen av samhandlingsreformen med alle nivåer (sykehus, kommune og forebyggende) involvert, hadde vært lærerikt

Flertallet av studentene (76 prosent) mener likevel at studiet gjorde dem i stand til å se løsninger på de utfordringene samhandlingsreformen gir kommunene med hensyn på helse og folkehelse. Bildet var mer nyansert med hensyn på om de mente de ble satt i stand til å planlegge tjenester og rekruttering av

kompetanse kommunen vil ha behov for, for å yte gode tjenester. Langt de fleste (72 prosent) mener også de fikk innspill gjennom studiet til å prioritere lovpålagte oppgaver i tilknytning til samhandlingsreformen.

Lovverket om planlegging inneholder bestemmelser om medvirkning og det ble spurt om studentene mente undervisningen ga dem gode ferdigheter i å drive slike medvirkningsprosesser. De aller fleste (89 prosent) mener de fikk gode eller passe gode ferdigheter i dette. 11 mente de fikk få ferdigheter i å drive medvirkningsprosesser.

4.4 Arbeidet med oppgaven

For å kartlegge hva studentene mente om arbeidet med oppgaven ba vi dem krysse av på om de var enige, passe enige, lite enige eller uenige i en del påstander om oppgaven og dens gjennomføring. Langt de fleste mener at arbeidet med oppgaven var positivt (89 prosent). Flertallet (72 prosent) mener også at veiledningen var tilstrekkelig og at læringsutbyttet deres (82 prosent) fra oppgaven var godt. Et svar på det åpne spørsmålet viser til at:

Veldig fornøyd med veiledningen ifm
prosjektoppgaven (som var veldig lærerik)

Men til tross for at arbeidet med oppgaven var lærerikt, pekes det på at informasjonen ikke alltid var tilstrekkelig:

Det var mye fokus på oppgaveskriving fra første dag, uten at forventningene til oppgaven ble klargjort. Det var fokus på at dette var på masternivå og krevende, uten at vi fikk nærmere info om hva masternivå var. Tror vi hadde hatt bedre utgangspunkt for læring hvis dette hadde blitt tydeligere

Opgaven var et samarbeid mellom flere og de fleste (50 prosent) samarbeidet med noen som var lokalisert i nærheten. Et stort mindretall (42 prosent) samarbeidet imidlertid med noen som var lokalisert langt borte. De fleste (68 prosent) mener de selv kunne velge hvem de skulle samarbeide med, i den forstand at de valgte gruppe selv, mens i underkant av en fjerdedel (22 prosent) mente de ble plassert i en gruppe. Dette samstemmer med variasjonen

mellom undervisningsinstitusjonene i forhold til dette punktet. Ikke alle er like begeistret for å ha blitt plassert i gruppe:

En annen sammensetning av prosjektgruppen, med mer felles bakgrunn, kunne også bidratt til at vi hadde kunnet velge et tema som opptok oss mer i hverdagen, og som vi hadde kunnet benytte i egen jobb. Nå ble det for mye å finne et emne som alle kunne ha tilhørighet til. Oppgaven ble mest skrevet av plikt, ikke interesse. Personlig lærerikt – ja, men lite nyttig i egen jobbsammenheng

Noen mener at oppgaven heller burde vært individuell (35 prosent), og dette ble også kommentert i det åpne spørsmålet:

I prosjektoppgaven ble vi i starten sterkt oppfordret til å skrive i gruppe, at dette var regelen mer enn unntaket. Dette opplevde vi som krevende, samtidig som vi så at størsteparten av studentene etter hvert skrev alene. Å skrive sammen er mye mer krevende!

Ellers er studentene fornøyd med tiden som ble satt av til å arbeide med oppgaven, og flertallet (80 prosent) opplevde at problemstillinger for enkeltoppgaver ble diskutert.

Eksamensformen var hjemmeeksamen og langt de fleste mente at dette gikk bra (55 prosent). Imidlertid opplevde noen (23 prosent) at det var dårlig tid til eksamen. To tredjedeler av studentene mener at studiepoengene de fikk ved å gjennomføre studiet hadde betydning for deres deltakelse. Den resterende tredjedelen mente at dette ikke hadde betydning.

4.5 Refleksjonspunkter

Det store bildet er at studentene er fornøyde med Helse og omsorg i plan- studiet. Studentene har likevel pekt på utfordringer både av innholdsmessig og praktisk karakter.

Det er forskjell i studentenes meninger angående balansen mellom helse og folkehelse – noen av undervisningsinstitusjonene fokuserte mye på det ene og lite på det andre, mens en balanse er ønskelig. Det påpekes at studentene er ledere eller rådgivere i kommunene og at kunnskapsnivået derfor er høyt. Disse

studentene uttrykker forventninger til at stoffet blir presentert av godt skolert fagpersonell. For eksempel trekkes det fram at lovgjennomganger burde foretas av jurister. Dette kan gi det ”lille ekstra” og sikre et løft i den kunnskapen studenter på dette nivået allerede besitter. Gruppen studenter skiller seg med andre ord fra ”vanlige” studenter, noe som bekreftes av koordinatorene for undervisningen. Det gjør at kurset oppleves spennende å undervise på, men også krevende fordi det stiller større krav til undervisningsinstitusjonene. Det er viktig at det jobbes med å sikre et faglig og analytisk høyt nivå og trolig vil undervisningsstedene ha (og har allerede?) nytte av å ha en utveksling om hvilken type undervisning som fungerer overfor denne gruppen.

Studentene gir også uttrykk for at metoder for innhenting av statistikk og utvikling av egne indikatorer burde vært løftet fram i større grad. Spesielt savnet de å få innsikt i kilder til statistikk og informasjon som kan brukes i planlegging, nærmere bestemt hvordan de kan tilpasse statistikk til eget utfordringsbilde og hvordan de kan utvikle egne indikatorer. Her har undervisningsinstitusjonene en utfordring i forhold til å finne fram til fagfolk som evner å gjøre innføringen i statistikkbruk relevant for studentenes arbeidshverdag. Ikke minst er utfordringen å synliggjøre hvordan helsestatistikk kan integreres i planleggingen.

Angående den praktiske gjennomføringen av studiet mente de fleste at det ble gjennomført på en god måte. Alle studentene var likevel ikke like fornøyd med informasjonen de fikk underveis i studiet. For eksempel pekes det på at hva det innebærer at studiet er på masternivå, men ikke selv er masterstudie, var uklart. Det ble brukt for mye fronter og informasjonen som lå på fronter var uklar og det var vanskelig å finne den. I et tilfelle pekes det på at det ble skiftet sted for samlinger uten at dette var kommunisert ut til studentene på en god nok måte.

5 Konklusjon

Refleksjonspunktene på slutten av hvert av kapitlene inneholder konkrete innspill til videreutvikling av Helomplan. Fokus her er å se de foregående kapitlene under ett. Ettersom statuskartleggingen viser studentenes forventninger og kunnskapsbehov til undervisningen, mens undervisningsevalueringen viser deres vurdering av Helomplan etter undervisningens slutt, gir en sammenlikning av resultatene av de to undersøkelsene grunnlag for å kunne vurdere hvorvidt undervisningen har klart å møte det kunnskapsbehovet målgruppene hadde før de startet på studiet.

En viktig lærdom fra det første året med Helse og omsorg i plan, er at det er en utfordring å sette sammen undervisningstilbudet slik at det treffer studentene. Det vil si at forelesningene som gis er relevante i forhold til arbeidet deres, men også at den bidrar med nye perspektiver og innsikt som kan berike og stimulere til videreutvikling av det arbeidet som gjøres. Studentene som deltar på Helomplan har solid erfaring fra praksisfeltet og har god kunnskap om det feltet de arbeider på. Det stiller strengere krav til undervisningen fordi den ikke må "slå inn åpne dører" ved å presentere praksiskunnskap studentene besitter selv og i enkelte tilfeller besitter i større grad enn de som underviser.

Undervisningen må med andre ord være på et høyt analytisk og faglig nivå. Med den bredden i målgruppa som det legges opp til i Helomplan mener vi det er grunn til å stille spørsmål ved om dette er utfordrende å få til. Til tross for at både "helsefolk" og "planfolk" er i målgruppa for Helomplan, er det i overveiende grad "helsefolket" som har respondert på studietilbudet. Det gjør at undervisningsopplegget som omhandler forventninger og regelverk på folkehelse og helse- og omsorgsområdet kan bli kjent stoff for studentene. Utfordringen er å heve dette opp på et nivå som er interessant også for "helsefolket". Hva dette innebærer har studentene til dels gitt svar på i undersøkelsen. De ønsker

kunnskap om gode løsninger, handlingsalternativer og prosesskunnskap.

En mer spesifikk sammenlikning av kapittel 4 og 5 gir et bilde av hvilke kunnskapsbehov undervisningen har klart å svare på. For det første synes det som om studentenes behov for kunnskap om statistikk ikke i tilstrekkelig grad har blitt møtt av undervisningen. Nærmere bestemt dreier dette seg om metoder for tilpasning av statistikk og utarbeiding av egne indikatorer. Videre er det slik at undervisningen svarer på behovet for kunnskap om planlegging tverrsektorielt samarbeid, men først og fremst internt i kommunene. Undervisningen belyser i mindre grad samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Samme mønster finner vi når det gjelder tilbakemeldingene i forhold til den delen av undervisningen som dreier seg om planlegging. Mens studentene er fornøyde med innføringen i planlegging etter plan- og bygningsloven, vurderer de at planlegging på helseområdet i mindre grad belyses.

Organiseringen av gruppearbeidet som en del av prosjektoppgaven ble trukket fram som et mulig felles diskusjonstema for undervisningsinstitusjonene i kapittel 3 fordi praksisen mellom studiestedene er ulik. I undervisningsevalueringen vurderer de aller fleste studentene arbeidet med oppgaven som positivt. Imidlertid er det et stort mindretall (over 30 prosent) som av ulike grunner er mer negative til organiseringen av dette arbeidet. Noen peker på at de ble ført sammen i grupper som ikke passet faglig eller der de andre bodde langt borte og at det derfor var upraktisk og vanskelig å få til samarbeid. Muligheten for å skrive individuelt blir trukket fram. Det finnes trolig ikke ett riktig svar på hvordan sammensetninga av grupper bør løses og hvor strenge man bør være med hensyn til at alle skal delta i en gruppe. Imidlertid er det grunn til å bestrebe seg på å ha et opplegg omkring gruppesammensetning som ikke skaper for vanskelige arbeidsforhold for studentene. Tiltak som kan lette samarbeidet bør vurderes.

Litteratur

Helgesen, M. og Hofstad, H.(2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering – En baselineundersøkelse.* NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.