

Kunnskapsdepartementet

Postboks 8119 Dep  
0032 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

14/11413-4

Ann Kristin Mula Herst

20.03.2015

## Helsedirektoratets hørings svar - NOU 2014: 14 Fagskolen - Et attraktivt utdanningsvalg

Vi viser til høringsbrev av 19.12.2014 og takker for invitasjonen til å avgi hørings svar. Helsemyndighetene og Helsedirektoratet har siden 1990-tallet engasjert seg i utviklingen av fagskoleordningen, og har forvaltet tilskudd til helse- og sosialfaglige utdanninger innenfor ulike rammer og regelverk. Engasjementet har vært knyttet til iverksetting av handlingsplaner for rekruttering og kompetanseheving i helsetjenestene, fra 2007 Kompetanseløftet 2015 rettet mot de kommunale omsorgstjenestene.

Særlig etter innføringen av ny og forbedret finansiering i 2009 har fagskolen fått betydning for helsesektoren. Studenttallet tok seg raskt opp til et nivå på 2100-2300 registrerte studenter for helsefagene. Kategorien helse-, sosial- og idrettsfag hadde i Kunnskapsdepartementets tilstandsrapport for 2013 om lag 2 500 registrerte studenter, som representerer 15 prosent av samlet studenttall for fagskolene. Helsefagene skårer relativt høyt i kartlegginger av studentenes fornøydhet og relevans for arbeidslivet. Vi forventer at fagskoleutdanning også framover vil være et viktig kompetansehevende tiltak for helsetjenestene.

### SAMLET VURDERING

Utvalget foreslår i NOU 2014:14 omfattende og dyptgripende tiltak, som vil kunne ha store konsekvenser for helsefagene. Innstillingen baserer seg på det premisset at utdanningskvalitet best sikres gjennom bygging av store og robuste fagmiljøer. Tenkning og modeller hentes i stor grad fra universitets- og høgskolesektoren. Vi tror at forslagene i all hovedsak kan gi fagskolesektoren samlet sett et kvalitetsløft. Vi er imidlertid bekymret for effekter en sterk konsentrasjon på tilbydersiden kan få for tilgangen til helsefagutdanning for landets kommuner og helseforetak. De institusjonelle rammebetingelsene bør, i større grad enn hva utvalget foreslår, gi rom for private og ideelle så vel som offentlige tilbydere.

For helsefagene handler fagskoleutdanning først og fremst om påbygg og faglig spesialisering. Helsefagene skiller seg ut fra andre fagfelt ved høy kvinneandel, høy andel eldre studenter og ved at studentene i hovedsak er yrkesaktive. De fleste jobber

### Helsedirektoratet – Divisjon kompetanse og personell

Avdeling utdanning og personell

Ann Kristin Mula Herst, tlf.: 92259212

Postboks 7000 St. Olavs plass St. Olavs plass, 0130 Oslo 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, O  
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

i helsesektoren på basis av en autorisasjonsgivende grunnutdanning, endrer ikke sektortilknytning og er ikke på vei mot høyere utdanning. Det er behov for et fleksibelt og desentralisert utdanningstilbud og aktiv rekruttering av studenter gjennom ulike kanaler og nettverk ut til arbeidsplassene. I den sammenheng spiller i dag studieforbund og andre private og ideelle tilbydere en viktig rolle, og supplerer det offentlige tilbudet.

## **STRUKTUR OG ORGANISERING**

### **Eierskap og redusert antall fagskoler**

For å bygge robusthet foreslår utvalget å overføre eierskapet av de offentlige fagskolene fra fylkeskommunene til staten, og redusere antallet til mellom fem og ni. For utdanningstilbud hvor lokal og regional tilpasning er særlig viktig, har en ordning med regionalt eieransvar generelt et større potensial enn sentralisert eierskap. Redusert antall fagskoler medfører for eksempel at helsetjenestene lokalt, som bestiller av utdanning, får færre mulige leverandører å velge mellom. Men vi ser også at statlig eierskap og sentral styring kan være nødvendig for å gjennomføre omfattende endringer i fagskolesektoren. Vi foretrekker klart høyest foreslåtte antall fagskoler.

### **Desentralisering**

For helsefagene er det avgjørende at de store sentraliserte fagskolene gis sterke insentiver for desentralisering av tilbud. Å legge til rette for fagskolestudier er krevende for arbeidsgiver med hensyn til vikarer og praksisperioder. Studiene er også krevende for studenter, med jobb- og familieforpliktelser og behov for nærhet til studiestedet. Nettbaserte løsninger har vist seg som et viktig supplement. Den foreslåtte flercampusmodellen og særskilt finansiering kan være egnet for desentralisering og fleksible undervisningsformer. Det vil være behov for å følge utviklingen nøye.

Vi vil også peke på noen forhold ved tenkningen om institusjonslandskap og det absolutte kravet om robusthet i akkrediteringsprosessen. Utvalget synes å se på fagskoleutdanning isolert, og vurderer at fagskoler med få fagskolestudenter er lite robuste. I mange tilfeller er imidlertid fagskoleutdanning bare en del av en omfattende utdanningsaktivitet på ulike nivåer, som samlet kan vurderes som robust. Mange private og ideelle tilbydere inngår i konsernlignende strukturer med områdekontorer og lokalavdelinger, og med mulighet for å trekke på felles ressurser.

### **Institusjonsakkreditering**

Helsedirektoratet har ingen innvendinger mot en ordning med institusjonsakkreditering forvaltet av NOKUT, men vi er usikre på behovet for en slik ordning i lys av at fagskolene i dag er gitt mulighet i forskrift til å søke om fagområdegodkjenning. Vi er ikke enige i forslaget om institusjonsakkreditering som et absolutt krav for å kunne søke om offentlig finansiering.

Terskelen for fagområdegodkjenning er høy, og så langt har ingen helsefagskoler oppnådd fagområdegodkjenning. Institusjonsakkreditering vil gi noe større faglige friheter, men en enda høyere terskel. Det virker usikkert for oss om eksempelvis private og ideelle utdanningstilbydere, som i dag mottar om lag halvparten av tilskuddsmidlene til helsefagskolene, vil kunne oppnå nødvendig robusthet og

institusjonsakkreditering som fagskole. Kravene til organisering og ledelse kan være for vidtgående i forhold til vedtekter og private eieres styringsrett over egen virksomhet.

### **GRADER, TITLER OG VITNEMÅL**

Helsedirektoratet støtter forslaget om fagskolekandidat som gradsbenevnelse for to års fagskoleutdanning. For helsepersonell er det imidlertid viktig å gi informasjon om autorisasjonsgivende grunnutdanning gjennom titlene. Vi vil derfor foretrekke titler i formen «Helsefagarbeider med fagskoleutdanning i ...». Autorisasjon gir rett til å bruke en beskyttet yrkestittel, og vi ser ikke behov for regulering av tittelbruk ut fra gjennomført fagskoleutdanning. Vi støtter forslaget om at det i fagskoleloven bør framgå at fagskolen utsteder vitnemål om fullført utdanning.

### **LOVFESTET PRAKSISKRAV**

Praksistiden kan være krevende for arbeidsgiver å tilrettelegge for, dersom fagskolen krever at studenten skal ha praksis på annen arbeidsplass. Dette er knyttet til kombinasjonen mellom knappe økonomiske ressurser, og behov for vikarinneleie og i noen tilfeller lønnet permisjon for tiden den ansatte er fraværende. Slike utfordringer er særlig gjeldende i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange kommuner har anledning til å innvilge ansatte permisjon med lønn for undervisningsdager og eksamensperiode, men mer utfordrende er den lengre praksisperioden. Praksis på egen arbeidsplass blir ofte eneste mulighet. Dette fordrer tillatelse og vilje til tilrettelegging og kvalitetssikring fra fagskolens side. Vi vil derfor påpeke at et eventuelt lovfestet krav om praksis bør ivareta muligheten for arbeidsgiver og fagskolen å inngå egne avtaler om en mest mulig hensiktsmessig organisering av praksis for begge parter.

### **RÅDSSTRUKTUR OG DIMENSJONERING**

#### **Nasjonalt fagskoleråd og nasjonale fagråd**

Vi har ingen innvendinger til ansvarsoverføringen til utdanningsmyndighetene som følger av den foreslåtte rådsstrukturen. Det bør i forbindelse med den foreslåtte evalueringen av eksisterende Nasjonalt fagskoleråd også vurderes om det er behov for et nasjonalt fagskoleråd i tillegg til de nasjonale fagrådene.

Helsedirektoratet har hittil påtatt seg ansvaret for at helsefagene har et nasjonalt samarbeidsorgan på fagskoleområdet (NUFHS; NUFHO). Forslaget om nasjonalt fagskoleråd og underliggende nasjonale fagråd inngår i en integrert politikk for fagskolesektoren, og skal dekke behovet Kunnskapsdepartementet og NOKUT har for gode faglige rådgivere i sin myndighetsutøvelse. Vi forutsetter at Helsedirektoratet vil inngå som representant i nytt nasjonalt fagråd, som faglig rådgiver for helseutdanningene og helsetjenestens kompetansebehov.

Med opprettelsen av nasjonale fagråd underlagt utdanningsmyndighetene tror vi ikke det vil være behov for et utvalg som NUFHO, selv om det åpnes for at frivillige utvalg om de ønsker kan spille en uformell rolle. Vi foreslår at evalueringen av eksisterende Nasjonalt fagskoleråd utvides til å omfatte NUFHO og andre tilsvarende utvalg, som en forberedelse til opprettelsen av nye nasjonale fagråd.

## **Dimensjonering**

De nasjonale rådene er tiltenkt en sentral rolle i ny styrings-, dimensjonerings- og finansieringsstruktur. De nasjonale fagrådene får i mandat å kartlegge nasjonale og regionale kompetansebehov innenfor eget fagområde og gi innspill om dimensjonering. Vi mener at konkrete vurderinger av dimensjonering er en for omfattende oppgave for rådene, hvor det vil være vanskelig å skille mellom analyse og interessepolitisk påvirkningsarbeid. Vi mener at dimensjoneringsvurderingene bør foretas nærmere myndigheten som har finansieringsansvaret, med innspill fra ansvarlige myndighetsorganer for de ulike fagområdene.

Det foreslåtte systemet synes dessuten ikke å bidra til rask omstilling. Systemet tar utgangspunkt i sektorvise analyser av kompetansebehov annethvert år i regi av de nasjonale fagrådene, som behandler og oversender analysene til det nasjonale fagskolerådet, som igjen avgir innstilling til departementet som fatter det endelige vedtaket om fordeling av studieplasser mellom fagfelt og fagskoler.

## **FINANSIERING**

Helsedirektoratet støtter forslaget om en felles finansieringsordning med differensierte satser og som inkluderer utviklingsmidler. Vi har ingen innvendinger til forslaget om et resultatbasert element, men vurderer dette elementet som mindre viktig.

## **Reell kostnadsdekning**

Basert på vår erfaring med finansiering av helsefagskolene vil vi peke på at bruken av begrepet reell kostnadsdekning kan gi inntrykk av et høyere presisjonsnivå enn hva som er mulig å oppnå med bruk av enhetlige satser. De ulike fagskolene har varierende kostnadsstruktur og kostnadsnivå. Stordriftsfordeler og smådriftsulemper gjør seg gjeldende. Flere fylkeskommuner bruker i dag av egne midler til helsefagutdanning, siden statstilskuddet vurderes som utilstrekkelig. Klasser med få studenter blir ikke satt i gang. Andre tilbydere opplever at samme tilskuddssats gir den nødvendige kostnadsdekningen, også ved lave studenttall i det aktuelle fylket.

## **Om fylkeskommunenes finansieringsansvar**

Ut fra egen erfaring tror vi også det er behov for å nyansere bildet som utvalget tegner av fylkeskommunenes forvaltning av fagskoletilbudet. Vi har sett at flere fylkeskommuner benyttet finansieringsansvaret til å innta en aktiv rolle for å utvikle og tilpasse tilbudene til helsetjenestenes behov, og de har trolig fått raskere og bedre resultater enn hva staten kunne oppnådd gjennom sentral styring av utviklingen. Til tross for muligheten for å tilgodese egne fagskoler med midler, har de fleste fylkeskommunene funnet det hensiktsmessig å fordele en betydelig andel av midlene ut til private og ideelle tilbydere. Men vi har også sett at enkelte fylkeskommuner viser lite engasjement for forvaltningsoppgaven og setter av utilstrekkelige administrative ressurser.

## **Resultatbasert finansiering**

Vårt forbehold knyttet til resultatbasert finansiering henger sammen med studentgruppen helsefagene henvender seg til. Studenter med jobb- og familieforpliktelser som tar utdanningen på deltid, vil i mindre grad enn heltidsstudenter kunne gjennomføre studieløp uten forstyrrelser og avbrudd. Det kan virke urimelig å straffe fagskolen økonomisk for slike forstyrrelser. Dessuten er det i fagskolesektoren

snakk om relativt korte studieløp. Spørsmålet om resultatbasert finansiering bør også vurderes ut fra hensynet til enkelhet og effektiv tilskuddsforvaltning.

### **Finansiering og rekruttering**

Innenfor finansieringsordningen vil fastsetting av opptaksrammer og tildeling av studieplasser bare være et første trinn. For helsefagene vil neste trinn være utfordrende med rekruttering av studenter og påbegynte studier. Rekruttering kan være lettere for andre fagområder med mer mobile studenter. Kompetanseheving i helsetjenestene har stor samfunnsmessig betydning, og det er viktig at helsefagene også etter en sammenslåing av tilskuddene kan anvende minst like store midler som i dag. Fordelingen mellom fagområder bør følges nøye i en overgangsperiode, eventuelt med bruk av overgangsordninger.

### **KUNNSKAPSGRUNNLAGET OM FAGSKOLEN**

Vi er glade for initiativene Kunnskapsdepartementet har tatt de senere år for å bidra til kunnskap om fagskolesektoren. Det er positivt at utvalget tar arbeidet videre ved å foreslå bevilging av midler til økt forskningsinnsats.

Vennlig hilsen

Karin Straume e.f.  
divisjonsdirektør

Silje Anine Bell  
avdelingsdirektør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*