

# Meld. St. 13

(2011–2012)

Melding til Stortinget

---

## Utdanning for velferd

Samspill i praksis





# Innhold

<b>1</b>	<b>Bedre helse og velferd – et spørsmål om kompetanse ...</b>	7	5.2	Samspill mellom utdanning og yrkesfelt om yrkeskvalifisering ....	38
1.1	Om meldingen .....	10	5.2.1	Kompetanse som svarer på tjenestenes behov .....	39
1.2	Sentrale begreper .....	10	5.2.2	To læringsarenaer .....	39
<b>Del I</b>	<b>Utfordringen .....</b>	13	5.2.3	Yrkeskvalifisering: et delt ansvar .	39
<b>2</b>	<b>Utviklingstrekk .....</b>	15	5.3	Samspill om forskning og utviklingsarbeid, innovasjon og entreprenørskap .....	40
2.1	Generell samfunnsutvikling .....	15	5.3.1	Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse	41
2.1.1	Et kjønnsdelt arbeidsmarked .....	16	5.3.2	Forskningskvalitet og robuste fagmiljøer .....	41
2.1.2	Et mangfoldig samfunn .....	16	5.3.3	Innovasjon og entreprenørskap ....	41
2.1.3	Et mer kunnskapsintensivt arbeidsliv .....	18	5.4	Samspill mellom utdanningsnivåene .....	42
2.1.4	Teknologisk utvikling .....	18	5.4.1	Samspill mellom yrkesgrupper innenfor samme fagfelt .....	42
2.1.5	Frivillig sektor .....	20	5.4.2	Oppgaveglidning .....	43
2.1.6	Private aktører .....	20	5.4.3	Fleksible overganger .....	43
2.1.7	Alternativ behandling .....	20	5.5	Samspill over profesjongrensene .	44
2.2	Utvikling i befolkningens behov for helse- og velferdstjenester .....	20	5.5.1	Profesjonsidentitet og utdanningsmodeller .....	44
2.2.1	Arbeids- og velferdsområdet .....	21	5.5.2	Profesjonsutøver og velferdsarbeider .....	45
2.2.2	Barnevern .....	22	5.6	Sammenhenger .....	46
2.2.3	Familievern og krisesentre .....	22	5.6.1	Et helhetlig perspektiv på folkehelse og velferd .....	46
2.2.4	Helse- og omsorgstjenester .....	23	5.6.2	Eksempler .....	47
2.3	Personelltilgang .....	24			
2.3.1	Situasjonen i Norge .....	24			
2.3.2	Helsepersonellsituasjonen globalt .....	24			
<b>3</b>	<b>Endringer i tjenestene for å svare på nye behov .....</b>	26	<b>Del III</b>	<b>Konsekvenser .....</b>	51
3.1	Kort om de siste årenes reformer	26	<b>6</b>	<b>Om del III .....</b>	53
3.1.1	NAV-reformen .....	26	<b>7</b>	<b>Videregående opplæring .....</b>	54
3.1.2	Reformen i barnevernet .....	27	7.1	Aktuelle utdanninger .....	54
3.1.3	Samhandlingsreformen .....	27	7.2	Nærmere om helsefagarbeidere ..	55
3.2	Kompetansesituasjonen i dag .....	28	7.2.1	Utdanning av ungdom .....	55
3.2.1	Arbeids- og velferdsforvaltningen .	28	7.2.2	Kvalifisering av voksne .....	56
3.2.2	Barnevern, familievern og krisesentre .....	28	7.3	Forslag om organisering av opplæringen i vekslingsmodell .....	58
3.2.3	Helse- og omsorgstjenestene .....	28	7.4	Overgang fra et yrkesfaglig løp til høyere utdanning .....	59
<b>4</b>	<b>Krav og forventninger til utdanningssektoren .....</b>	30	7.5	Tiltak .....	61
4.1	Nye kompetansebehov .....	30	<b>8</b>	<b>Fagskoleutdanning .....</b>	62
4.2	Endringer i utdanningene .....	31	8.1	Om fagskoleutdanning .....	62
4.3	Kunnskapsgrunnlag .....	32	8.2	Fagskoleutdanning som en attraktiv karrierevei .....	64
<b>Del II</b>	<b>Samspillet .....</b>	35	8.3	Fagskoleutdanning for personer med annen videregående opplæring .....	64
<b>5</b>	<b>Samspill for økt kvalitet og relevans i utdanningene .....</b>	37	8.4	Tiltak .....	65
5.1	Dagens situasjon .....	37			
5.1.1	Eksempler på godt samspill .....	37			

<b>9</b>	<b>Høyere utdanning</b> .....	67	10.1.3	Innovative tjenester .....	91
9.1	Struktur og innhold i de helse- og sosialfaglige utdanningene .....	67	10.1.4	Forskning tilknyttet de helse- og sosialfaglige utdanningene .....	91
9.1.1	Brede grunnutdanninger .....	67	10.2	Pågående programmer og satsinger .....	92
9.1.2	Tverrprofesjonell samarbeidslæring .....	69	10.2.1	Arbeids- og velferdsforskning .....	92
9.1.3	Spesialisering på mastergradsnivå .....	70	10.2.2	Barnevernforskning .....	92
9.1.4	Overgang fra utdanning til yrke ...	71	10.2.3	Helseforskning .....	93
9.2	Praksisstudier: yrkesfeltet som læringsarena under utdanningen .....	73	10.3	Måltrettet forskningsinnsats .....	94
9.2.1	Utfordringer .....	73	10.3.1	SAK – samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon .....	94
9.2.2	Vurdering av tiltak .....	75	10.3.2	Bedre koordinering på tvers av sektorene .....	94
9.3	Styring av innhold og struktur i høyere utdanning .....	76	10.3.3	Nytt program i Norges forskningsråd .....	94
9.3.1	Kompetansekrav .....	76	10.3.4	Nasjonale forskerskoler .....	95
9.3.2	Rammeplan og forskrift .....	77	10.3.5	Robuste og kompetente fagmiljøer .....	95
9.3.3	Faglig samordning .....	78	10.4	Tiltak .....	95
9.3.4	Skikkethet .....	78			
9.4	Styring av kapasitet .....	78	<b>11</b>	<b>Økonomiske og administrative konsekvenser</b> .....	96
9.5	Mer om utdanningskvalitet .....	79	11.1	Videregående opplæring .....	96
9.5.1	Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk .....	79	11.2	Fagskoleutdanning .....	96
9.5.2	Internasjonalisering .....	80	11.3	Høyere utdanning .....	96
9.5.3	Sentre for fremragende utdanning .....	80	11.4	Forskning og utvikling .....	96
9.6	Tiltak .....	80			
9.7	Nærmere om enkelte utdanningsområder .....	81	<b>Vedlegg</b>		
9.7.1	Sosialfaglig arbeid og kompetanse .....	81	1	Nærmere om tjenestene meldingen omhandler .....	97
9.7.2	Medisin .....	84	2	Framskrivninger av behovet for arbeidskraft .....	108
9.7.3	Prehospitale tjenester .....	84	3	Nærmere om helse- og sosialfaglige utdanninger .....	116
9.7.4	Farmasi .....	85	4	Styring, organisering og kvalitets- sikring av den videregående opplæringen .....	129
9.7.5	Kiropraktorutdanning .....	86	5	Internasjonale perspektiver .....	133
9.7.6	Ernæring .....	87	6	Styring av universitets- og høyskolesektoren .....	135
<b>10</b>	<b>Forskning for økt kvalitet i tjenestene og i utdanningene</b> .....	89	7	Definisjoner .....	139
10.1	Utfordringer og framtidige behov .....	89	8	Litteratur .....	141
10.1.1	Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse .....	89			
10.1.2	Forskningsbasert utdanning .....	90			



DET KONGELIGE  
KUNNSKAPSDEPARTEMENT

# Meld. St. 13

(2011–2012)

Melding til Stortinget

---

## Utdanning for velferd

Samspill i praksis

*Tilråding fra Kunnskapsdepartementet 17. februar 2012,  
godkjent i statsråd samme dag.  
(Regjeringen Stoltenberg II)*



## 1 Bedre helse og velferd – et spørsmål om kompetanse

*I 2025 vil nesten 16 % av Norges befolkning, eller over 900 000 mennesker, være over 67 år. Over en kvart million vil være over 80 år. Mange av dem vil ha behov for omsorg fra det offentlige. Samtidig blir det færre arbeidsføre til å yte hjelpen. I deler av landet vil misforholdet forsterkes av geografiske forskjeller både i alderssammensetningen og tilgangen på arbeidskraft. Hvis vi ikke gjør endringer i tjenestene eller legger til rette for at folk holder seg friske lenger enn i dag, vil hver fjerde ungdom på landsbasis måtte velge helse- og sosialfaglig utdanning for å dekke behovet i 2025, og hver tredje i 2035. Det er verken realistisk eller ønskelig.*

*Samtidig er det mange i yrkesaktiv alder som ikke deltar i arbeidslivet og som lever av støtte fra det offentlige. For å møte utfordringene knyttet til aldring av befolkningen er det avgjørende at vi klarer å mobilisere de arbeidskraftressursene vi har. Deltakelse i arbeidslivet kan i seg selv være helsebringende. Arbeid forebygger også fattigdom og gir den enkelte mulighet til å bruke sine evner og delta i det sosiale fellesskapet.*

*Pågangen til barnevern, familievern og krisesentre øker. Undersøkelser viser at tidligere barnevernsbarn har vesentlig dårligere utsikter enn andre på områder som utdanning og inntekt og figurerer oftere i statistikkene over arbeidsledige, uføre og brukere av sosialhjelp. De er ofte avhengige av hjelp fra flere tjenester, på flere områder og i flere faser av livet. Det er derfor særlig mye å hente på forebygging i en tidlig fase.*

*For et fortsatt bærekraftig velferdssamfunn må vi fornye tjenestene og tilpasse utdanningene til nye behov slik at framtidens generasjoner får tilgang til like gode tjenester som vi selv har nytt godt av. Derfor legger regjeringen fram denne stortingsmeldingen om utdanning for velferd. Meldingen omhandler behov for endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene på alle nivåer i utdanningssystemet, samt helse- og sosialfaglig forskning og utviklingsarbeid.*

Kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, psykiske helseproblemer, diabetes, lungesykdom og muskel- og skjelettsykdommer er en stor utfordring for folkehelsen. 200 000 nordmenn har KOLS, og enda flere har diabetes.

Med flere eldre blir det stadig flere pasienter med kroniske lidelser.

Rusproblemer og psykiske lidelser øker også i omfang. To av tre menn og en av to kvinner over 40 år lider av overvekt eller fedme, og det er økende forekomst av overvekt og fedme blant barn. Samlet blir det derfor viktigere enn noen gang med tiltak for å forebygge og utsette sykdom og sikre flere friske år for alle.

Det er en klar sammenheng mellom helseproblemer og økonomiske og sosiale problemer. Langtidsmottakere av dagpenger og sosialhjelp har langt større helseproblemer enn befolkningen for øvrig. Bostedsløse sliter i mange tilfeller med psykiske problemer og rus. Undersøkelser av innsatte i norske fengsler viser at 30 % har vært barneverns klienter, 60 % ikke har fullført videregående opplæring og omtrent like mange har rusproblemer. Ca. halvparten har også kroniske sykdommer.

Mennesker med helseproblemer eller sosiale problemer trenger altså ofte hjelp på mer enn ett område samtidig. Mange opplever at tjenester og instanser snakker dårlig sammen. Resultatet kan bli forsinkelser, misforståelser og dermed dårligere behandling, eller i verste fall at de ikke får den hjelpen de skal ha.

Det at problemene i mange tilfeller henger sammen, betyr samtidig at det er mye å vinne på tidlig innsats, forebyggende og helsefremmende arbeid og god sammenheng i tjenestetilbudet. Eksemplet med utsatte barn er nevnt. Her spiller også barnehage og skole en viktig rolle i tillegg til helse- og velferdstjenestene. Arbeidsledige som kommer raskt i jobb, har mindre risiko for å få andre problemer. De som kanskje ikke kan jobbe fullt ut, kan likevel yte en verdifull innsats gjennom tilrettelagt arbeid og samtidig føle seg inkludert. Kronisk syke som får god behandling, kan i mange tilfeller leve tilnærmet normalt. Eldre som trenger hjelp i hverdagen, kan bo hjemme lenger med et godt omsorgstilbud og god oppfølging fra helsevesenet.

Alt dette vil spare samfunnet for store utgifter. Men framfor alt er det viktig for at den enkelte skal kunne ha et godt og verdig liv.

For å nå målet om mer helhetlige tjenester og et bedre tilbud til den enkelte er det iverksatt store reformer. NAV-reformen har samlet de tidligere arbeids- og trygdekontorene og deler av de kommunale sosiale tjenestene under ett tak, slik at det bare er ett sted å henvende seg. Barnevernet er omorganisert for å styrke det faglig og få et mer likeverdig tilbud i hele landet. I helsevesenet har Samhandlingsreformen som mål å gi et mer helhetlig tilbud til hver pasient, med vekt på forebygging og tidlig innsats. Folk skal i størst mulig grad få hjelp der de bor, det vil si gjennom tjenester i kommunene, mens mer spesialiserte tjenester skal brukes når det ikke er andre alternativer.

Endringene i tjenestene krever nye måter å arbeide på. Mer av arbeidet vil skje i tverrfaglige team, og det vil være mer samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene. Hver av yrkesgruppene har et fagområde som representerer deres kjernekompetanse. Kunnskapskravene i fagene øker, både på grunn av samfunnsutviklingen og utviklingen i tjenestene. Men hver enkelt ansatt må også ha kunnskap om hele helse- og velferdssystemet og forstå sin egen rolle i helheten. Det betyr at hun må kjenne til andre yrkesgruppers roller og oppgaver og kunne kommunisere godt med dem. Ved å kombinere fagkompetanse med en bredere systemforståelse, og samtidig jobbe mer sammen med andre, vil den enkelte kunne utnytte sin kompetanse fullt ut til beste for brukere og pasienter.

Forholdet til brukerne stiller også økte krav til medarbeiderne i helse- og velferdstjenestene. De må ha høy etisk bevissthet og vurderingsevne og kommunisere godt og forståelig med klienter, pasienter og pårørende. At Norge blir stadig mer flerkulturelt, bringer med seg nye utfordringer på dette området. Samtidig vil de møte mange ressurssterke brukere med kunnskaper, ikke minst fra Internett, om både helse og sykdommer, støtteordninger og sine egne rettigheter. Nye organisasjonsformer er under utvikling i frivillighetsfeltet, der utsatte grupper organiserer seg i et stadig større mangfold. Dette er organisasjoner som ønsker å påvirke hjelpeapparatet til å bringe inn erfaringer fra brukerne.

For å sette yrkesutøverne i stand til å jobbe på nye måter og møte de endringene som er beskrevet ovenfor, må også utdanningene endres. De helse- og sosialfaglige utdanningene skal utdanne mennesker som gjennom en lang yrkeskarriere kan sikre at hver enkelt bruker får den hjelpen hun skal ha, og samtidig bidra til å videreutvikle et bærekraftig velferdssamfunn. Vi må utdanne kandidater som ikke bare kan gå inn i yrket i dag,

men som kan utvikle seg videre, reflektere over egen yrkespraksis og dermed også bidra til kunnskapsutviklingen på sitt fagområde i årene framover.

Det er stort behov for arbeidskraft i tjenestene – særlig for personell med fagbrev som kan ta seg av den aldrende befolkningen. Om lag 12 % av søkerne til yrkesfag i videregående opplæring velger helse- og sosialfag.<sup>1</sup> Målt i antall elever er helse- og sosialfag det største yrkesfaglige utdanningsprogrammet, noe som viser at dette er et populært utdanningsvalg. Mange ungdommer faller imidlertid fra underveis i opplæringsløpet, og mange velger påbygning til generell studiekompetanse i stedet for fagbrev. Både utdanningene og tjenestene må fornyes for å tiltrekke seg og beholde motiverte og dyktige mennesker. De må ha faglig interessante lærings- og arbeidsmiljøer, og det må være gode muligheter for videre karriereutvikling.

Helse- og velferdspersonell som skal arbeide i kommunene, i barnevernet og på NAV-kontorene, må også ha praksisopphold der som en del av utdanningen. Det har de i altfor liten grad i dag. For at alle ansatte i tjenestene skal få en god helhetlig forståelse av helse- og velferdssystemet og sin egen rolle i det, kreves det at de ulike gruppene *lærer sammen*, både i teori og praksis. Det skjer også i altfor liten grad i dag. I tillegg viser undersøkelser at kvaliteten i praksisstudiene ofte er for dårlig. Et tredje punkt er at forskningen knyttet til utdanningene må styrkes for å gi bedre kvalitet i både utdanningene og tjenestene. Det betyr at forskningen må være av høy kvalitet og nært knyttet til praksisfeltet både tematisk og gjennom samarbeid med yrkesutøverne. Både tjenestene og utdanningene må bygge på det beste av tilgjengelig kunnskap. Dette krever et nært samspill mellom forskning, utdanning og arbeidsliv.

Utdanning og forskning er nøkkelfaktorer for å videreutvikle helse- og velferdstjenestene og hindre framvekst av nye sosiale skiller. Med medarbeidere med riktig kompetanse vil tjenestene være rustet til å møte de store utfordringene som velferdssamfunnet står overfor de nærmeste tiårene. Derfor vil regjeringen i denne stortingsmeldingen gjennomgå behovet for endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene i lys av utviklingstrekkene som beskrives. Målet er at utdanningene skal svare bedre på framtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet.

<sup>1</sup> Utdanningsspeilet 2011.



Meldingen omfatter helse- og sosialfaglige utdanninger fra videregående opplæring til fagskoleutdanning og høyere utdanning. Slik presenteres en samlet politikk for en langsiktig satsing på utvikling av de enkelte utdanningene sett i forhold til hverandre og det yrkesfeltet de utdanner til. Meldingen vil gi et fundament og en tydelig retning for det utviklingsarbeidet som i neste omgang må skje i utdanningssystemet i nært samarbeid med partene i arbeidslivet, brukerorganisasjoner og andre relevante aktører.

#### *Nærmere om kompetansebehovene*

En rekke fellestrekk går igjen i helse- og velferdstjenestenes egne beskrivelser av behov for ny eller styrket kompetanse. De trenger medarbeidere med bedre evne til å kommunisere og samarbeide på tvers av nivåer og sektorer. Videre er det behov for en sterkere felles kunnskapsbasis blant medarbeiderne på områder som flerkulturell forståelse, diskriminering, arbeidslivskunnskap, brukerorientering, system- og organisasjonskunnskap, lov- og regelverk, juridisk grunnkompetanse og IKT-kunnskaper.

Samtidig trengs det mer kompetanse på områder som representerer noen av de største utfordringene for tjenestene. Det gjelder blant annet forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, omsorgssvikt, vold og overgrep, fattigdom, psykisk helse og rus, habilitering og rehabilitering. Denne typen kompetanse går på tvers av profesjonene, men hver profesjon vil kunne ha sin egen teoretiske og metodiske tilnærming.

Behovsbeskrivelsene bygger på en forutsetning om at medarbeiderne fortsatt må ha en sterk profesjonsfaglig kompetanse. Generelt er det ønske om et høyere utdanningsnivå i tjenestene, der de ulike utdanningsgruppene til sammen har en kompetanse som gjør at tjenestene kan møte framtidens utfordringer på en god måte.

#### *Dagens utdanninger – styrker og svakheter*

I arbeidet med stortingsmeldingen har debatten om profesjonenes rolle stått sentralt. Spesielt yrkesorganisasjonene har vært bekymret over at mye av vekten har blitt lagt ikke på det profesjonsspesifikke, men på det som går på tvers og er felles. Bakgrunnen for denne vektleggingen er dokumenterte kompetansebehov i tjenestene. Det betyr imidlertid ikke at den profesjonsfaglige kompetansen blir mindre viktig, men at den i større grad må integreres med breddekunnskap om

velferdssystemet, helhetsforståelse og utviklings- og samarbeidskompetanse.

Oversikter fra Statens helsetilsyn viser at når behandlingstilbudet svikter, helsetjenestene får klager eller hjelpebehov ikke fanges opp tidlig nok, er det ofte de samme feilene som går igjen. Det betyr at både tjenestene og utdanningene lærer av dem i for liten grad. Kompetanse som evnen til å ta i bruk ny kunnskap, til kritisk tenkning og refleksjon og til å søke samarbeid med og vurderinger fra andre yrkesgrupper er vesentlig for å endre på dette.

Organiseringen av tjenestene er mer og mer basert på tverrfaglig og flerfaglig samarbeid, ikke minst gjennom vekt på pasient- og brukerforløp. Imidlertid er ikke utdanningene organisert på denne måten. De enkelte profesjonsutdanningene foregår for en stor del separat, og studentene lærer ikke i tilstrekkelig grad å samhandle med andre, om sin egen kjernekompetanse sett i forhold til andres kompetanse eller om andre deler av velferdssystemet enn den deres egen utdanning primært er rettet mot. Profesjonsutdanningene knyttes dermed ikke godt nok til helheten rundt. Snarere enn å true profesjonene, kan mer læring på tvers av utdanningene styrke den enkeltes kjernekompetanse.

Utdanningsinstitusjonene er i sitt samfunnsoppdrag forpliktet til å tilpasse utdanningstilbudet til studentenes ønsker på den ene siden og arbeidslivets behov for kompetanse på den andre. Disse ønskene og behovene er ikke alltid sammenfallende. Samtidig står profesjonsidentiteten sterkt også blant de ansatte i utdanningene. I flere tilfeller har nye behov blitt møtt med etablering av nye utdanninger heller enn tilpasning av de eksisterende. For eksempel ble det for noen år siden opprettet en utdanning som velferdsviter for å dekke kompetansebehov knyttet til arbeidsoppgaver på arbeids- og velferdsområdet.

Innenfor videregående opplæring er det flere muligheter til å få anerkjent arbeidslivserfaring som fundament for fagbrev. Disse ordningene er imidlertid ikke integrert i den ordinære opplæringsmodellen, men etablert som tilleggsordninger på siden. De faglige og pedagogiske fordelene ved å kombinere teoretisk opplæring med praktisk erfaring blir dermed ikke utnyttet. Det er grunn til å spørre om hovedmodellen for fagopplæring evner å tilrettelegge opplæringen etter hva den enkelte kan fra før. Av dem som får yrkeskompetanse i helse- og sosialfagene på videregående nivå, utgjør voksne den største gruppen, og det er avgjørende at opplæringen tilrettelegges slik at de finner det attraktivt å ta et fagbrev. Det er i dag ca.

30 % ufaglærte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og i barnevernsinstitusjonene. Dette utgjør en risiko for kvaliteten. For å sikre god nok rekruttering til å møte veksten i antall eldre og øke kvaliteten i tjenestene må det utvikles nye modeller i videregående opplæring.

Dagens utdanninger til sosialt arbeid er i for liten grad integrert med de helsefaglige utdanningene, og sosialfaglige tjenester benyttes ikke godt nok i verken primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Samtidig mangler både de helsefaglige og de sosialfaglige utdanningene et tydelig arbeidsperspektiv. Arbeid er helsefremmende og gir økonomisk trygghet, og er viktig for at hver enkelt skal føle seg verdsatt i samfunnet og for opplevelsen av inkludering og medvirkning. Det er derfor behov for å styrke den sosial- og arbeidsfaglige kompetansen i hele bredden av helse- og velferdstjenestene. Dette krever solide og brede grunnutdanninger som setter kandidatene i stand til å gå inn i alle deler av tjenestene med sin kjernekompetanse om befolkningens velferd. Samtidig kan de treårige bachelorgradene aldri bli spesialistutdanninger – til det er utdanningslengden for kort og kompetansekravene i tjenestene for store. Mange oppgaver vil derfor kreve spesialisering gjennom videreutdanning eller mastergrad.

## 1.1 Om meldingen

Stortingsmeldingen omhandler tiltak for å styrke utdanning og forskning på det helse- og sosialfaglige området med utgangspunkt i befolkningens behov for helse- og velferdstjenester. Meldingen skal legge grunnlag for en helhetlig politikk på området. Målet er kunnskapsbaserte tjenester som setter brukerne i sentrum og bidrar til bedre helse og velferd for hele befolkningen.

Meldingen bygger på tre hovedperspektiver. *Utenfraperspektivet* innebærer at det er samfunnets, tjenestenes og brukernes behov som definerer hvilken kompetanse kandidatene fra de helse- og sosialfaglige utdanningene skal ha, og som dermed danner utgangspunktet for forslagene til endringer i utdanningene. Dette perspektivet reflekteres i Del I. *Samspillsperspektivet* presenteres i Del II som et overordnet grep for å skape bedre samsvare mellom kompetansebehovene i helse- og velferdstjenestene og utdanningenes og forskningens evne til å svare på disse behovene, og er gjennomgående i hele meldingen. *Framtidsperspektivet* betyr at meldingen skal danne grunnlag og vise retning for et langsiktig utviklingsarbeid. Tiltakene som drøftes og beskrives i Del III, inne-

bærer derfor i stor grad videre utviklingsprosesser.

Innledningskapitlet gir en overordnet beskrivelse av noen sentrale utfordringer for det norske velferdssamfunnet. Formålet er å trekke opp et bakteppe for temaene i meldingen og plassere utdanning og forskning inn i denne sammenhengen. Beskrivelser av tilstanden, tall og fakta i dette kapitlet blir nærmere omtalt og dokumentert i kapitlene som følger og i vedlegg.

Del I (Kapittel 2-4) danner grunnlaget for vurderingene og tiltakene i stortingsmeldingen. Her gis det en beskrivelse av generelle utviklingstrekk i samfunnet, endringer i befolkningens behov for helse- og velferdstjenester og de reformene som er iverksatt i tjenestene som resultat av dette. Til slutt i denne delen oppsummeres hvilke krav og forventninger tjenestene har til hva utdannings- og forskningssystemet skal levere av kunnskap og kompetanse for at tjenestene skal kunne møte befolkningens behov.

Del II (Kapittel 5) gir en analyse av hvilke overordnede og prinsipielle grep som er nødvendige for at utdanning og forskning bedre skal kunne svare på kompetansebehovene, herunder også arbeidslivets eget ansvar og rolle i å framskaffe kunnskap og kvalifisere arbeidstakerne for yrket. Det legges vekt på nødvendigheten av å styrke ulike former for samspill mellom utdanning, forskning og arbeidsliv, og mellom nivåene og fagområdene i utdanningssystemet.

Del III (Kapittel 6-11) er tiltaksdelen i meldingen. Her drøftes konsekvensene av Del I og II for de ulike utdanningsnivåene og for forskningen. På den bakgrunn omtales tiltak og videre prosesser innenfor de ulike områdene.

Ytterligere faktainformasjon og dokumentasjon gis i vedlegg.

## 1.2 Sentrale begreper

I denne stortingsmeldingen benyttes *helse- og velferdstjenestene* som en samlebetegnelse for arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV), barnevernet og helse- og omsorgstjenestene på alle nivåer, inkludert statlige, fylkeskommunale, kommunale og private tjenesteytere og -tilbud. *Helse- og omsorgstjenestene* omfatter den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere.

*Helse- og sosialfaglig utdanning* benyttes som en samlebetegnelse for nærmere angitte utdanninger i videregående opplæring, fagskoleutdanning og høyere utdanning, jf. Kapittel 6-9. Med

*grunnutdanning* forstås førstegangsutdanning i videregående opplæring eller på bachelor- eller masternivå i høyere utdanning som gir rett til å utøve et yrke.

*Kompetanse* defineres i meldingen som helheten av kunnskaper, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og

utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål. Dette er i overensstemmelse med den vanlige forståelsen av begrepet både i dagligtale og i faglitteraturen, selv om ordbruken kan variere.

Definisjoner av andre begreper knyttet til tjenestene og utdanningene finnes i Vedlegg 7.



*Del I*  
*Utfordringen*



## 2 Utviklingstrekk

### 2.1 Generell samfunnsutvikling

Den nordiske modellen, med gode og universelle velferdsordninger, høy sysselsettingsgrad, små lønnsforskjeller, sterke kollektive aktører, høy grad av medvirkning og et godt samarbeidsklima mellom arbeidsgivere og arbeidstakere, er et viktig fortrinn for Norge i en verden preget av usikkerhet og økende konkurranse. Dette gir et solid fundament for videre utvikling av velferdssamfunnet.

Om lag 80 % av nasjonalformuen består av menneskelige ressurser. Befolkningens kompetanse utgjør den viktigste faktoren for vekst. Det norske arbeidslivet preges av høy yrkesdeltakelse og lav arbeidsledighet. Over 75 % av befolkningen mellom 15 og 64 år er i arbeid. Gode velferdsordninger for barnefamilier som foreldrepermisjon, barnehager og fleksible arbeidsordninger har lagt til rette for at både kvinner og menn kan beholde tilknytningen til arbeidslivet når de får barn. Norge er i dag på topp i Europa når det gjelder fødselstall.

Det er ikke mulig å forutse eksakt hva slags kompetanse landet trenger for å møte framtidens behov i arbeidslivet, men noen utviklingstrekk er relativt sikre. I St.meld. nr. 44 (2008 – 2009) *Utdanningslinja* peker regjeringen blant annet på at arbeidslivet blir stadig mer kunnskapsbasert og kunnskapsintensivt. Langt flere stillinger vil kreve mer formell utdanning enn det som er vanlig i dag, og færre arbeidsgivere vil etterspørre personer med opplæring bare fra grunnskolen. Samtidig blir befolkningen og arbeidsstyrken stadig eldre. Det skaper nye rekrutteringsutfordringer.

Gjennom de siste tiårene har det vært en betydelig velstandsøkning i det norske samfunnet, og de fleste grupper har hatt en markert oppgang i realinntekten. Samtidig økte inntektsforskjellene noe i perioden fra midten av 1980-tallet til midten av 2000-tallet, for så å bli redusert igjen fra 2006. Andelen av befolkningen med inntekt under lavinntektsgrensen har vært stabil de siste årene, men antall barn som lever i lavinntektsfamilier har økt.

De siste 20 årene har alle grupper i Norge – uavhengig av utdanning og inntekt – fått bedre

helse, og levealderen har økt. Bedringen har imidlertid vært større for grupper med lang utdanning og høy inntekt enn for dem med kort utdanning og lav inntekt. Helse er ulikt fordelt mellom sosio-økonomiske grupper i befolkningen, og forskjellene er økende. Tilsvarende ser vi at brukere av tjenester innenfor barnevernet i større grad enn andre har lav utdanning og lav inntekt.

Selv om det norske arbeidslivet generelt kjennetegnes ved høy yrkesdeltakelse og lav arbeidsledighet, er sysselsettingen blant funksjonshemmede lav og har ikke økt de siste årene. Personer med innvandrerbakgrunn er en annen gruppe med lavere yrkesdeltakelse enn resten av befolkningen, og dette gjelder i særlig grad kvinner. Antall personer registrert med nedsatt arbeids-evne er stabilt eller svakt økende. Disse vil ha behov for arbeidsrettede tiltak, og noen vil trenge helsemessig bistand. De som faller utenfor arbeidsmarkedet, faller også lettere utenfor andre deler av velferdssamfunnet. Det er en sterk sammenheng mellom tilknytning til arbeidsmarkedet og vedvarende lav inntekt for personer i yrkesaktiv alder.

Utdanningssystemet har blitt stadig mer omfattende de siste 50-60 årene. Det har vært bred politisk enighet om å satse på utdanning. Utdanning danner grunnlag for økonomisk vekst og verdiskapning og for den enkeltes personlige utvikling og framtidsmuligheter. Derfor er det også et mål for regjeringen at det skal være god tilgang til utdanning for hele befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn og geografisk tilhørighet. Det er bekymringsfullt at så mange av elevene faller fra i videregående opplæring, særlig ved de yrkesfaglige studieretningene.

I 2010 var nesten 28 % av befolkningen over 16 år registrert med høyere utdanning, og det var ca. 241 000 studenter ved universiteter og høyskoler.<sup>1</sup> Fra 2000 til 2010 økte studenttallet med over 41 000, og kvinnene sto for den største økningen. Årsaken til økningen i studenttallene ligger blant annet i at det har blitt flere unge i aldersgruppen 19-24 år de siste årene, og at en større andel av

<sup>1</sup> Medregnet norske studenter i utlandet.

dem studerer. Høsten 2010 deltok 31 % av befolkningen i denne aldersgruppen i høyere utdanning, og blant norskfødte med innvandrerforeldre var andelen 38 %. Samlet sett hadde litt over 10 % av studentene innvandrerbakgrunn.<sup>2</sup>

Andelen av befolkningen med høyere utdanning øker, mens andelen med videregående opplæring som høyeste fullførte utdanningsnivå er stabil og andelen ufaglærte går ned. Dette samsvarer med SSBs framskrivninger av forventet arbeidskraftbehov fordelt på ulike utdanningsnivåer, der Norge er det landet i OECD der det ventes lavest andel arbeidsplasser som ikke krever minst fullført videregående opplæring. SSBs beregninger viser at i 2025 vil 40 % av arbeidsstyrken ha utdanning på universitets- og høyskolenivå. I perioden 2004-2025 vil antall personer med utdanning på bachelorgradsnivå øke med 50 % og på mastergradsnivå med 60 %. I offentlig sektor vil 42 % ha høyere utdanning.

En internasjonal rangering fra 2010 viser at Norge er blant de landene i verden som har best tilgjengelighet til høyere utdanning. Bare Finland kommer bedre ut.<sup>3</sup>

Tilgang til kompetent arbeidskraft er avgjørende for å opprettholde offentlige velferdstjenester av høy kvalitet. Vi har et fleksibelt arbeidsmarked, og etterspørselen etter arbeidskraft vil til enhver tid måtte tilpasse seg den kompetansen som er tilgjengelig. Tilpasningen kan bedres gjennom bedre tilrettelegging for likestilling mellom kjønnene og for mennesker med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn og mennesker med nedsatt funksjonsevne.

### 2.1.1 Et kjønnsdelt arbeidsmarked

Vi har fortsatt et svært kjønnsdelt arbeidsmarked i Norge.<sup>4</sup> Statistikken viser systematiske forskjeller mellom menn og kvinner. Mange kvinner arbeider deltid, og kvinner er i mindre grad i lederstillinger. Kvinner dominerer innenfor omsorg, mens menn er klart i flertall i industri, oljeutvinning og bygg og anlegg. Åtte av ti som arbeider i helse- og velferdstjenestene, er kvinner. Halvparten arbeider deltid.<sup>5</sup>

Kjønnsforskjellene ser heller ikke ut til å bli mindre i framtiden dersom vi ser på utdanningsvalg både i videregående opplæring og i høyere utdanning. Selv om seks av ti studenter i dag er jenter, og jenter har bedre karakterer fra videregående opplæring enn gutter, velger de fortsatt svært tradisjonelt. Ca. 78 % av alle som tok høyere utdanning innenfor helse-, sosial- og idrettsfag i 2010, var kvinner. I videregående opplæring velger jentene i større grad allmenne fag, helse- og sosialfag og formgivingsfag, mens guttene er i flertall på mekaniske fag og byggfag.

Til tross for en relativt jevn inntektsfordeling i befolkningen har kvinner i gjennomsnitt lavere inntekt enn menn. Noe av årsaken er at kvinner i større grad arbeider deltid. Sysselsettingen blant kvinner er nesten like høy som blant menn, men økt utdanning og yrkesdeltakelse blant kvinner har likevel ikke ført til at lønnsforskjellene er blitt borte.<sup>6</sup>

I Regjeringens handlingsplan for likestilling mellom kjønnene, *Likestilling 2014*, som ble lagt fram i november 2011, er det presentert ulike tiltak som skal gjennomføres for å bidra til mer likestilling i både utdanningssystemet og arbeidslivet.

### 2.1.2 Et mangfoldig samfunn

Vi lever i dag i en åpnere verden enn tidligere, og Norge har i løpet av få år blitt et langt mer flerkulturelt samfunn med større mangfold. Dette er et gode for samfunnet både på kort og lang sikt. Per 1. januar 2011 utgjorde innvandrere inkludert norskfødte med innvandrerforeldre 600 900 personer eller om lag 12,2 % av befolkningen, og de er representert i alle landets kommuner. Oslo har den største andelen, med 170 000 eller 28,4 % av innbyggertallet. De fleste innvandrerne i Norge kommer fra det nordlige Europa og andre vestlige land, men andelen med ikke-vestlig bakgrunn øker mest.<sup>7</sup>

Personer med innvandrerbakgrunn utgjør dermed også en stadig økende gruppe innenfor helse- og velferdssektoren, både som brukere av tjenestene og som tjenesteytere. Nesten halvparten av de ansatte med innvandrerbakgrunn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er ufaglærte; likevel utgjør årsverkene til personer med innvandrerbakgrunn 10 % av de høyskoleutdannede og over en tredel av alle legene.<sup>8</sup>

<sup>2</sup> Kilde: SSB.

<sup>3</sup> Higher Education Strategy Associates: *Global Higher Education Rankings 2010: Affordability and Accessibility in Comparative Perspective*.

<sup>4</sup> Birkelund, Gunn Elisabeth og Trond Petersen (2005): «Det norske likestillingsparadokset. Kjønn og arbeid i velferds-samfunnet» i Frønes, Ivar og Kjølørød, Lise (red.): *Det norske samfunn* (5.utg.). Gyldendal Akademisk, Oslo.

<sup>5</sup> Prop. 1 S (2010-2011) BLD.

<sup>6</sup> Meld. St. 6 (2010-2011) *Likestilling for likelønn*.

<sup>7</sup> Kilde: SSB.

<sup>8</sup> NIFU (2011) *Evaluering av Kompetanseløftet 2015. Underveisrapport 3*.



Generelt har innvandrere, særlig fra ikke-vestlige land, lavere yrkesdeltakelse og høyere ledighet enn befolkningen sett under ett, selv om det er forskjeller mellom grupper fra ulike land. Det tilsier at de representerer et uutnyttet potensial for arbeidskraft. På landsbasis økte totalt antall sysselsatte med innvandrerbakgrunn fra ca. 250 000 i 2009 til ca. 275 000 i 2010. Menn hadde en sysselsetting på 65,8 %, mens kvinnene lå på 57,1 %. I hele befolkningen var andelen henholdsvis 71,6 % og 66,5 %. Med andre ord er forskjellen i sysselsettingsgrad størst blant kvinnene.<sup>9</sup> Gode arbeidsforhold og godt tilrettelagt utdanning er av vesentlig betydning for at personer med innvandrerbakgrunn skal bli godt integrert i det norske samfunnet.

Et flerkulturelt samfunn stiller nye krav til faglige og pedagogiske tilnæringsmåter både i utdanningssystemet og helse- og velferdstjenestene. I framtiden vil det være flere personer med minoritetsbakgrunn som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester. I tillegg har denne gruppen en høyere forekomst av enkelte helseproblemer som overvekt og diabetes.<sup>10</sup> Det er likevel store forskjeller mellom ulike nasjonale grupper.<sup>11</sup> Blant flyktninger og asylsøkere er dårlig psykisk helse et særlig problem. Innvandrere har ofte liten kunnskap om det norske systemet og helsetjenestene, og det er derfor viktig å informere om tjenestene på en måte som gjør at flest mulig kan dra nytte av dem og få nødvendig hjelp så tidlig som mulig.

Det kommunale hjelpeapparatet må ha systemer og rutiner som ivaretar også personer med minoritetsbakgrunn på en god måte. Dette inkluderer de nasjonale minoritetene, jf. St.meld. nr. 15 (2000-2001) *Nasjonale minoriteter i Norge*. God kommunikasjon, åpenhet og respekt for forskjellighet er avgjørende, herunder gode tolketjenester og språklig tilrettelegging både skriftlig og på annen måte. Generelt er det behov for å bygge opp bedre kompetanse i flerkulturell forståelse i helse- og velferdstjenestene og i utdanningene. De som utdannes vil i framtiden ha flere kolleger med en annen kulturell bakgrunn, og noen av dem vil også søke arbeid i andre land. Samtidig er det behov for å rekruttere flere med minoritetsbakgrunn til utdanningene og tjenestene, jf. regjeringens handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering.<sup>12</sup>

Grunnlaget for regjeringens samepolitikk, og dermed også for denne stortingsmeldingen, er at staten Norge er etablert på territoriet til to folk, nordmenn og samer. Utfordringer og tiltak som beskrives i meldingen, gjelder derfor begge folkegruppene generelt. Det er små forskjeller mellom samer og nordmenn når det gjelder helse. Den samiske befolkningen kan imidlertid ha enkelte særskilte utfordringer i møte med helse- og velferdstjenestene som også kan ha betydning for utdanningene. Forskning viser for eksempel at samiske pasienter ikke er like tilfreds med helse- og velferdstjenestene som befolkningen for øvrig. Svak forståelse for samisk kultur og mulighet til å bruke samisk språk i kontakt med tjenestene oppgis som årsak.<sup>13</sup>

Regjeringen er opptatt av at det blir iverksatt tiltak som bidrar til at samiske pasienter og brukere får tilpassede helse- og velferdstjenester. Det er viktig at løsninger for den samiske befolkningen institusjonaliseres og ikke er avhengig av enkeltpersoners engasjement. Målet er likeverdighet i tilbud og resultat. Kunnskap om samiske forhold og samisk språk innenfor helse- og velferdstjenestene er en forutsetning for gode og likeverdige tjenester til den samiske befolkningen. Offentlige etater bør derfor ta ansvar for å øke kunnskapen om samiske forhold i egen organisasjon. Regjeringen stimulerer til forskning om samers helse og levkår gjennom tilskudd til Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø.

Sametinget, Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet og Kunnskapsdepartementet har i fellesskap tatt initiativ til en undersøkelse om bruken av samiske språk i Norge. Undersøkelsen vil omfatte nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk, og vil blant annet kartlegge om språkbrukerne bruker samisk i kontakt med offentlige tjenester og tilbud, og hva som eventuelt er årsakene til at de ikke bruker samisk i slike sammenhenger. Undersøkelsen skal være ferdig i april 2012.

I *Handlingsplan for samiske språk – status 2010 og videre innsats 2011* har regjeringen foreslått flere tiltak for å øke det offentlige tilbud på samisk til brukere på alle samfunnsarenaer. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet i sine oppdragsdokumenter til helseforetakene stilt krav om at det skal etableres tolketjenester og

<sup>9</sup> Kilde: SSB.

<sup>10</sup> «Innvandrerhelse», Aftenpostens lørdagsmagasin 16.04.2011.

<sup>11</sup> FHI-rapport 2010:2 *Helsetilstanden i Norge*.

<sup>12</sup> Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2009): *Handlingsplan for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering 2009 – 2012*.

<sup>13</sup> Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*.

iverksettes tiltak for å styrke ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til den samiske befolkningen.

Behovet for tolketjenester og andre former for tilrettelegging gjelder også enkelte grupper med nedsatt funksjonsevne, blant annet døve. Tolkehjelp er en tjeneste på linje med tekniske hjelpemidler for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Mennesker som helt eller delvis mangler tale, vil ha behov for andre uttrykksformer. Disse uttrykksformene har fellesbetegnelsen alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK). Eksempler på ASK er bruk av håndtegn, fotografi, grafiske symboler eller fysiske gjenstander. Samfunnet kan spare store summer på å legge bedre til rette for mennesker med nedsatt arbeidsevne.

Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven, som trådte i kraft 1. januar 2009, regulerer samfunnets plikt til å legge til rette for likestilling, inkludering og aktiv deltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne. Det innebærer at retten til å leve et likeverdig liv med tilgang til velferdsgoder som for eksempel arbeid, utdanning, bolig og fritidstilbud gjelder i like stor grad for personer med funksjonsnedsettelse som for funksjonsfriske. Full deltakelse og likestilling oppnås både gjennom generelle virkemidler med sikte på at alle deler av samfunnet i størst mulig grad blir tilgjengelig for alle, jf. regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet,<sup>14</sup> og gjennom tilgang til hjelpemidler og nødvendig tilrettelegging i arbeid, utdanning og dagligliv.

### 2.1.3 Et mer kunnskapsintensivt arbeidsliv

Kravet til videreutvikling av egen kompetanse forsterkes i et stadig mer kunnskapsintensivt arbeidsliv og framhever behovet for å gi både ungdom og voksne bedre adgang til yrkesveiledning.

St.meld. nr. 30 (2003 – 2004) *Kultur for læring* skisserte muligheter for et koordinerende organ for utdannings- og yrkesrådgivning på regionalt nivå som skulle styrke rådgivningstjenesten i skolene. Partnerskap for karriereveiledning er nå innført i alle fylker, jf. St.meld. nr. 44 (2008 – 2009) *Utdanningslinja*.

Systematisk og tett kontakt mellom utdanningssektoren og arbeidslivet er en forutsetning for at arbeidslivets behov fanges opp og ivaretas. For regjeringen er det et mål å bygge videre på dagens samarbeidsformer. Det må gis flere mulig-

heter for kontakt mellom utdanningsinstitusjoner og arbeidsliv på måter som gir elever og studenter innsikt, læring og motivasjon. Det gir store fordeler for arbeidslivet å integrere kunnskap fra utdannings- og forskningssystemet i virksomheten, samtidig som utdanningene tjener på å trekke inn arbeidsmåter og erfaringer fra arbeidslivet. Tettere kontakt med arbeidslivet vil også kunne gjøre utdanningene mer attraktive og påvirke de unges utdanningsvalg.

Regjeringen har i St.meld. nr. 7 (2008 – 2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge* tatt til orde for omfattende tiltak for å legge til rette for en bedre utnyttelse av den samlede arbeidsstyrken. Dette skal gjøres gjennom å styrke den enkeltes muligheter for kompetanseutvikling og læring i arbeidslivet. Å tilegne seg ny kunnskap og kompetanse har stor verdi i seg selv. Samtidig skal utdanning kvalifisere for arbeidslivet. Dårlig samsvar mellom arbeidstakers kompetanse og arbeidslivets behov er dårlig investering.

### 2.1.4 Teknologisk utvikling

Regjeringen vil legge vekt på å utnytte de mulighetene teknologien gir for mer brukertilpassede tjenester og mer effektiv bruk av ressurser. Teknologi kan ikke erstatte mennesker, men kan gjøre det mulig å organisere tjenestene på nye måter i tråd med Samhandlingsreformens mål om brukermedvirkning og at brukerne i større grad skal få hjelp der de bor. For brukerne kan teknologien legge til rette for deltakelse i arbeidslivet, aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering, bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til økt samspill med tjenesteansvarlige, nærmiljø, familie og frivillige. På den måten kan den fremme egenstyring og uavhengighet og bidra til at mennesker kan klare seg selv også med sykdom og nedsatt funksjonsevne. For helse- og velferdstjenestene er bruk av særlig informasjons- og kommunikasjons-teknologi et middel til effektivisering og kvalitetsheving.

I dag kjennetegnes ikke alltid behandlingsskjeden av den samhandlingen som er nødvendig for å møte brukernes behov for tjenester. Potensialet som ligger i bruk av IKT, utnyttes i mange tilfeller for dårlig. For eksempel kommuniserer de kommunale helse- og omsorgstjenestene mange steder fortsatt med sine viktigste samarbeidspartnere, som fastlege og sykehus, via brev og telefon. Som ledd i *Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013* gir Helsedirektoratet tilskudd til tiltak på området. I forbindelse med innføringen av Samhandlingsre-

<sup>14</sup> Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2009): *Norge universelt utformet 2025: Regjeringens handlingsplan for universell utforming og økt tilgjengelighet 2009-2013*.

formen har Stortinget i statsbudsjettet for 2012 blant annet bevilget 85 millioner kroner til utvikling av en elektronisk nasjonal kjernejournal som skal bidra til mer effektiv utveksling av pasientinformasjon. Samtidig er en ordning med elektroniske resepter under gradvis innføring, med mål om at de skal være tatt i bruk i alle fylker i løpet av 2013.

I Arbeids- og velferdsetaten er det igangsatt en omfattende modernisering av IKT-systemene. Det skal utvikles selvbetjeningsløsninger som blant annet gir brukerne mulighet til å fremme krav om ytelser, tilgang til relevant informasjon og innsyn i egen sak. Samtidig skal brukere som trenger bistand, få oppfølging. Målet er at nye IKT-systemer skal frigjøre tid og ressurser til brukeroppfølging på NAV-kontoret og føre til større grad av elektronisk samhandling for å sikre informasjonsflyt og automatisering.

Utvidet bruk av IKT-baserte systemer som inneholder personopplysninger, medfører også sårbarhet. Opplysninger kan komme på avveie, feil informasjon kan få katastrofale følger for brukere og pasienter, og det samme gjelder hvis kritisk informasjon ikke er tilgjengelig til rett tid på grunn av systemsvikt. Det er derfor viktig at de ansatte i tjenestene har nødvendig kunnskap om IKT-sikkerhet og personvern.

I samarbeid med andre departementer er Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet i gang med å utarbeide en nasjonal strategi for IKT-politikken, der velferdsteknologi og e-helse vil være blant innsatsområdene. Ny teknologi som nettbaserte tjenester, mobile helsetjenester og smarthusløsninger vil på sikt inngå som en integrert del av helse- og velferdstilbudet. Nye tekniske og organisatoriske løsninger vil samtidig bidra til bedre og enklere samhandling, redusert arbeidsbelastning og bedre utnyttelse både av arbeidskapasiteten i helse- og velferdssektoren og av kostbart medisinsk utstyr.

I et «hjemmesykehus» kan et bredt spekter av fysiologiske målinger fortelle hjelpeapparatet hvor pasienten er og hvordan vedkommende har det. Det vil være mulig ved hjelp av sensorer og målinger å vurdere temperatur, identifisere fall og sjekke blodtrykk, oksygenopptak osv. Helsepersonell kan tilkalles når pasienten ønsker eller har behov for assistanse.

Et annet eksempel på effektiv bruk av teknologi er dialyseapparater. Moderne dialyseapparater med kommunikasjonsmuligheter gjør pasienter i stand til å rense blod i sitt eget hjem uten å måtte reise til sykehus flere ganger i uken. Pasienten har mulighet for video- og alarmkommunika-

### Boks 2.1 Høyt teknologiske ambulanser

Dagens moderne ambulanser er i mange tilfeller like godt utrustet som et akuttmottak ved et mindre norsk sykehus. De har også mobil-dataterminaler som utveksler vital pasientinformasjon som SpO2 (oksygenmetning) og ETCO2 (ventilasjon ved hjerte- og lungeredning) mellom ambulanse, AMK og sykehus. Dette gjør det enklere å iverksette riktig behandling på stedet eller når pasienten ankommer sykehuset.

sjon med en kompetent lokal AMK-sentral som kan rykke ut og bistå ved eventuelle problemer.<sup>15</sup>

Med bakgrunn i St.meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende og bærekraftig Norge*, som pekte på betydningen av fornyelse i offentlig sektor og samspill mellom offentlig sektor og næringslivet, ble det nedsatt et utvalg (Hagen-utvalget) for å utrede muligheter og foreslå nye, innovative grep og løsninger for å møte framtidens utfordringer på helse- og velferdsområdet. Utvalget har i NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* lagt fram forslag til tiltak og løsninger med vekt på blant annet nye boformer, teknologi, brukerorganisering og ny kunnskap.

Hagen-utvalget peker på at den kommunale omsorgssektoren må tilføres mer teknisk kompetanse både gjennom utdanningene og ved at den rekrutterer teknisk kyndig personell som kan stå for innføring, tilpasning, vedlikehold og bruk av ny teknologi. For å utnytte mulighetene kreves ikke bare kunnskap om, men også positive holdninger til teknologi. Utvalget mener at opplæring og kompetanseheving av personalet og bruker- og pasientopplæring må skje både før og parallelt med innføring av velferdsteknologi. Innføringen må forberedes og introduseres på en måte som gjør at de ansatte oppfatter teknologien som et hjelpemiddel og en støtte i omsorgsarbeidet, der målet er å gi brukerne større trygghet og bedre muligheter til å mestre egen hverdag.

I hovedsak må opplæring i ny teknologi foregå som internopplæring i kommuner og statlige virksomheter, gjerne i samarbeid med og ved hjelp av utdanningsinstitusjoner, hjelpemiddelsentraler og andre fagmiljøer. En del av den praktiske opplæ-

<sup>15</sup> AMK: Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral.

ringen må knyttes til den konkrete innføringen av teknologien.

Utvalget peker spesielt på at kapasiteten av ergoterapeuter bør økes vesentlig, og foreslår at kunnskap om velferdsteknologi bør inngå i helse- og sosialfagutdanningene både i videregående opplæring og ved høyskoler og universiteter. Samtidig anbefaler utvalget at velferdsteknologi bør bli et eget fagområde innenfor tekniske fag. Rapporten har vært på høring, og utvalgets forslag og høringsinnspillene er nå til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet.

### 2.1.5 Frivillig sektor

Det er et stort antall frivillige organisasjoner i Norge, mange med landsdekkende virksomhet i form av lokale lag og foreninger. I frivillighetsmeldingen understreker regjeringen:

Arbeid til alle, gode velferdsordninger og å styrke fellesskapet er avgjørende for å skape et godt samfunn. En god og velfungerende offentlig sektor kan bidra til dette. Men uten et sterkt sivilsamfunn hvor enkeltmennesker sammen bidrar til gode lokalsamfunn, kan vi ikke lykkes i arbeidet for et samfunn hvor alle er med.<sup>16</sup>

Frivillige organisasjoner bidrar med uvurderlig innsats i samfunnet, både gjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet arbeid. De representerer i seg selv en viktig faktor i det helsefremmende og forebyggende arbeidet gjennom aktivisering og som sosiale nettverk. Organisasjonene er også viktige pådrivere for bedre helse gjennom helse- og velferdspolitisk aktivitet og bidrar til å synliggjøre påvirkningsfaktorer for god og dårlig helse lokalt og nasjonalt.

I St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening* understreker regjeringen organisasjonenes betydelige innsats på omsorgsfeltet. Det vises til at de historisk sett har vært pionerer og banet vei for det som senere er blitt naturlige oppgaver for velferdsstaten. Meldingen peker på partnerskap med familie og lokalsamfunn som en hovedstrategi for å møte framtidens omsorgsutfordringer.

### 2.1.6 Private aktører

Mange private aktører leverer helse- og velferdstjenester, enten på oppdrag fra det offentlige eller på forretningsmessig basis. Dette utgjør en viktig

del av det samlede tilbudet. Innenfor spesialisthelsetjenesten er for eksempel private virksomheter og avtalespesialister viktige samarbeidspartnere. Regjeringen vil at sykehus eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige.

Samtidig som befolkningens utdanningsnivå fortsetter å øke, har Internett gjort helserelatert informasjon lett tilgjengelig for alle. Det bidrar til at brukerne har mer kunnskap om helse- og velferdstjenestene, ulike behandlingsmetoder og tilbud samt sine generelle rettigheter. Dette stiller tjenestene overfor nye utfordringer, og kombinert med en fortsatt vekst i kjøpekraft kan det også skape et større marked for private tilbydere. I tillegg er det flere som kjøper helsetjenester i utlandet.

Private aktører skal ha forutsigelige rammevilkår. Regjeringen er samtidig opptatt av at det ikke skal bli økt skjevfordeling i befolkningens adgang til helse- og velferdstjenester gjennom at kjøpesterke grupper søker til private tilbud. Svake grupper med sammensatte problemer vil lett falle utenfor slike tilbud.<sup>17</sup> En økt framvekst av private tilbydere kan også medføre at de offentlige tjenestene tappes for høyt kvalifisert personell. Regjeringen vil derfor fortsette å styrke de offentlige helse- og velferdstjenestene og legge til rette for gode arbeidsforhold for de ansatte.

### 2.1.7 Alternativ behandling

Et økende antall brukere oppsøker tilbud innenfor alternativ medisin. I 2008 brukte en av seks voksne slike tjenester.<sup>18</sup> Elementer av alternativ behandling, som akupunktur, har etter hvert også blitt tatt opp i skolemedisinen. Regjeringen har tatt initiativ til å styrke kunnskapsgrunnlaget på området gjennom etableringen av Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ved Universitetet i Tromsø og det tilknyttede Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling.<sup>19</sup>

## 2.2 Utvikling i befolkningens behov for helse- og velferdstjenester

En rekke utviklingstrekk i befolkningens behov for helse- og velferdstjenester går på tvers av tjenestene. Personer som mottar behandling eller til-

<sup>16</sup> St.meld. nr. 39 (2006-2007) *Frivillighet for alle*.

<sup>17</sup> Eeg Larsen, Sissel (2003): *Forholdet mellom offentlig og private helsetjenester*, Høgskolen i Oslo.

<sup>18</sup> Kilde: SSB.

<sup>19</sup> Se [www.nifab.no](http://www.nifab.no).

tak fra én tjeneste, er ofte mottakere av andre tjenester parallelt. Mange opplever et system der tjenestetilbyderne har begrenset kommunikasjon seg imellom. For personer som opplever flere sosiale eller helse- og omsorgsrelaterte problemer, kan effekten av tjenestetilbudene bli forsinket eller i verste fall utebli dersom hjelpen de tilbys ikke er koordinert. Behovet for helhetlige og koordinerte tjenester står derfor sentralt.

Morgendagens brukere vil ha andre behov og utfordringer enn tjenestemottakere i dag eller for noen år siden, men i mange tilfeller også andre ressurser til å mestre dem. De vil ha mer utdanning, være mer ressurssterke, være vant til å bruke ny teknologi og digitale medier og stille større krav. Det gjelder også pårørende. I dag er voksne mennesker vant til og forventer å bestemme over sin egen tilværelse, og tjenestene har til en viss grad tilpasset seg denne utviklingen ved å åpne for brukarmedvirkning og tilby mer brukerstyrte tjenester. På den annen side viser rapporten fra Barnevernpanelet at mange barnevernsbarn opplever å ha liten innflytelse over eget liv, og panelet foreslår tiltak for å bøte på dette.<sup>20</sup>

### 2.2.1 Arbeids- og velferdsområdet

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) forvalter en tredel av statsbudsjettet gjennom et stort spekter av arbeidsrettede tiltak og tjenester og ulike stønadsordninger. Gjennom et livsløp vil så å si alle befolkningsgrupper være i kontakt med NAV gjennom ulike trygdeytelser eller mer omfattende tjenester. Mange møter NAV bare gjennom telefon og brev og er derfor avhengige av å få enkel og ryddig informasjon om relevante ytelser og hvilke rettigheter og muligheter de har. Andre har mer sammensatte behov og kan trenge for eksempel helsetjenester og bistand til bolig i tillegg til kvalifisering og arbeidstrening. Arbeids- og velferdsforvaltningen skal gi brukerne hjelp som er tilpasset deres behov. Ansatte må særlig evne å tilby en individuelt tilpasset bistand som bl.a. innebærer å samordne tjenester og tiltak fra ulike sektorer.

Høy sysselsetting er et sentralt mål i arbeids- og velferdspolitikken. Det sikrer inntekt for den enkelte og er avgjørende for verdiskapningen i samfunnet og bærekraftige velferdsordninger. Undersøkelser viser at egen utdanning og foreldres sosioøkonomiske bakgrunn er avgjørende faktorer for framtidig arbeidstilknytning, økonomi og helse. Når en stor andel av befolkningen tar

utdanning eller er i arbeid, blir det vanskeligere å være utenfor. For å motvirke større sosiale forskjeller er det derfor nødvendig å legge til rette for at de som trenger det, får tilstrekkelig godt tilrettelagt hjelp til å kunne delta i arbeidslivet og være aktive samfunnsborgere.

Selv om yrkesdeltakelsen i Norge er svært høy sammenlignet med Europa for øvrig, står mange utenfor arbeidsstyrken og mottar helserelaterte stønader. Til tross for stor politisk oppmerksomhet har det ikke lyktes i tilstrekkelig grad å redusere denne andelen. Det har vært en relativt sterk økning i antall unge som mottar uføretrygd. Mange yngre voksne mottar også økonomisk sosialhjelp. I 2006 var 25 % av sosialhjelpsmottakerne i aldersgruppen 30-39 år.<sup>21</sup>

Fattigdom rammer ikke hele, lett identifiserbare sosiale grupper, men enkeltpersoner innenfor et bredt spekter av grupper. Svak tilknytning til arbeidslivet er den største enkeltårsaken til lav inntekt. Enkelte har sammensatte og langvarige levekårsproblemer. Det gjelder bl.a. bostedsløse, tungt belastede rusmiddelavhengige, innsatte i fengsler, prostituerte og langtidsmottakere av sosialhjelp.

Statens utgifter til alderspensjon vil vokse sterkt de neste tiårene. Dette følger dels av økningen i antall alderspensjonister. I tillegg vil den gjennomsnittlige pensjonisten ha opptjent mer tilleggspensjon. En ytterligere økning i utbetalningene kan komme dersom en gradvis eldre arbeidsstyrke medfører en økning i antall uførepensjonister. Aldringen av befolkningen vil også påvirke andre offentlige inntekts- og utgiftsposter, først og fremst til helse og omsorg.

For å møte utfordringene knyttet til en eldre befolkning er det avgjørende at vi klarer å mobilisere de arbeidskraftressursene vi har. Personer som av ulike grunner befinner seg i randsonen av arbeidsmarkedet, må gis økt mulighet til å komme i arbeid. Samtidig som arbeid forebygger fattigdom og fremmer integrering, gir det den enkelte mulighet til å bruke sine evner og være del av et sosialt fellesskap. Færre langtidssyke og uføre og større muligheter til å få arbeid for funksjonshemmede og personer med nedsatt arbeids- evne vil bety høyere livskvalitet for mange mennesker.

Personer med funksjonsnedsettelse er en sammensatt gruppe med ulike utfordringer på arbeidsmarkedet. Det er derfor behov for både

<sup>20</sup> Barnevernpanelet (2011): *Barnevernpanelets rapport*.

<sup>21</sup> SSB: Flest unge på sosialhjelp:

<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200705/10/art-2007-12-12-01.html>

særordninger og virkemidler som er individuelt tilpasset for å sikre helhetlige løsninger for den enkelte. Det er viktig å utvikle virkemidler som kan hjelpe både arbeidssøker og arbeidsgiver med å redusere usikkerhet og risiko. Et eksempel er tiltak som gir arbeidssøkere mulighet til å få prøvd ut sin arbeidsevne og arbeidsgivere til å vurdere om det er grunnlag for ansettelse.

Innvandrere er også en sammensatt gruppe der terskelen inn til arbeidsmarkedet for mange er høyere enn for befolkningen for øvrig. Det er viktig å øke sysselsettingen og redusere ledigheten blant personer med innvandrerbakgrunn.

### 2.2.2 Barnevern

Det er et stadig voksende antall familier som er i kontakt med barnevernet, og mange får hjelp over flere år. Både antall barn som mottar tiltak og antall undersøkelser øker. I 2010 mottok om lag 50 000 barn tiltak fra barnevernet. Langt de fleste mottar ulike former for hjelpetiltak som besøks-hjem, støttekontakt eller barnehageplass. Ved utgangen av året var det 37 300 barn registrert med tiltak i barnevernet. Av disse var om lag 12 500 plassert utenfor familien, enten som hjelpe- eller omsorgstiltak. Om lag 70 % var plassert i fosterhjem (ca. 8800), mens om lag 11 % (ca. 1400) var plassert i barnevernsinstitusjoner.<sup>22</sup>

En oppvekst preget av betydelige sosiale og økonomiske problemer kan redusere barnas mulighet til å utvikle seg fysisk, psykisk og sosialt. Det kan også føre til understimulering og mangelfull språkutvikling, som igjen kan resultere i svake skoleferdigheter og dårlig selvbilde. En omfattende studie av hvordan det går med tidligere barnevernsbarn som voksne, viser at det går vesentlig dårligere med dem enn med den øvrige befolkningen på områder som utdanning, arbeidsledighet, uførhet, inntekt og bruk av sosialhjelp.<sup>23</sup>

Barn som får hjelp av barnevernet, er ofte avhengige av hjelp fra flere tjenester, på flere områder og i flere faser av livet. I et forebyggende perspektiv vil utsatte barn og deres familier ha behov for hjelp så tidlig som mulig for å bidra til positiv endring i barnets utvikling og forhindre at det utsettes for skadelige forhold eller omsorgssvikt. Barn og ungdom må derfor fanges opp der de tilbringer mest tid utenfor hjemmet, for eksempel i skole og barnehage, eller gjennom tjenester

som helsestasjoner.<sup>24</sup> Faget pedagogikk og elevkunnskap i den nye grunnskolelærerutdanningen skal gi lærerne kunnskap om barn i sorg og krise, overgrep og andre vanskelige livssituasjoner som barn kan komme i, slik at de kan gripe inn tidlig der det trengs.

Det er et viktig mål for regjeringen at barnevernet over hele landet skal gi rett hjelp til utsatte barn og unge tidlig. I statsbudsjettet for 2011 ble det bevilget 240 millioner kroner til 387 nye stillinger og kompetansehevende tiltak i det kommunale barnevernet. Fylkesmannen fordeler midler i sitt fylke ut fra hvilke kommuner som har størst behov. Regjeringen trapper opp innsatsen i det kommunale barnevernet med ytterligere 50 millioner kroner i 2012. Det vil føre til 70 nye stillinger i tillegg til dem som ble etablert i 2011. Også disse stillingene skal komme barnevernstjenestene med størst behov til gode.

### 2.2.3 Familievern og krisesentre

Familievern- og krisesentertilbudene er viktige for å hjelpe og beskytte foreldre og barn i vanskelige perioder. Pågangen til disse tjenestene er økende og kan i likhet med pågangen i barnevernet ses i lys av en utvikling med mer åpenhet rundt konflikter og vold i hjemmet.

Vold i nære relasjoner er et betydelig samfunnsproblem. Antall anmeldelser til politiet er økende, og i 2010 ble det registrert nesten 2500 anmeldelser. Dette er en økning på ca. 15 % fra 2009. I perioden 2006 til 2010 er antall anmeldelser femdoblet.<sup>25</sup> Landets krisesentre registrerer årlig ca. 2500 opphold av kvinner og nesten 2000 opphold av barn.<sup>26</sup> Likevel vet vi at en stor andel av vold i nære relasjoner forblir uregistrert. Konsekvensene for dem som rammes er omfattende. Forskning viser at kvinner som oppsøker krisesentertilbudet, har mye dårligere livskvalitet enn andre kvinner i samme alder, og at volden utgjør en betydelig helserisiko. Barn som vokser opp med vold i nære relasjoner, opplever utrygghet og lidelse og rammes på ulike måter. Over 60 % av beboerne på krisesentrene har innvandrerbakgrunn, og andelen har økt jevnt de senere årene.

Gjennom Soria Moria-erklæringen har regjeringen forpliktet seg til å styrke innsatsen mot vold i nære relasjoner. Dette er blant annet fulgt opp gjennom handlingsplanene *Vendepunkt*

<sup>22</sup> Statistisk sentralbyrå (2010): Barn og unge i barnevernet. <http://www.ssb.no/emner/03/03/barnevern/>

<sup>23</sup> Clausen, Sten-Erik og Kristofersen, Lars B. (2008): *Barnevernsklinter i Norge 1990-2006. En longitudinell studie.*

<sup>24</sup> NOU 2009:08 *Kompetanseutvikling i barnevernet.*

<sup>25</sup> Kilde: SSB.

<sup>26</sup> Sentio Research Norge, *Rapportering fra krisesentrene 2010.*

(2007) og *Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2012*, som nylig er lagt fram.<sup>27</sup> Det er også gjennomført flere forskningsprosjekter for å styrke kunnskapsgrunnlaget på området. Et satsingsområde har vært å styrke samarbeidskompetansen og kunnskapen i hjelpeapparatet. Blant annet er det iverksatt et kompetansehevingsprogram for ansatte ved krisesentrene med vekt på temaer som vold og sikkerhet, traumeforståelse, krisehåndtering og barn og andre sårbare grupper. Begge handlingsplanene legger vekt på nødvendigheten av samhandling på tvers av tjenester og tradisjonelle etatsgrenser, og på betydningen av forebygging på et tidlig tidspunkt. Kommunenes rolle skal styrkes.

#### 2.2.4 Helse- og omsorgstjenester

I likhet med andre land i Vest-Europa står helse- og omsorgstjenestene i Norge overfor betydelige kompetanse- og personellutfordringer i de neste tiårene på grunn av en sterk vekst i de eldste aldersgruppene, økning i livsstilsrelaterte sykdommer og nye brukergruppers behov. Dette gjelder særlig de kommunale omsorgstjenestene, som er behandlet i St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* om framtidens omsorgsutfordringer.

Omsorgstjenestene hadde per 31.12.2010 om lag 230 000 brukere, hvorav om lag 40 000 i institusjon og om lag 190 000 som mottar hjemmetjenester i omsorgsbolig eller eget hjem. Samlet for hele 2010 var det om lag 330 000 mottakere av omsorgstjenester. De fleste som får kommunale omsorgstjenester er over 80 år, men tallet på brukere under 67 år har steget sterkt de senere årene og utgjorde per 31.12.2010 om lag 80 000 brukere.<sup>28</sup> Det er i all hovedsak den sterke veksten blant de yngre brukerne som har utløst økte personellressurser de siste 15 årene, spesielt innenfor hjemmesykepleie.<sup>29</sup> Framtidens brukere av helse- og omsorgstjenester vil ha behov for tverrfaglige tjenester og mer opptrening, rehabilitering, fysisk og sosial aktivitet og deltakelse i samfunnet.

De kommende demografiske endringene vil øke behovet for helse- og omsorgstjenester. Antall personer over 67 år vil mer enn dobles fram mot 2050. Det største pleie- og omsorgsbehovet er

knyttet til aldersgruppen over 80 år, som vil dobles fra 2020 fram mot 2060. Det må forventes en økning i aldersrelaterte sykdommer og ulykker, men det er stor usikkerhet knyttet til hvordan sykdomsbildet vil utvikle seg; morgendagens eldre kan også få bedre helse og holde seg friske lenger. Samtidig vil de ha bedre økonomi og utdanning enn tidligere generasjoner.<sup>30</sup> De kan dermed ventes å stille høyere krav til standarden på tjenestetilbudet. Standardheving øker behovet for flere årsverk, høyere kompetanse, effektivisering og innovasjon i tjenestene.

En endret befolkningssammensetning der stadig flere har innvandrerbakgrunn, gir nye utfordringer til helse- og omsorgstjenestene. Innvandrere har økt sykdomsrisiko sammenlignet med den øvrige befolkningen, og enkelte spesifikke helseproblemer er mer utbredt i innvandrerbefolkningen. Samtidig er det store forskjeller mellom ulike nasjonaliteter. Innvandreres helseproblemer må både ses i sammenheng med at de er overrepresentert i lavinntektsgruppene, og med deres bakgrunn som innvandrere.

Kreft, hjerte- og karsykdommer, KOLS, diabetes, muskel- og skjelettsykdommer, rusmiddelmisbruk og psykisk sykdom er folkesykdommer som ventes å få økt forekomst i framtiden. Som en konsekvens av dette vil det bli flere kronikere som har behov for langvarig hjelp. En annen gruppe som vokser sterkt, er yngre brukere med nedsatt funksjonsevne og et bredt spekter av helsemessige og sosiale problemer.<sup>31</sup>

En hovedutfordring de kommende årene vil være å redusere forekomsten av angst, depresjon og rusproblemer for å gi den enkelte bedre livskvalitet og redusere totalbelastningen for samfunnet. Hovedtyngden av tjenestene til personer med rusmiddelproblemer inngår i de ordinære kommunale tjenestene. Personer som står i fare for å utvikle eller har utviklet rusmiddelproblemer og/eller psykiske lidelser, har ofte behov for sammensatte tjenester over tid. Tjenestene må bidra til å styrke mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning til lokalmiljøet. En sterkere vekt på tjenestetilbud utenfor institusjon og nye faglige tilnærminger stiller nye krav til kompetanse.

Den frivillige og stort sett familiebaserte omsorgen utgjorde om lag 100 000 årsverk ved årtusenskiftet, og har holdt seg stabilt på om lag

<sup>27</sup> Se <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/pressesenter/pressemeldinger/2012/nye-tiltak-mot-vold-i-naere-relasjoner.html?id=668219>

<sup>28</sup> Kilde: SSB.

<sup>29</sup> NIBR-rapport 2010:2.

<sup>30</sup> Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*, Kapittel 5.5.

<sup>31</sup> St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*.

samme nivå de siste tiårene.<sup>32</sup> Utviklingstrekk og demografi tilsier at det er urealistisk å regne med at familieomsorgen vil vokse i årene som kommer, slik at det offentlige må møte størstedelen av den forventede behovsveksten. Det blir samtidig viktig å opprettholde og styrke den ressursen som den frivillige omsorgen utgjør.

Den samlede sysselsettingen innenfor helse- og velferdssektoren har vært økende og er nesten doblet de siste 25 årene. I 2007 var nærmere 500 000 personer sysselsatt i sektoren, tilsvarende mer enn én av fem av de sysselsatte totalt. Av disse arbeidet nær halvparten i de kommunale tjenestene, der antall ansatte har økt tre ganger mer enn i sykehusene de siste fem årene. Hovedårsaken er at kommunene har fått nye oppgaver, tjenester og brukergrupper. Omsorgstjenestene står for nesten hele veksten. Flere får omsorg i egen bolig framfor i institusjon, for eksempel blant funksjonshemmede, psykisk syke og rusmiddel-misbrukere. Til disse gruppene har det også vokst fram nye omsorgstjenester som avlastning, støttekontakt, omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse.<sup>33</sup>

Framskrivninger som SSB har gjort, viser at andelen sysselsatte innenfor helse-, pleie- og omsorgssektoren vil vokse fra 29 % av den totale sysselsettingen i offentlig sektor i 2004 til om lag 32 % i 2025.<sup>34</sup> Arbeidskraftbehovet bare i de kommunale omsorgstjenestene antas å øke med om lag 54 000 årsverk fram mot 2030, og med om lag 130 000 årsverk fram mot 2050, gitt dagens forutsetninger. Framskrivningene er ikke å forstå som sikre prognoser, men som beskrivelser av en sannsynlig utvikling.<sup>35</sup>

## 2.3 Personelltilgang

### 2.3.1 Situasjonen i Norge

En av de viktigste utfordringene framover blir å sikre tilstrekkelig tilgang på helse- og velferdspersonell på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Ikke minst er det behov for å rekruttere flere menn til omsorgsyrkene. Å rekruttere nye årskull av elever og studenter til mangeårig utdanning er en langsiktig oppgave som må løses gjennom gradvis utbygging. Som svar på økningen i ungdomskul-

lene har regjeringen i perioden 2009-11 opprettet til sammen ca. 1100 nye studieplasser i helse- og sosialfagutdanningene over statsbudsjettet.

Så langt har det vært relativt god balanse mellom tilbud og etterspørsel etter personell i helse- og velferdstjenestene i Norge. På den annen side er det fortsatt mange ufaglærte i tjenestene, samtidig som kompetansebehovet er økende. I dag går hver sjette elev fra ungdomsskolen inn i helse- og velferdssektoren. For å opprettholde tjenestetilbudet med nåværende organisering må hver fjerde elev velge helse- eller sosialfag i 2025. I 2035 øker denne brøken til hver tredje elev. Dette er ikke bærekraftig, noe blant annet Samhandlingsreformen er et svar på.

Framskrivninger viser at tilgangen på helsepersonell med fagbrev ikke kommer til å øke i takt med befolkningens behov for tjenester i årene framover. For universitets- og høyskoleutdannet personell synes det å være bedre samsvar mellom behov og tilgang for de fleste yrkesgruppene. Tallene må imidlertid tolkes med forsiktighet fordi de bygger på forutsetninger som nødvendigvis er usikre, og som kan endre seg over tid. Framskrivningsmodellen for sysselsetting fanger heller ikke opp regionale variasjoner.<sup>36</sup>

Behovet for nyutdannede helse- og velferdsarbeidere påvirkes også av i hvilken grad tjenestene greier å tilrettelegge arbeidet på en måte som gjør at arbeidstakerne blir i yrket og får utnyttet sin arbeidskraft fullt ut. En høy andel av deltidsarbeid, høyt sykefravær og frafall fra arbeidslivet får konsekvenser for kapasiteten i tjenestene og øker behovet for tilførsel av ny arbeidskraft. Parallelt med en satsing spesielt på utdanning av flere helsefagarbeidere må det derfor arbeides kontinuerlig med å forbedre forhold på arbeidsplassen som kan ha negativ påvirkning på arbeidsdeltakelsen. En jevnere kjønnsfordeling blant de nyutdannede vil kunne bidra til å løse disse problemene.

Det økte behovet for personell med relevant fagutdanning kan medføre at særlig pleie- og omsorgssektoren må tilsette et betydelig antall ufaglærte for å dekke opp for mangelen. I tillegg kan også etterspørselen etter personell med høyere utdanning, særlig sykepleiere og vernepleiere, øke.

### 2.3.2 Helsepersonellsituasjonen globalt

For å kunne tilby helse- og velferdstjenester av samme omfang som i dag vil det måtte vurderes

<sup>32</sup> Østlandsforskning, ØF-rapport nr. 11/2009.

<sup>33</sup> Helsedirektoratet: *Nøkeltall for helsesektoren 2010*.

<sup>34</sup> Bjørnstad m.fl. (2008).

<sup>35</sup> Begrensninger ved framskrivningsmodellene drøftes i Kunnskapsdepartementet (2010): *Tilbud og etterspørsel etter høyere utdannet arbeidskraft*, s. 23-24 og 39-41.

<sup>36</sup> En detaljert gjennomgang av framskrivningene gis i Vedlegg 2.



flere tiltak for å sikre tilstrekkelige personellressurser. Ett av tiltakene kan være å rekruttere helsepersonell fra utlandet.<sup>37</sup> På verdensbasis er det imidlertid mangel på utdannet helsepersonell, og fattige land er hardest rammet. Disse landene har høye dødsrater og lav forventet levealder; for eksempel bærer Afrika omtrent en fjerdedel av verdens totale sykdomsbyrde. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslo i 2006 at det ville være behov for over fire millioner flere helsearbeidere på verdensbasis for å sikre et minimumstilbud i de 57 landene der mangelen på helsepersonell er definert som kritisk. 36 av disse landene ligger i Afrika sør for Sahara.

Økt globalisering og verdenshandel gir økt arbeidsmigrasjon. I årene framover vil vi trolig oppleve fortsatt økende bevegelse av arbeidstakere og tjenesteytere, delvis som resultat av økt konkurranse om arbeidskraft. Samtidig øker handelen med både utdannings- og helsetjenester over landegrensene. Norge er gjennom EØS-avtalen tilknyttet et felles europeisk arbeidsmarked der det blant annet er et mål å øke mobiliteten, og arbeidsinnvandring fra de nye EØS-landene har bidratt vesentlig til å dekke behovet for arbeidskraft de siste årene. Den demografiske utviklingen tilsier at vi de neste 10-15 årene får en større avgang i arbeidsstyrken enn den innenlandske tilgangen.<sup>38</sup>

Den internasjonale organisasjonen for migrasjon (IOM) peker på at rike land vil tiltrekke seg helsepersonell fra utviklingsland så lenge etterspørselen i de rike landene overgår tilbudet. Som et av verdens rikeste land har Norge forpliktet seg til å føre en politikk som motarbeider utarmingen av fattige land med hensyn til helsearbeidere. De fleste helse- og velferdsarbeiderne har så langt

imidlertid kommet hit på eget initiativ som arbeidsinnvandrere, som flyktninger eller som familiegjenforente til disse gruppene.

Siste kvartal i 2010 var det ansatt over 25 000 innvandrere med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og velferdstjenestene i Norge.<sup>39</sup> De største gruppene var hjelpepleiere (5500) og sykepleiere, jordmødre og helsesøstre (8000). 9300 kom fra regioner med mangel på helsepersonell, som Afrika, Asia, Latin-Amerika og Oseania utenom Australia og New Zealand. Ytterligere 2500 personer kom fra europeiske land utenfor EØS, mens resten kom fra land uten noen definert mangel på helsepersonell, hvorav i overkant av 7000 fra de andre nordiske landene.

En kartlegging av godkjenningsordningene for lovregulerte yrker (Rambøll 2009) peker på at det eksisterer utilsiktede hindringer for innvandrere med yrkeskvalifikasjoner fra utenfor EØS på det norske arbeidsmarkedet. De blir ofte pålagt å gjennomføre arbeidspraksis, og mangel på praksisplasser kan da være en hindring.

Regjeringens politikk er at Norge ikke aktivt skal rekruttere helsearbeidere fra land med mangel på helsepersonell, jf. Meld. St. 11 (2011-2012) *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*. Meldingen er nærmere omtalt i Vedlegg 5.

Denne stortingsmeldingen om utdanning for velferd skal legge grunnlaget for å utnytte våre nasjonale ressurser best mulig gjennom gode og effektive tjenester. I kombinasjon med bærekraftig og etisk rekruttering av helsepersonell fra utlandet er dette et viktig utgangspunkt for å møte de eksisterende og framtidige helse- og velferdsutfordringene.

<sup>37</sup> Helsepersonell fra utlandet er personer født i utlandet som også har helsefaglig utdanning fra utlandet.

<sup>38</sup> St.meld. nr. 18 (2007-2008) *Arbeidsinnvandring*.

<sup>39</sup> Statistisk sentralbyrå (2010) *Innvandrere og ikke-bosatte 15-74 år med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt i helse- og sosialtjenester*. <http://www.ssb.no/06/01/hesospers/tab-2011-06-09-08.html>

### 3 Endringer i tjenestene for å svare på nye behov

Regjeringen er opptatt av å videreutvikle velferds-samfunnet, og i løpet av det siste tiåret er det gjennomført en rekke reformer og endringer. Målet for utviklingen av helse- og velferdstjenestene er at befolkningen skal være så frisk og aktiv som mulig, at flest mulig skal være i arbeid og at alle skal ha mulighet til å leve et godt liv uavhengig av sosiale forutsetninger og økonomisk evne. Generell livsmestring og trygghet er viktig for alle mennesker.

Endringene i tjenestene innebærer økt vekt på helsefremmende arbeid, forebygging av skade og sykdom, tilrettelegging for deltakelse i arbeidslivet, habilitering og rehabilitering, hjelp så nær brukerne som mulig og at brukerne skal få et mest mulig helhetlig tilbud. Dette samsvarer med utviklingstrekk internasjonalt. Ved at helse- og velferdstjenestene ser helsemessige, sosiale og arbeidsmessige faktorer i sammenheng, legges det til rette for at den enkelte har best mulige forutsetninger for å delta aktivt i samfunnet. En slik helhetlig tilnærming krever samhandling på tvers av fag og profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer.

#### 3.1 Kort om de siste årenes reformer<sup>1</sup>

##### 3.1.1 NAV-reformen

I 2005 fikk regjeringen bred støtte i Stortinget til forslaget om å etablere en statlig arbeids- og velferdsetat med oppgaver fra Aetat og trygdeetaten samt et felles statlig og kommunalt NAV-kontor i hver kommune. Reformen ble iverksatt sommeren 2006. NAV-kontoret er brukernes fysiske kontaktsted og representerer én inngangsdør til alle oppgaver som ivaretas av den nye arbeids- og velferdsforvaltningen. En felles statlig og kommunal førstelinjetjeneste ble sikret gjennom avtaler mellom hver enkelt kommune og den statlige etaten samt et lovfestet minstekrav om hvilke kommunale oppgaver som skulle tilbys ved NAV-kontorene.

I perioden fram til 2011 er det etablert til sammen 457 NAV-kontorer. NAV-kontorene skal ivareta brukernes samlede behov for bistand og bidra til koordinering både innad i arbeids- og velferdsforvaltningen og mot andre relevante tjenester som brukeren har behov for.

I tillegg til NAV-kontorene har arbeids- og velferdsetaten etablert over 100 forvaltnings- og spesialenheter med mange ulike oppgaver, for eksempel stønadsforvaltning, hjelpemidler, internasjonale saker samt kontroll- og innkreivingsoppgaver. Formålet er å sikre nødvendig kompetanse og dermed bedre kvalitet i vedtak og tjenesteyting. Enhetene skal også bidra til at NAV-kontorene kan konsentrere seg om veilednings- og oppfølgingstjenester som krever direkte møte med brukerne, samt frigjøre personalressurser som kan brukes til økt oppfølging og veiledning overfor brukere med omfattende bistandsbehov.

I reformens gjennomføringsfase (2006-2009) ble det foretatt en rekke endringer i virkemidlene som forvaltningen rår over, herunder stønadsordninger, tiltak og andre tjenester. I tillegg er det gjennomført en omfattende pensjonsreform. Samlet medfører dette en ny arbeidsdeling, nye oppgaver og at tidligere innarbeidede rutiner må endres. Det forutsetter en god kombinasjon av eksisterende kompetanse og evne til å videreutvikle kompetansen i tråd med reformens intensjoner.

NAV-reformens hovedmål er:

- flere i arbeid og aktivitet og færre på stønad
- tjenester som er enklere tilgjengelig for brukerne og tilpasset deres behov
- en helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning

NAV-kontorene har både en veileder- og en koordinatorrolle. De skal yte tjenester basert på en vurdering av hvilke typer innsats som er nødvendig i den enkeltes situasjon, og av behovet for samarbeid og koordinering på tvers av stat og kommune, ulike etater og organisasjoner, det offentlige hjelpeapparatet og arbeidslivet. Dette peker mot nye former for yrkesutøvelse som forutsetter faglig kompetanse og godt skjønn, og

<sup>1</sup> En grundigere omtale av reformene i tjenestene finnes i Vedlegg 1.

som integrerer generell kunnskap om rettigheter, regelverk og ordninger med spesifikk, lokal kunnskap om hjelpeapparatet og tiltak som kan tas i bruk i prosessen. Kunnskapen skal deles med brukerne slik at de bedre kan mestre sin situasjon og ikke kjenne seg avmektige. Dette krever en helhetlig tilnærming som er karakteristisk for sosialt arbeid, kombinert med solid arbeidsmarkedskompetanse.

### 3.1.2 Reformen i barnevernet

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Barnevernstjenesten skal også bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Barnevernet er organisert i to forvaltningsnivåer: kommunalt og statlig. Det statlige barnevernet har ansvar for å bistå barnevernstjenestene i kommunene med plassering av barn utenfor hjemmet, for rekruttering, formidling og opplæring av fosterhjem, godkjenning av institusjoner, drift av statlige institusjoner, drift av omsorgssentre for enslige mindreårige asylsøkere fra 0-15 år og for enkelte hjelpetiltak som alternativ til plassering på institusjon.

Kommunene har ansvaret for de oppgavene som ikke er lagt til det statlige barnevernet. I tillegg har de det overordnede, helhetlige ansvaret for alle barn i barnevernet, og dermed for oppfølgingen av hvert enkelt barn fra barnevernet mottar bekymringsmelding til hjelpen avsluttes. Det betyr at den kommunale barnevernstjenesten har et oppfølgingsansvar også for barn plassert i tiltak som staten tilbyr. I hver kommune skal det være en administrasjon med en leder som har ansvaret for oppgavene kommunen har etter barnevernloven.

Staten overtok fylkeskommunenes oppgaver på barnevernområdet og familievernområdet 1. januar 2004. En av grunnene til dette var at andre omfattende reformer hadde endret rammebetingelsene for tjenestene. Blant annet var ansvaret for spesialisthelsetjenesten, herunder psykisk helsevern for barn og unge og rusomsorgen, blitt overført fra fylkeskommunen til statlig eide helseforetak. I tillegg var det forskjeller mellom fylkene når det gjaldt tiltak og kvalitet. Institusjonstilbudet i mange fylker var ikke godt nok, verken med hensyn til kvalitet eller kapasitet.

I forarbeidene til reformen (Ot.prp. nr. 9 (2002-2003)) ble det understreket at den ikke medførte noen endring i kommunenes hovedansvar på barnevernområdet. Det ble videre understreket at

utstrakt samarbeid og samhandling mellom statlige og kommunale aktører ville være en nødvendig forutsetning for gjennomføring av tjenestetilbudet.

De viktigste målene med reformen var:

- å sikre bedre faglig og økonomisk styring av barnevernet
- å sikre likeverdige tilbud i hele landet til barn og unge som trenger barnevernstjenester
- å utvikle et bedre samarbeid og bedre tjenester til kommunene
- å sikre god kvalitet i alle ledd innenfor barnevernet
- å bidra aktivt til at det skjer en faglig videreutvikling av tjenestetilbudet
- å bidra til bedre samarbeid med tilgrensende tjenester

Reformen er under evaluering, og resultatene av evalueringen vil danne et viktig grunnlag for politikkutformingen på barnevernområdet i årene som kommer.

### 3.1.3 Samhandlingsreformen

Gjennom Samhandlingsreformen vil regjeringen sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientenes og brukernes behov på en samfunnsøkonomisk bærekraftig måte. Vi vet at flere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester, og vi står overfor store rekrutteringsutfordringer. Reformen innebærer en kursomlegging der det skal legges økt vekt på folkehelsearbeid, tidlig innsats og forebygging, rehabilitering og habilitering, brukerinnflytelse, avtalte behandlingsforløp og flere helse- og omsorgstjenester i kommunene.

Reformen er en retningsreform der 1. januar 2012 markerer begynnelsen på en langsiktig omstilling. Samtidig med at den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes og videreutvikles, skal spesialisthelsetjenesten omstilles. Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres der det er mulig. Samtidig skal utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer og tilstander sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og ressursutnyttelse.

Målene med Samhandlingsreformen er:

- økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helse- og omsorgstjenestene gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. En ressursvekst til helse- og omsorgstjenester skal i større grad legge til rette for oppbygging av kompetanse og tjenester i kommunene.

- mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere av helse- og omsorgstjenesten gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

## 3.2 Kompetansesituasjonen i dag<sup>2</sup>

### 3.2.1 Arbeids- og velferdsforvaltningen

Det er ikke satt formelle krav til utdanning eller kompetanse i tilknytning til de ulike typene av enheter i NAV (NAV-kontorer, forvaltningsenheter, kontaktsentre, hjelpemiddelsentraler osv.). Det er likevel bred enighet om at høyere utdanning er viktig for å arbeide i arbeids- og velferdsforvaltningen. Samlet har litt over 70 % av de ansatte i NAV høyere utdanning, de fleste på bachelornivå. I den statlige delen er fagretninger innenfor samfunnsfag og humaniora fra universitetene dominerende. Det er få ansatte med helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning. Av disse utgjør sosionomer den største enkeltgruppen med ca. 4 % av de statlige årsverkene ved NAV-kontorene. Blant de kommunalt ansatte ved NAV-kontorene er nær halvparten sosionomer.<sup>3</sup>

I en undersøkelse fra 2009 mente flesteparten av lederne ved både NAV-kontorene og forvaltningsenhetene at de ansatte hadde tilfredsstillende kompetanse for å ivareta sentrale oppgaver i arbeids- og velferdsforvaltningen. Samtidig svarte nærmere 1/3 av NAV-kontorlederne og en noe mindre andel av forvaltningsenhetslederne at de bare i noen grad har en riktig kompetansesammenstilling ved sitt kontor/sin enhet.<sup>4</sup>

### 3.2.2 Barnevern, familievern og krisesentre

Barnevernets arbeidsfelt krever både spesialisert og bred teoretisk kompetanse og gode praktiske og personlige ferdigheter. De dominerende utdanningsgruppene i det kommunale barnevernet er barnevernspedagoger og sosionomer, som utgjør hhv. 47 % og 33 % av alle tilsatte. I barnevernsinstitusjonene er det større variasjon. Av i overkant av 4800 avtalte årsverk i barnevernsinstitusjonene i 2009 utgjorde barnevernspedagoger ca. 20 %, sosionomer i overkant av 10 %, annen utdanning på høyskole-/universitetsnivå ca. 32 % og personell

med helse- og sosialfagutdanning fra videregående skole ca. 5 %. Den største gruppen er de med annen utdanning på videregående skoles nivå eller lavere, som utgjør nesten 30 % av årsverkene.

Familievernkontorene er tverrfaglig bemannet på spesialistnivå, hovedsakelig av psykologer og sosionomer med videreutdanning i familierapi. Barnevernspedagoger, leger, psykiatere, jurister og prester kan også være ansatt. Det legges vekt på tverrfaglighet og spesialkunnskap om samlivskonflikter og konfliktløsning. Familievernet preges av høy gjennomsnittsalder blant de ansatte. For å unngå at viktig kunnskap forsvinner når erfarne ansatte går av med pensjon, arbeides det med planer for ulike former for kompetanseoverføring til nyansatte.

Krisesentrene har en høy andel ufaglærte ansatte. For å sikre et tilstrekkelig godt tilbud til det økende antallet konflikt- og kriserammede familier som søker til tjenestene, er det behov for å rekruttere mer kompetanse. 17 % av de ansatte i brukerrettede stillinger hadde utdanning fra ungdomsskole eller lavere i 2007, mens 33 % hadde videregående opplæring og 38 % høyere utdanning. 11 % hadde annen utdanning. De utdanningene som i størst grad var representert, var sosionom, barnevernspedagog, vernepleier, førskolelærer, lærer, spesialpedagog, sykepleier med og uten psykiatriutdanning, psykolog og psykotraumalog. Vel halvparten av de ansatte i brukerrettede stillinger i 2007 hadde erfaring fra sosial- eller helsefaglig arbeid. Det legges særlig vekt på kunnskap om det å være utsatt for vold, hvilke hjelpebehov personer utsatt for vold har og hvordan disse behovene kan møtes. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har i tillegg pekt på at de ansatte bør ha kunnskap om hvor voldsutsatte kan få hjelp i det øvrige tjenesteapparatet.<sup>5</sup> Krisesenterloven inneholder en forskriftshjemmel som åpner for å stille krav om kompetanse, men hjemmelen er så langt ikke benyttet.

### 3.2.3 Helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgstjenestene er kompetanseintensive virksomheter med stor faglig bredde i personalet. Samtidig er det en relativt stor andel ansatte uten relevant fagutdanning, særlig i den kommunale omsorgstjenesten, der det ble utført mer enn 126 000 årsverk i 2009. I perioden 2006-2009 var

<sup>2</sup> En mer utfyllende beskrivelse gis i Vedlegg 1.

<sup>3</sup> NAVs organisasjon og virkemåte. Delrapport 1 fra ekspertgruppen som vurderte oppgave- og ansvarsfordelingen i NAV. Avgitt 30. april 2010.

<sup>4</sup> Rambøll (2010): *Utredning av hvordan tilbud innenfor høyere utdanning kan bidra til å dekke langsiktige kompetansebehov i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

<sup>5</sup> Jonassen, Sogn, Mathiesen Olsvik og Hjemdal (2008): *Kunnskap – kvalitet – kapasitet. En utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet*.

det en vekst på 19 000 årsverk. Det er et mål å redusere andelen ufaglærte i omsorgstjenesten, som i dag er på om lag 38 %. For øvrig består personellet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene av helsefagarbeidere (32 %), sykepleiere (16 %), vernepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger mv. Et annet mål er å skape større faglig bredde med økt vekt på tverrfaglighet. I dette ligger blant annet en økt vekt på aktivitet (fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivitører osv.) og en styrking av den medisinske kompetansen (leger/legespesialister). Regjeringen har iverksatt tiltak for å styrke kompetansen i de kommunale helse- og omsorgs-

tjenestene gjennom blant annet Kompetanseløftet 2015.<sup>6</sup>

I spesialisthelsetjenesten vil det som nevnt skje en ytterligere spesialisering. I tannhelsetjenesten viser framskrivninger et mulig underskudd på tannleger i årene framover, men dette påvirkes av veksten i antall tannpleiere, som kan utføre noen av de samme oppgavene. Det er økende etterspørsel etter tannleger med spesialistutdanning og/eller forskerutdanning i hele tannhelsetjenesten, og spesielt i fylkeskommunal sektor.

---

<sup>6</sup> St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*.

## 4 Krav og forventninger til utdanningssektoren

Kompetansebehovene i helse- og velferdstjenestene er varierte og sammensatte. Likevel er det klare fellestrekk når det gjelder tjenestenes krav og forventninger til hva utdanningene må levere av kompetanse i framtiden i lys av endringene som er beskrevet i Kapittel 3. Nedenfor oppsummeres sentrale kompetansebehov slik de kommer til uttrykk fra tjenestene selv. Beskrivelsen bygger på en rekke utredninger, evalueringer, forskningsrapporter og innspill til stortingsmeldingen fra berørte aktører. Den er ikke ment å være uttømmende, men konsentrerer seg om forhold av betydning for den videre drøftingen i meldingen.

### 4.1 Nye kompetansebehov

NAV-reformen og Samhandlingsreformen stiller nye krav til medarbeiderne i tjenestene. Gjennom den nye folkehelseloven stiller Samhandlingsreformen også krav til medarbeidere i andre deler av kommunene enn helse- og velferdstjenestene. I barnevernet er det ikke så mye reformen i seg selv som har ført til endrede kompetansebehov, men økningen i arbeidsmengde, ny kunnskap og innføring av flere forskningsbaserte tiltak. Kommunenes oppgaver er ikke vesentlig endret, men kompetansekravene i det kommunale barnevernet har økt blant annet som følge av økt saksmengde, ny forskning og metoder og tiltak i barnevernet som helhet.

Det er gjennomført en rekke undersøkelser av kompetansebehov. Befring-utvalget fant i sin utredning *Kompetanseutvikling i barnevernet* at utdanningene rettet mot arbeid i barnevernet ikke møter praksisfeltets krav til kompetanse, og at det er store variasjoner og vesentlige mangler i utdanningene. Utvalget peker på et behov for mer spesialisert kompetanse, selv om det også understreker viktigheten av styrket samhandling med og kjennskap til tilgrensende etater. Det peker videre på behovet for å styrke den flerkulturelle kompetansen, siden en stor andel av barna som kommer i kontakt med barnevernet, har innvandrerbakgrunn. Utvalget foreslo i alt 14 sentrale kompetanseområder for kandidater som skal arbeide i bar-

nevernet, og kom også med en rekke andre forslag.<sup>1</sup>

Innenfor arbeids- og velferdsforvaltningen legges det vekt på å beholde og styrke den faglige utdannings- og erfaringsbredden, med medarbeidere med ulik bakgrunn og kompetanse. Ingen utdanning kan dekke alle kompetanseområdene ved NAV-kontorer eller forvaltningsenheter. Den nevnte undersøkelsen blant ledere pekte særlig på fire områder der kompetansen trenger å styrkes: kunnskap om arbeidsmarked og arbeidsliv, veilednings- og oppfølgingskompetanse, systemkunnskap og grunnleggende juridiske kunnskaper samt IKT-kompetanse.

Utgangspunktet for Samhandlingsreformen er at helse- og omsorgstjenestene oppleves som fragmenterte og preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Dagens høyere utdanninger, og spesielt medisintutdanningen, er i stor grad orientert mot spesialisthelsetjenesten både i undervisning og praksis. Samhandlingsreformen gjør det nødvendig med en sterkere orientering mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene både i grunnutdanningen og spesialistutdanningene. Ikke minst bør mer av den praktiske opplæringen skje i kommunene. Samhandling, tverrfaglighet, folkehelse, forebygging, tidlig innsats, brukarmedvirkning og pasientforløpstenking er sentrale begreper i reformen som vil gjenspeiles i de nye helse- og omsorgstjenestene, og som derfor også må gjenspeiles i utdanningene.

Både arbeids- og velferdsforvaltningen, barnevernet og helse- og omsorgstjenestene legger stor vekt på tidlig innsats og forebygging, helhetstenking og samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer som nøkkelfaktorer i framtidens tjenestetilbud. Sentrale perspektiver er folkehelse, barn og unges oppvekstvilkår, integrering i arbeidslivet og likebehandling uavhengig av kjønn, etnisitet, sosial tilhørighet og økonomisk evne. De ansatte i tjenestene må ha oversikt over de ulike delene av helse- og velferdssystemet og kunne gi pasienter og brukere individuell veiledning. De må kunne bruke oppsøkende metoder

<sup>1</sup> NOU 2009:8 *Kompetanseutvikling i barnevernet*.

og ta i bruk hverdagsarenaer i behandling og rehabilitering. Det må bli mer oppmerksomhet om mestring i stedet for sykdom. Brukerne skal i størst mulig grad få hjelp der de bor. Siden mange brukere har sammensatte hjelpebehov, vil arbeids- og ansvarsdeling og samhandling mellom ulike tjenestenivåer og sektorer stå sentralt. Den økende andelen av innvandrere i befolkningen innebærer særskilte utfordringer og medfører behov for styrking av den flerkulturelle kompetansen, herunder kunnskap om ulike innvandrergrupper helsebehov.

Et godt eksempel på behovet for samhandlingskompetanse som signaliseres fra alle tjenestene, er arbeidet med vanskeligstilte på boligmarkedet. Fordi dårlige boforhold påvirker mange sider av livet og problemstillingene i slike saker ofte er komplekse, kreves det samarbeid på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. For at vanskeligstilte på boligmarkedet skal få den hjelpen de trenger, må derfor ulike yrkesgrupper i helse- og velferdstjenestene ha kjennskap til boligsosiale problemer. Generelt er samhandling mellom tjenesteområder viktig for å unngå at mennesker blir uføretrygdet i yrkesaktiv alder, og i arbeidet med å få ned sykefraværet.

Et annet eksempel er arbeidet for å bekjempe tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har gjennom handlingsplanene mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2008-2011) arbeidet for å styrke koordinering og samarbeid på tvers av instanser for å yte god og effektiv hjelp til de utsatte. Det er viktig at hjelpeapparatet har nok kompetanse til å skape tillit hos dem det gjelder, og at det tar henvendelser i tilknytning til tvangsekteskap og æresrelatert vold på alvor. I spesialisthelsetjenesten er arbeidet med kjønnslemlestedekvinner og forebygging av kjønnslemlestelse en tverrfaglig oppgave.

Felles for alle helse- og velferdstjenestene er også et mål om å styrke den formelle kompetansen blant medarbeiderne. Det dreier seg både om å redusere andelen ufaglærte, spesielt i den kommunale omsorgstjenesten og deler av barnevernet, og å få inn flere med høyere utdanning. For at dette skal lykkes må utdanningene på alle nivåer være attraktive og tilrettelagt på en måte som gjør det mulig å utnytte rekrutteringspotensialet i ulike grupper av befolkningen.

I tillegg til nyrekruttering er kompetanseheving blant eksisterende ansatte viktig. Størstedelen av kompetanseutviklingen i norsk arbeidsliv skjer på arbeidsplassen og er finansiert av

arbeidsgiver, og undersøkelser viser at arbeidstakere ofte opplever at det er på arbeidsplassen de lærer best.<sup>2</sup> Samtidig er det viktig at etter- og videreutdanningstiltak skjer i samarbeid med det formelle utdanningssystemet der det er relevant. På den måten får arbeidslivet tilgang til oppdatert teoretisk og forskningsbasert kunnskap innenfor en kvalitetssikret ramme for opplæringen, mens utdanningsinstitusjonene opprettholder nær kontakt med praksisfeltet.

Ansatte i helse og sosialt arbeid tar kompetansegivende videreutdanning i større grad enn selsatte i andre næringer. Dette henger blant annet sammen med autorisasjonskravene for helsepersonell.<sup>3</sup> Siden temaet for denne stortingsmeldingen er endringer i grunnutdanningene i helse- og sosialfag på alle nivåer, vil etter- og videreutdanning ikke bli behandlet nærmere.

## 4.2 Endringer i utdanningene

Innspillene til stortingsmeldingen er tydeligst når det gjelder behovet for endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene ved universiteter og høyskoler. De konkrete kompetansebehovene varierer naturlig nok mellom tjenestene, men det er i stor grad sammenfallende oppfatninger av hvilke områder som særlig trenger å styrkes i utdanningene. Det gjelder:

- *Evne til tverrprofesjonelt samarbeid*, gjennom større vekt på
  - utvikling av kommunikasjons- og samarbeidskompetanse på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer
  - utvikling av mellommenneskelig kompetanse og evne til etisk refleksjon og profesjonell skjønnsutøvelse
  - oppøving av veiledningskompetanse, der veilederrollen utvikles som en del av det å utøve eget fag og egen rolle
- *Kunnskap om velferdssystemet og helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen*, herunder
  - en bredere forståelse av sentrale perspektiver i utviklingen av velferdstjenestene, som folkehelse, barns utvikling og oppvekst, arbeidsliv og inkludering og likestilling/likebehandling. Utdanningene må gi studentene et grunnlag for å utøve faget og

<sup>2</sup> Ellen Brandt, Taran Thune og Odd Bjørn Ure (2009): *Tilbud og etterspørsel av etter- og videreutdanning i Norge: En analyse av status, strategier og samspill*. NIFU STEP Rapport 6/2009.

<sup>3</sup> Brandt m.fl. (2009).

yrkesrollen i lys av disse overordnede perspektivene.

- system- og organisasjonskunnskap, kunnskaper om lov- og regelverk og juridisk grunnkompetanse som en integrert del av studentenes profesjonsidentitet, rolleforståelse og evne til oppgaveløsning
- brukerorientering og mestringsspektiv i tjenesteutøvelsen
- forståelse og bruk av IKT og nye teknologiske løsninger i tjenestene. Skal tjenestene makte å møte volumet og bredden i de oppgavene de står overfor, må teknologi inngå som en naturlig del av utdanningene.
- *Kompetanse i å arbeide med personer med sammensatte behov*, herunder
  - forebyggende arbeid/folkehelsearbeid
  - barn og unges oppvekst, utvikling og rettigheter
  - vold og overgrep og omsorgssvikt
  - psykisk helse og rus
  - habilitering og rehabilitering
  - arbeidslivsrettet kvalifisering for grupper med særlig behov for bistand og oppfølging
  - migrasjonshelse

Flere innspill peker på at også de pedagogiske utdanningene (førskolelærer-, lærer- og spesialpedagogutdanningene) bør gi deler av den samme basiskunnskapen som utdanningene i helse- og sosialfag, ettersom pedagoger jobber med de samme målgruppene og også har viktige roller med hensyn til forebyggende arbeid og tidlig intervensjon.

I tillegg signaliserer tjenestene behov for økt spisskompetanse på ulike områder, inkludert kompetanse på videreutdannings- og mastergradsnivå. Grunnutdanningene må på sin side sikre at yrkesutøverne har en solid profesjonsfaglig basis.

Noen eksempler:

Arbeids- og velferdsforvaltningen ønsker grunnutdanninger med god balanse mellom det felles og tverrfaglige og det mer tematisk spesialiserte. Kompetanse om arbeidsliv og inkludering er et eksempel. Slik kompetanse er sentral for oppfølgingen av arbeidslinja i velferdspolitikken og intensjonene med NAV-reformen. Derfor bør dette inn i alle helse- og sosialfagutdanninger som felleskunnskap i tillegg til at det vil være et fordypnings- eller spesialiseringsområde i noen utdanninger.

På barnevernsfeltet pågår et oppfølgingsarbeid basert på Befring-utvalgets rapport fra 2009.<sup>4</sup> Her argumenteres det for å utvikle barnevernet

som et eget fagfelt med behov for spesialisert kunnskap og kompetanse om utsatte barn og unges behov. Befring-utvalget diskuterte ikke hvilke grunnutdanninger som skal kvalifisere for arbeid i barnevernet, men mente at de utdanningene som gjør det, bør ha en felles innretning og innhold som gjør dem til barnevernsutdanninger, med spesialisert barnevernsfaglig kompetanse som mål. Vekten på breddekunnskap er altså mindre her. Samtidig understrekes viktigheten av styrket samhandling med og kjennskap til tilgrensende etater.

Helse- og omsorgssektoren legger vekt på utfordringene som følger av Samhandlingsreformen, og særlig hva som må til for å lykkes med forebyggende og helsefremmende arbeid og tidlig intervensjon. Lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester tydeliggjør kommunens helhetlige ansvar for innbyggernes helse, og dermed er det særlig kompetansebehovene i kommunene som framheves. Det er et mål å skape større faglig bredde i omsorgstjenestene, med flere faggrupper involvert og økt vekt på tverrfaglig samhandling. Behovet for flere helsefagarbeidere er viktig, men også mer kompetanse innenfor samfunnsmedisin, miljørettet helsevern, ernæring og farmasi. Brukere med sammensatte behov er en stor og viktig målgruppe som trenger helhetlige og sammenhengende tjenester over tid. Overføring av ansvar og oppgaver til kommunehelsetjenesten vil endre spesialisthelsetjenesten i retning av ytterligere spesialisering, men også kreve mer kompetanse i å kunne samhandle med og veilede kommunale tjenester. Teknologi- og metodeutvikling nevnes som et viktig satsingsområde, og mer tverrprofesjonelt samarbeid mellom helse- og sosialfagene og de teknologiske spesialitetene må til for å sikre en slik utvikling.

Ønskene om styrket kompetanse på ulike områder kommer på toppen av den profesjonsfaglige grunnkompetansen. Hovedutfordringen er å finne en god balanse mellom den faglige kompetansen som er særegen for hver utdanning og profesjon, og det som er felles for velferdsstatens yrker.

### 4.3 Kunnskapsgrunnlag

Alle helse- og velferdstjenestene har som mål å utvikle mer kunnskapsbaserte tjenester og heve kvaliteten gjennom økt bruk av forskning. Helse- og omsorgssektoren er særlig opptatt av forsk-

<sup>4</sup> NOU 2009:8 *Kompetanseutvikling i barnevernet*.



ning som støtter arbeidet med utformingen av framtidens tjenester i tråd med Samhandlingsreformen. Det er viktig at de høyere utdanningsinstitusjonene og instituttsektoren samarbeider om å utvikle forskning om og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har bidratt til dette gjennom etablering av flere forskningssentre knyttet til universiteter og høyskoler, med finansiering blant annet gjennom Norges forskningsråd.

Det foregår mye forskning av relevans for barnevernet og familievernnet, men det er et problem at det ikke finnes oversikter som gir et bilde av den totale forskningsinnsatsen. Nasjonale oversik-

ter ville gitt et bedre grunnlag for dialog og samarbeid både om kunnskapsgrunnlaget for utdanning og yrkesutøvelse og om hvilke områder som bør styrkes gjennom videre forskning.

I arbeids- og velferdssektoren foregår forskningen hovedsakelig i regi av forskningsinstitutter, og mye av finansieringen kommer fra programmer i Norges forskningsråd. Sektoren er opptatt av at yrkesutøvelsen – både forvaltning og tjenesteproduksjon – skal være kunnskapsbasert. Det er et uttrykt behov for bedre dialog og samarbeid mellom sektormyndighetene, instituttsektoren og utdanningene for å styrke kunnskapsgrunnlaget på området.



*Del II*  
*Samspillet*



## 5 Samspill for økt kvalitet og relevans i utdanningene

Godt samspill og samarbeid mellom utdanning, forskning og arbeidsliv er nødvendig for å sikre kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og bedre tjenester gjennom videreutvikling og innovasjon. Utdanningene er på sin side avhengige av god kontakt med yrkesfeltet for å være relevante og bidra med den kompetansen tjenestene trenger. Tilbakemeldingene fra tjenestene om at kandidatene er for dårlig forberedt på viktige oppgaver og arbeidsmåter, viser at denne kontakten trenger å styrkes. Utdanningene og rapportene som er nevnt i Kapittel 4.1 peker i samme retning. Samtidig har arbeidslivet selv en viktig rolle å spille i yrkeskvalifiseringen.

I denne delen av meldingen presenteres samspill langs ulike dimensjoner som et overordnet grep for å svare på utfordringene som er beskrevet tidligere. Deretter drøftes konsekvensene for utdanning og forskning i Del III.

### 5.1 Dagens situasjon

Det er etablert mange arenaer for samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og yrkesfeltet. For fag- og yrkesopplæringen i den videregående skolen og for fagskoleutdanningene er det samarbeidsorganer på nasjonalt nivå der partene i arbeidslivet er gitt en rolle i utviklingen av utdanningene, henholdsvis Samarbeidsrådet for yrkesopplæring (SRY) med tilhørende faglige råd og Fagskolerådet. Det er viktig å utnytte dette etablerte samarbeidet. I høyere utdanning finnes ikke tilsvarende nasjonale samarbeidsarenaer, noe som reflekterer at institusjonene har stor faglig frihet. Partene i arbeidslivet har signalisert ønske om en mer formalisert mulighet til å innvirke på faglig innretning og organisering også av høyere utdanning. I dag skjer slik påvirkning blant annet gjennom deltakelse i offentlige utredninger, rammeplangrupper o.a., samt i noen tilfeller representasjon i de faglige rådsorganene under Universitets- og høyskolerådet.

Siden 2002 har regionale samarbeidsorganer vært en viktig arena for dialog og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og sosialfagutdanningene ved universiteter og høyskoler.

Per i dag finnes ingen tilsvarende arena for koordinert samarbeid mellom utdanningene og kommunesektoren. Universitets- og høyskolerådet samarbeider med Arbeids- og velferdsetaten, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet om å utvikle nasjonale samarbeidsarenaer i tillegg til samarbeidet som allerede er etablert mellom rådet og Helsedirektoratet. Dette vil styrke spillet mellom de høyere utdanningsinstitusjonene og viktige tjenesteområder i barnevernet, familievernnet og arbeids- og velferdstjenestene.

Som en oppfølging av St.meld. nr. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja* er det etablert Råd for samarbeid med arbeidslivet ved statlige universiteter og høyskoler. Rådene skal delta i utvikling av institusjonelle strategier og skal spesielt trekkes inn i arbeidet med å utforme etter- og videreutdanningstilbud i tråd med arbeidslivets behov. De vil naturlig drøfte også de helse- og sosialfaglige utdanningene.

For å styrke forbindelsene med samfunnet omkring skal de høyere utdanningsinstitusjonene også utvikle samfunnskontrakter. Det dreier seg ikke om kontrakter i juridisk forstand, men et felles uttrykk for gjensidige mål, roller og forventninger mellom institusjonene og relevante samfunns partnere. Samfunnskontraktene skal beskrive og sette mål for samvirket mellom institusjonene og omverdenen på alle viktige områder av virksomheten: utdanning, forskning og utviklingsarbeid, formidling, fleksibel og livslang læring, oppdragsvirksomhet, internasjonalisering, institusjonen i lokalsamfunnet osv. Et viktig formål er økt samhandling og medeierskap for samfunnspartnerne i universitetene og høyskolenes virksomhet. Det er gjennomført et pilotprosjekt med utvikling av en felles samfunnskontrakt for universitetene og høyskolene i Nord-Norge.

#### 5.1.1 Eksempler på godt samspill

Det er mange gode eksempler på prosjekter der kommuner, fylkeskommuner, utdanningsinstitusjoner, tjenesteområder og partene i arbeidslivet samarbeider om utdanningsoppgaver.

**Boks 5.1 Topp-prosjektet i Larvik**

Prosjekt for utdanning av helsefagarbeidere med deltakelse av omsorgstjenestene i Larvik kommune. Samarbeid mellom Larvik Læringssenter, Arbeid og Kvalifisering, Sosialtjenesten, tillitsvalgte, NAV-kontor, Vestfold fylkeskommune, Kompetansesenteret/Sandefjord videregående skole og Det nasjonale aldershjem for sjømenn. Alle ufaglærte i omsorgssektoren blir invitert til å delta. Prosjektet er under evaluering. Se <http://www.seniorpolitikk.no/nyhet/arbeidsliv/rekruttering/utdanner-etter-kartlegging>.

**Boks 5.2 Øya helsehus**

Øya helsehus i Trondheim integrerer pasientbehandling, undervisning og forskning under samme tak. Innenfor et areal på i alt 23 500 m<sup>2</sup> samlokaliseres korttidssykehjem, helse- og velferdskontor, praksisstudieplasser for sykepleie, samfunnsmedisin og legesenter, med bro over til St.Olavs Hospital. Bygget har auditorier, kontorer, grupperom, bibliotek samt undervisningsareal for ca. 1000 studenter. Høgskolen i Sør-Trøndelag og NTNU er partnere i prosjektet, og det er lagt til rette for et godt samarbeid gjennom samarbeidsavtaler og samlokalisering av funksjoner.

Det at de to læringsarenaene – utdanning og yrkesliv – finnes på samme sted, gir unike muligheter. Med felles mål for studentene – morgendagens helsearbeidere – utvikles nye modeller for veiledning av studenter i praksis og faglig utvikling hos personalet. Før studentene skal i praksis, forberedes de ved høyskolen av ansatte fra Øya helsehus. I praksisperiodene organiseres de i grupper tilknyttet et veilederteam. Flere studentgrupper og lærlinger har praksis samtidig og øves dermed i samhandling med andre yrkesgrupper.

**Boks 5.3 Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester**

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. I hvert fylke er det to utviklingssentre, ett for sykehjem og ett for hjemmetjenester. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har som hovedmål å være pådriver for kunnskap og kvalitet gjennom:

- fag- og tjenesteutvikling innenfor lokalt og nasjonale definerte satsingsområder
- videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter
- kompetanseutvikling blant de ansatte
- tilrettelegging for forskning og utvikling i helse- og omsorgstjenesten

Hensikten med satsingen er å stimulere til forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, kommune, fylkesmann og stat, å understøtte gode lokale initiativer til kvalitetsforbedring ved å gi økonomisk tilskudd til to utvalgte kommunale enheter i hvert fylke, og å stimulere til erfaringsutveksling og kunnskapsdeling på tvers av kommunene i fylket og nasjonalt.

**5.2 Samspill mellom utdanning og yrkesfelt om yrkeskvalifisering**

Livslang læring er et overordnet prinsipp i den norske kunnskapspolitikken og omfatter all målbevisst læringsaktivitet livet gjennom.<sup>1</sup> I et arbeids- og samfunnsliv som gjennomgår hyppige omstillinger, er evnen til å tilegne seg ny kunnskap og nye ferdigheter avgjørende for å sikre konkurransedyktige virksomheter og gode velferdstjenester. En politikk som gjør at hele befolkningens kompetanse kan brukes og videreutvikles, er et viktig grunnlag for et fortsatt sterkt velferdssamfunn. St.meld. nr. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja* legger til grunn at livslang læring er et premiss for å lykkes med arbeidslinja i norsk velferdspolitik.

<sup>1</sup> Jf. St.meld. nr. 42 (1997-1998) *Kompetansereformen*.

### 5.2.1 Kompetanse som svarer på tjenestenes behov

Grunnutdanningene, uansett nivå og fagområde, må forberede kandidatene for livslang læring. Samtidig skal de gi dem en yrkesrettet kompetanse som svarer på behovene i tjenestene. Yrkesfeltet må fortelle utdanningene hvilken kompetanse som trengs, og det må i neste omgang være styrende når utdanningsinstitusjonene formulerer sine læringsmål. Når tjenestene for eksempel etterlyser bedre forståelse av helheten i velferds-systemet og større evne til samarbeid om løsninger for den enkelte bruker eller pasient, må dette reflekteres i utdanningene. Samtidig må utdanningsinstitusjonene gjøre egne vurderinger av hvilken kompetanse kandidatene trenger, og blant annet sikre at den er i samsvar med kravene i det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket. For å sikre at sluttkompetansen til kandidatene er mest mulig i tråd med tjenestenes behov, og samtidig utgjør en god plattform for videre læring, trenger samspillet mellom utdanning og yrkesliv å styrkes.

### 5.2.2 To læringsarenaer

Arbeidslivet spiller en viktig rolle som læringsarena i helse- og sosialfagene, i første omgang gjennom praksisdelen av utdanningene. Kvaliteten i praksisstudiene, og hvordan de virker sammen med undervisningen ved lærestedene, er avgjørende for den samlede studiekvaliteten. For å sikre at praksisundervisningen blir relevant og kvalitativt god, er det nødvendig med et nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet.

Arbeidslivet har også en viktig rolle som læringsarena ved overgangen til yrket. Både velferdstjenestene og partene i arbeidslivet synes noen ganger å sette likhetstegn mellom innhold i utdanningene og tilgang på riktig kompetanse i tjenestene. Med jevne mellomrom kommer det innspill om at utdanningene er for teoretiske, og at nyutdannede derfor ikke mestrer oppgavene i yrket. Oppslag om «praksissjokk» for nyutdannede lærere, sykepleiere, sosionomer og andre yrkesgrupper forsterker inntrykket. Samtidig viser forskning om profesjonsutdanninger i høyere utdanning og overgangen til yrkeslivet at grader av praksissjokk ikke er til å unngå: Det er rett og slett en nødvendig opplevelse av at det er krevende å «oversette» det som læres under studiet, til det kandidatene skal gjøre som ansvarlige yrkesutøvere.<sup>2</sup> Arbeidsgiver har et selvfølgelig

ansvar for å legge til rette for en god overgang til yrket for de nyutdannede.

Det er avgjørende for et godt samspill mellom utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet at de har en felles forståelse av sine respektive roller som læringsarenaer. Når det gjelder yrkeskvalifisering, kan forholdet sammenlignes med en stafett der målet er fullt funksjonsdyktige yrkes- og profesjonsutøvere gjennom hele yrkeskarrieren. Hvor langt på vei skal utdanningene føre dem, og når tar arbeidslivet over? Og hvordan veksler partene på ansvar og oppgaver gjennom yrkeslivet for å sikre ønsket kompetanseutvikling hos den enkelte og kompetansetilgang i tjenestene?

### 5.2.3 Yrkeskvalifisering: et delt ansvar

Både yrkesfaglig videregående opplæring og fagskoleutdanning skal være direkte yrkeskvalifiserende, forstått som at det ikke skal være nødvendig med ytterligere opplæring for å kunne fungere i yrket etter endt skolegang.<sup>3</sup> Det er likevel viktig at det finnes muligheter for videre utdanning og kompetanseutvikling. De helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene ved universiteter og høyskoler skal også være yrkesrettede og kvalifisere for yrkesutøvelse etter enten tre (bachelor), fem (master) eller seks år (profesjonsstudiene i medisin og psykologi). Samtidig skal de sikre at studentene får en akademisk grunnskoloring som kan danne grunnlag for livslang læring, og som gjør dem i stand til å reflektere kritisk over fag og fagutøvelse.

I diskusjonen om når kandidatene skal være ferdig kvalifisert for yrket, er det viktig å skille mellom det som kan kalles kontekstuell og profesjonell yrkeskvalifisering. *Kontekstuell* yrkeskvalifisering viser til den steds- og oppgavespesifikke opplæringen enhver nyansatt må gjennom for å mestre oppgavene og arbeidsmåtene på en gitt arbeidsplass. Dette er arbeidsgivers ansvar; alle nyansatte trenger opplæring og veiledning over en viss tid før de fungerer godt i den lokale konteksten.

Diskusjonen handler om den *profesjonelle* yrkeskvalifiseringen og hvor langt utdanningenes ansvar går. Som nevnt synes de implisitt å bli tilagt hele ansvaret når arbeidsgivere mener at nyutdannede ikke har den kompetansen tjenes-

<sup>2</sup> Smeby, Jens-Christian og Sølvi Mausethagen (2011): «Kvalifisering til velferdsstatens yrker». I SSB: *Utdanning 2011*.

<sup>3</sup> Fra § 1 i fagskoleloven: «Med yrkesrettet utdanning menes utdanning som gir kompetanse som kan tas i bruk i arbeidslivet uten ytterligere generelle opplærings tiltak.»

tene trenger. Konsekvensen av et slikt syn er at manglende eller feil kompetanse utelukkende skal løses gjennom endringer i utdanningene. Imidlertid er også yrkeslivets bidrag i kvalifiseringen av stor betydning for at tjenestene skal få tilført den kompetansen de etterspør.

Ser vi på yrkesgrupper med autorisasjon som helsepersonell, må fysioterapeuter, kiropraktorer, leger og ortopediingeniører i dag gjennom en turnusperiode, mens andre grupper automatisk får autorisasjon ved fullført utdanning. De sentrale sosialfaglige profesjonsutdanningene (barnevernspedagog og sosionom), som ikke er underlagt krav om autorisasjon, har heller ingen overgangsordning for nyutdannede. Turnusordningen for leger er for tiden til vurdering, herunder tidspunktet for autorisasjon, men alternativene som diskuteres innebærer også en videre kvalifiseringsperiode i yrkesfeltet. Det er altså ulik praksis med hensyn til når sentrale helse- og sosialfaglige profesjoner får rett til å utøve yrket på selvstendig grunnlag. Dermed er det også ulikheter i definisjonen av hvor langt utdanningenes ansvar for yrkeskvalifisering strekker seg.

Dette illustrerer skillet mellom utdanning og yrke. For yrker med autorisasjon er det dessuten slik at autorisasjonen kan tilbakekalles, mens dokumentasjon på fullført utdanning er noe en beholder livet ut.

Det finnes tilsvarende eksempler på andre områder. Det er innført et nasjonalt system for veiledning av nyutdannede lærere, med egne utdanningstilbud for dem som vil bli veiledere. På samme måte vurderes det å innføre et veiledet førstearbeid for nyutdannede som tilsettes i barnevernet. I 2012 vil det bli satt i gang et arbeid med å opprette et videreutdanningstilbud for å kvalifisere erfarne ansatte i barnevernet som veiledere for nyutdannede og nytilsatte kolleger. Det har også vært vurdert å innføre autorisasjons- eller sertifiseringsordninger for både sosialarbeidere og lærere. I Sverige er det nylig innført en ordning med autorisasjon («legitimation») av lærere og førskolelærere, der autorisasjon gis etter et veiledt førstearbeid i yrket.

I eksemplene ovenfor skjer en del av yrkeskvalifiseringen i arbeidslivet etter endt utdanning, og det er gjort eksplisitt at arbeidsgiverne tar sin del av ansvaret også for den *profesjonelle* ferdigkvalifiseringen, det vil si for å få til en bedre integrering og praktisering av det fagstoffet og de ferdighetene kandidaten har med seg fra utdanningen. Konsekvensen av denne forståelsen av at yrkeskvalifisering er et felles ansvar, er at behov for styrket eller endret kompetanse ikke nødvendig-

vis skal – eller kan – løses bare gjennom endringer i utdanningene. Et bedre samspill mellom utdanning og arbeidsliv kan i seg selv bidra til å imøtekomme noen av behovene som er signalisert fra tjenestene.

#### Boks 5.4 Hovedpunkter:

- Gode og relevante utdanninger krever et godt samspill mellom utdanning og yrkesfelt
- Yrkesfeltet er en viktig læringsarena i de helse- og sosialfaglige utdanningene
- Yrkeskvalifisering er et delt ansvar mellom utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet

### 5.3 Samspill om forskning og utviklingsarbeid, innovasjon og entreprenørskap

Over hele verden anses utdanning, forskning og innovasjon som nøkkelfaktorer for økonomisk vekst og for samfunnsutviklingen generelt. Samspillet mellom dem betegnes gjerne som kunnskapstriangelet. En slik forståelse av kunnskapens betydning setter forskning og utdanning inn i en bredere kontekst som omfatter mange former for læring og innovasjon. For eksempel legger den ikke bare vekt på omfanget av forskningsinnsatsen, men også virksomhetenes og institusjonenes evne til å finne, etterspørre, forstå og gjøre bruk av forskning. Effektene av forskning kan derfor ikke bare reduseres til ideer, oppfinnelser, patenter og lisenser. En må også se på hvordan kulturen og organiseringen av arbeidet oppmuntrer til nye arbeidsformer, kunnskapsutveksling og endringer i bruk av utstyr og teknologiske løsninger.<sup>4</sup>

Helse- og velferdstjenestene i Norge skal bygge på den beste tilgjengelige forskningsbaserte og erfaringsbaserte kunnskapen om hva som er det beste for brukeren og samfunnet. Kunnskap om gode løsninger må utvikles, dokumenteres og systematiseres i samarbeid mellom tjenestene og brukerne og relevante utdannings- og forskningsmiljøer. Fagmiljøene ved utdanningsinstitusjonene må ha evne til både å ta opp i seg ny kunnskap, bidra til kunnskapsutviklingen og i nært samarbeid med praksisfeltet utdanne

<sup>4</sup> Forskningsbarometeret 2011.



kandidater som i sin tur kan være med på å utvikle faget og tjenestene videre.

### 5.3.1 Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse

Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse innebærer at yrkesutøvere bevisst og eksplisitt drar nytte av ulike kunnskapskilder, holder seg faglig oppdatert og bruker praksisrettet og annen type forskningsbasert kunnskap fra flere kilder, inkludert systematiske forskningsoppsummeringer der dette foreligger. I et stadig mer komplekst velferdssystem der mange brukere opplever sammensatte problemer, er det avgjørende for kvaliteten i tjenestene at de som tilbyr og utfører dem, forholder seg systematisk til kunnskap og kan samhandle på tvers av fagbakgrunn.

Samfunnet og brukere av tjenestene stiller i dag større krav til effektivitet og mulighet til å etterprøve iverksatte tiltak. Vi kan forvente at godt informerte brukere stadig oftere vil spørre hvorfor et spesielt tiltak blir iverksatt framfor et annet. En mer kunnskapsbasert tjenesteutøvelse blir derfor et viktig element ikke bare for å utvikle nye og bedre løsninger, men også for å øke troverdigheten i tjenestene.

Praksisrettet forskning tar utgangspunkt i praksisutøvelse og erfaringskunnskap og utføres i overensstemmelse med anerkjente vitenskapelige prinsipper. Feltet omfatter kunnskapsutvikling med ulike teoretiske perspektiver og metodiske tilnærminger som for eksempel klinisk eller annen empirisk forskning. Tjenestenes og samfunnets behov for kunnskap vil være veiledende for valg av problemstillinger. Samtidig er det viktig for fagmiljøenes og resultatenes troverdighet at forskningen er uavhengig og holder et høyt vitenskapelig nivå.

### 5.3.2 Forskningskvalitet og robuste fagmiljøer

Evalueringer av norsk forskning viser at robuste fagmiljøer er av avgjørende betydning for forskningskvaliteten. Samtidig er forskningslandskapet i Norge preget av mange små og fragmenterte miljøer. En fersk evaluering av forskningen innenfor biologi, medisin og helsefag konkluderer med både sterke og svake sider ved de evaluerte miljøene.<sup>5</sup> Særlig innenfor sykepleie og psykologi er det store kvalitetsforskjeller. I sin oppsummering sier panelet blant annet:

I en aldrende befolkning er det et sterkt behov for kunnskapsbasert informasjon for pleie i helse- og omsorgssektoren. Den nåværende norske forskningen på dette området kan, med noen få unntak, ikke forventes å gi slik informasjon. Dette er et ungt og umodent forskningsfelt. En styrking av forskningsinfrastruktur for å oppnå kritisk masse og et sterkere fokus er en vei å gå for å sikre leveranse av kunnskap av høy kvalitet i framtiden.<sup>6</sup>

Det internasjonalt sammensatte evalueringspanelet påpeker at forskningen lider under en stor grad av fragmentering, og anbefaler at innsatsen konsentreres til eksisterende sterke miljøer. Videre uttrykker panelet bekymring for forskningens påvirkning på undervisningskvaliteten. Konklusjonene fra evalueringen er i tråd med tidligere funn om forskning i høyskolesektoren. En rapport fra 2006 viser at forskningsprosjektene innenfor helse- og sosialfagene også da var små og fragmenterte, og at resultatene vanligvis ikke ble formidlet på annen måte enn gjennom ordinær undervisning.<sup>7</sup> Stjernø-utvalget påpekte som en generell svakhet ved forskningen tilknyttet profesjonsutdanningene at empiriske og kvantitative studier av yrkesutøvelsen er lite utbredt.<sup>8</sup>

Størstedelen av FoU-virksomheten knyttet til helse- og sosialfagutdanningene skjer i regi av utdanningsinstitusjonene selv over grunnbevilgningen. Unntaket er medisin, der det meste av forskningen skjer i regi av helseforetakene. Analyser gjort av NIFU viser at den profesjonsrettede forskningen i stor grad er knyttet til lærestedene for de respektive profesjonsutdanningene. Som evalueringen viser fordeler imidlertid aktiviteten seg svært ulikt mellom institusjonene. For å øke kvaliteten i forskningen og bygge mer robuste miljøer vil regjeringen fortsette å stimulere til samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon (SAK). Sterkere fagmiljøer er også mer attraktive som samarbeidspartnere for samfunnet omkring.

### 5.3.3 Innovasjon og entreprenørskap

Et sentralt utviklingsområde for bedre helse- og velferdstjenester er økt satsing på innovasjon og entreprenørskap. Analyser viser at personellbeho-

<sup>5</sup> *Public Health and Health-related Research*. Norges forskningsråd 2011.

<sup>6</sup> Fra Forskningsrådets nettside.

<sup>7</sup> Kyvik, Svein og Ingvild Marheim Larsen (2006): *Tolv år etter høyskolereformen – en statusrapport om FOU i statlige høyskoler*. NIFU STEP Rapport 7/2006.

<sup>8</sup> NOU 2008:3 s. 56.

vet i helse- og velferdssektoren framover vil være større enn tilgangen. Det må derfor finnes nye organisatoriske og teknologiske løsninger. Teknologi kan ikke erstatte menneskelig innsats, men kan bidra til å gjøre den mer effektiv, jf. omtale av Hagen-utvalget i Kapittel 2.1.4.

Entreprenørskap er definert av EU som en av åtte nøkkelkompetanser innenfor utdanningsområdet. Entreprenørskap i utdanningen har vært et satsingsområde i Norge siden 2004, og det er utarbeidet en handlingsplan med tiltak.<sup>9</sup> Gjennom utdanning i entreprenørskap kan elever og studenter få kjennskap til lokalt arbeids- og næringsliv og utfordringer som lokalsamfunnet står overfor. Østlandsforskning har påvist at vekt på entreprenørskap i opplæringen bidrar til en mer praksisrettet læresituasjon. Dette har igjen økt motivasjonen blant elevene i ungdomsskolen og den videregående skolen.<sup>10</sup> Innovasjons- og nyskappingskompetanse skal også være integrert i alle fagområder i høyere utdanning innen 2012.

Sosialt entreprenørskap vil si å søke innovative løsninger på sosiale problemer. Det handler om å utvikle nye samarbeidsformer mellom stat, frivillige og marked uten å rokke ved den grunnleggende ansvarsdelingen mellom offentlige og private aktører. Dette er et utviklingsområde for helse- og velferdstjenestene som bør gjenspeiles i utdanningene.

Arbeids- og velferdsdirektoratet forvalter et tilskudd til sosialt entreprenørskap som skal støtte egenorganiserte grupper og innsats mot fattigdom. Telemarksforskning er nylig gitt i oppdrag av Arbeidsdepartementet å utrede sosialt entreprenørskap som virkemiddel mot fattigdom. Diakonhjemmet høyskole er i samarbeid med frivillige og brukere i ferd med å etablere et «Brobyggerstudium» der sosialt entreprenørskap er blant temaene.

#### Boks 5.5 Hovedpunkter:

- Godt samspill mellom forskning, utdanning og arbeidsliv er avgjørende for kvalitetsutvikling av både utdanningene og yrkesutøvelsen gjennom relevant forsknings- og utviklingsarbeid
- For å øke kvaliteten i forskningen og bygge mer robuste miljøer må arbeidet med å stimulere til samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon gjennom SAK-politikken fortsette
- Innovasjon og entreprenørskap er av stor betydning for velferdssamfunnets videre utvikling og samfunnsøkonomiske bærekraft

## 5.4 Samspill mellom utdanningsnivåene

### 5.4.1 Samspill mellom yrkesgrupper innenfor samme fagfelt

For at helse- og velferdstjenestene skal gi et godt tilbud til brukerne, må de ulike utdanningsgruppene bidra med hver sin kompetanse i et fleksibelt samarbeid. For eksempel arbeider provisorer, reseptarer og apotekteknikere sammen på apotekene med delvis overlappende og delvis komplementære oppgaver. I tannhelsetjenesten arbeides det i økende grad i team, jf. tekstboks. I de ortopediske verkstedene er det ortopediteknikere med fagbrev fra videregående skole som lager proteser og andre hjelpemidler, mens ortopediingeniører driver fagutvikling og gir retning og veiledning til teknikernes arbeid. For at brukerne skal få den hjelpen de trenger, trengs alle typene kompetanse.

Med en utvikling i tjenestene som legger vekt på helhetlige behandlingsforløp og samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivåer, blir denne typen samspill stadig viktigere. Det betyr også at det ikke er ønskelig å låse oppgaver som ikke krever spesiell kompetanse, til bestemte utdanningsgrupper. Ofte vil ingen enkelt profesjon, enten det er leger, sosialarbeidere eller helsefagarbeidere, kunne gi brukerne et fullgodt tilbud alene. Dette reflekteres i at den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester er profesjonsnøytral; tjenestene skal selv kunne organisere arbeidet på den måten de finner mest hensiktsmessig og har ansvaret for at den som utfører

<sup>9</sup> Handlingsplan *Entreprenørskap i utdanningen – fra grunnskole til høyere utdanning 2009-2014* (Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Nærings- og handelsdepartementet).

<sup>10</sup> Eide, Trude Hella og Vegard Johansen (2007): *Jakten på arbeidsgleden i ungdomsbedriften: Resultater fra følgeevaluering av prosjektet* (ØF-rapport nr. 09/2007).

Johansen, Vegard, Asgeir Skållholt og Tuva Schanke (2008): *Entreprenørskapsopplæring og elevenes læringsutbytte* (ØF-rapport nr. 08/2008).

en oppgave, også har den nødvendige kompetansen.

Målet er et helhetlig tilbud med utgangspunkt i brukernes behov. Som eksemplene ovenfor viser, krever dette også samspill mellom personell med utdanning på ulike nivåer. Igjen må dette reflekteres i utdanningene. På samme måte som det er behov for tverrprofesjonell samarbeidslæring på tvers av fagområder, er det viktig med felles praksisarenaer for grupper med utdanning på ulike nivåer for å legge grunnlaget for godt teamarbeid i yrket. Innslag av felles praksis i utdanningen er en god måte for elevene og studentene å bli kjent med andre yrkesgrupper i tjenestene og hvordan de sammen kan gi brukerne et best mulig tilbud.

#### 5.4.2 Oppgaveglidning

En konsekvens av nye arbeidsformer er det som ofte kalles oppgaveglidning, det vil si at en yrkesgruppe tar over oppgaver for en annen. For eksempel har tannpleiere tatt over noen av oppgavene som tannleger utførte tidligere. Nye måter å organisere tjenestene på kan gi gevinster i form av fleksibilitet og bedre utnyttelse av de samlede ressursene. Det har lenge vært slik at ulike utdanningsgrupper på samme nivå kan gå inn i de samme oppgavene og yrkene, for eksempel på det sosialfaglige området, der stillingsannonser i mange tilfeller spør etter utdanning som barnevernspedagog, sosionom og/eller vernepleier, men ikke spesifiserer en av dem. Oppgaveglidning mellom utdanningsnivåene kan gi den samme typen fleksibilitet.

Det er ikke gitt at oppgaver som krever utdanning på et bestemt nivå i dag, vil ha samme krav i framtiden. For eksempel har bl.a. Virke foreslått å etablere et utdanningstilbud innenfor prehospitale tjenester i høyere utdanning fordi ambulansetjenesten blir stadig mer teknisk avansert og kompetansekravene vanskelig kan oppfylles gjennom en utdanning på videregående skoles nivå. Dette er nærmere omtalt i Kapittel 9.7.3. I slike tilfeller er det viktig at de ulike yrkesgruppene ikke er opp tatt av å beskytte det de oppfatter som en tradisjonell enerett på oppgavene, men har brukernes og pasientenes behov for øye. Tilsvarende er det viktig at arbeidsgivernes disposisjoner styres av målet om å gi et best mulig tilbud og ikke muligheten til å få utført en oppgave til en lavere kostnad.

Eksemplene omhandler planlagt oppgaveglidning. Oppgaveglidning kan også oppstå ved at mangel på en bestemt type personell gjør at andre

#### Boks 5.6 Tannhelseteam

Tannhelsetjenesten i Norge består av en offentlig sektor som yter tjenester etter lov om tannhelsetjenesten, og en privat sektor som tilbyr tannhelsetjenester som ikke omfattes av loven. Den offentlige tannhelsetjenesten skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud om tannhelsetjenester til prioriterte grupper: barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede, eldre langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie og andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Både i privat og offentlig sektor er arbeidet i økende grad organisert i tannhelseteam bestående av tannlege, tannhelsesekretær, tannpleier og tanntekniker. Alle har autorisasjon som helsepersonell. Tannhelsesekretærer utdannes i videregående skole, mens de øvrige har høyere utdanning. Utdanningssektoren har en viktig oppgave i å støtte opp om og bidra til å videreutvikle teamarbeidsmodellen i yrkesfeltet. Utdanningene må samarbeide om innhold og struktur, og muligheten til samarbeidslæring i praksisdelen er særlig viktig.

må gå inn og overta. Dette kan bli resultatet av en forventet mangel på helsefagarbeidere i årene framover. Det har vært argumentert for at det bør opprettholdes en høy utdanningskapasitet for enkelte grupper med høyere utdanning, for eksempel vernepleiere, for å kompensere for mangelen på helsefagarbeidere. Regjeringens hovedstrategi for å møte behovet for helsefagarbeidere er imidlertid å øke tilgangen, jf. Kapittel 7.

#### 5.4.3 Fleksible overganger

Med tjenester i stadig utvikling og generelt økende kunnskapskrav i arbeidslivet er det viktig at medarbeiderne har mulighet til å skaffe seg mer kompetanse. For yrker som bygger på fagbrev, vil fagskoleutdanning være en viktig kvalifiseringsarena. Mange arbeidsoppgaver i framtidens helse- og velferdstjenester vil kreve spesialisert kompetanse, men ikke nødvendigvis høyere utdanning. Dette er en aktuell problemstilling blant annet i helse- og omsorgsarbeid, sosialfaglig og barnevernfaglig miljøarbeid og arbeid i tekniske stillinger. Igjen kan ortopediteknikerne tjene som eksempel: Bransjen er helt avhengig av deres

håndverksmessige ferdigheter, og disse må utvikles etter som fagfeltet utvikler seg. Da er det viktig at det legges til rette for gode videreutdannings- og spesialiseringsmuligheter.

Fagskoleutdanning er et fleksibelt utdanningsnivå som raskt kan svare på yrkesfeltets behov for høyere kompetanse på ulike områder. Regjeringen vil styrke og utvikle fagskolenivået som spesialiseringsarena for yrkesutøvere med fagbrev i helse- og sosialfag fra videregående opplæring. Det er viktig at dette også etter hvert reflekteres i arbeidslivet, for eksempel når det gjelder arbeidsoppgaver og ansvar, slik at det å ta fagskoleutdanning framstår som en attraktiv utdanningsvei.

Generelt er det viktig med fleksible veier gjennom utdanningssystemet slik at enkeltpersoner kan utvikle sin kompetanse til beste for samfunnet. Regjeringen ønsker derfor å myke opp skillet mellom henholdsvis det yrkesfaglige løpet med fagbrev og fagskoleutdanning og det mer teoretiske løpet via generell studiekompetanse til høyere utdanning, og skape flere veier på tvers. Kravene til sluttkompetanse på hvert nivå skal ikke reduseres, men kunne oppnås på flere måter. Slik vil utdanningssystemet på en bedre måte enn i dag gjenspeile behovene for fleksibel oppgaveløsning og sammensatt kompetanse i tjenestene.

#### **Boks 5.7 Hovedpunkter:**

- Yrkesgrupper med utdanning på ulike nivåer innenfor samme fagfelt kompletterer hverandre og bør ha kontakt med hverandre i praksisdelen av utdanningene
- Det er ønskelig med flere og mer fleksible veier gjennom utdanningssystemet

## **5.5 Samspill over profesjongrensene**

### **5.5.1 Profesjonsidentitet og utdanningsmodeller**

Utviklingen av profesjonsutdanningene gjenspeiler framveksten av velferdsstaten og resulterende kompetansebehov. I Norge følger utdanning av helse- og velferdspersonell en profesjonsinndelt struktur både i videregående opplæring og høyere utdanning, der hver utdanning er lagt opp som et mer eller mindre lukket løp med vekt på fag- og profesjonsspesifikk kunnskap og kompetanse. De nasjonale rammeplanene for de 3-årige helse- og sosialfagutdanningene i høyere utdanning reflek-

terer dette; det samme gjør veiledningen i praksisfeltet, som fortrinnsvis ivaretas av en fra samme profesjon.

Samtidig viser internasjonal forskning om bruk av ulike læringsformer i grunnutdanningene at profesjonsidentitet utvikles og utfordres positivt i møtet med andre studentgrupper. Læringen bør foregå både profesjonsvis og sammen med andre, avhengig av læringsmålene. Tverrprofesjonell læring gir spesielt gode resultater når den foregår i yrkesfeltet.<sup>11</sup>

Fra 1990-tallet har rammeplanene for de korte profesjonsutdanningene stilt krav om en felles innholdsdel. Hensikten har vært å stimulere til mer samordnet undervisning i felles fagstoff og trening i tverrfaglig samarbeid i utdanningsløpet. Dette har i liten grad blitt omsatt i praksis ved utdanningsinstitusjonene. En rapport utgitt av CAB-prosjektet i 2009 viser at av de over 60 helse- og sosialfaglige studieprogrammene på bachelornivå med rammeplan og krav til felles innholdsdel, har 2/3 ingen fellesundervisning eller tematisering av behovet for kjennskap til andre yrkesgrupper i sektoren.<sup>12</sup> Av de øvrige har 40 % en eller annen form for fellesundervisning, men ikke lagt opp slik at den understøtter tverrprofesjonelt samarbeid. Bare 20 % av utdanningene har interaktiv fellesundervisning på tvers av to eller flere profesjonsutdanninger.<sup>13</sup>

I universitetssektoren er det også utviklet opplegg for organisert fellesundervisning særlig i basisfag. Et godt eksempel er Universitetet i Oslo, der de første 3 ½ semestrene er felles for odontologi-, medisins- og ernæringsstudiet. Her legges det mest vekt på teoretiske fag som biologi (anatomi, fysiologi og biokjemi), samfunns- og metodefag og laboratoriefag, men uten at samarbeidskompetanse nødvendigvis er tematisert eller styrende for opplegget. Universitetet i Tromsø, som har både de korte og de lange helsefagutdanningene under samme tak, har innført en fellesmodul for alle utdanningene med vekt på opplæring i samarbeid gjennom praktisk samhandling. En nylig publisert artikkel om norske dekaner og studiedirektørers holdninger til tverrprofesjonell

<sup>11</sup> Carpenter, J. og H. Dickinson (2008): *Interprofessional education and training*.

<sup>12</sup> CAB (Collaboration Across professional Boundaries) er et nettverksprosjekt mellom institusjoner som tilbyr utdanning innenfor helse- og sosialfag, med nordiske og internasjonale kontakter. Prosjektet støttes av Kunnskapsdepartementet.

<sup>13</sup> Bjørke, G. (red.) (2009): *Samarbeid på tvers av profesjongrenser: Kvalifisering for tverrprofesjonelt samarbeid i helse- og sosialsektoren*. (HiO-rapport 2009 nr. 1). Oslo: Høgskolen i Oslo.



### **Boks 5.8 Tverrfaglig utdanningsprogram for barn og unges psykiske helse**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør (RBUP) tilbyr et videreutdanningsprogram rettet mot leger, psykologer, pedagoger, sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere og sykepleiere. Programmet er et eksempel på felles læring for ulike profesjoner og på samarbeid mellom ulike yrkesgrupper der arbeidslivet tar ansvar for utdanning og veiledning. For å kunne søke må deltakerne arbeide med psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten eller med psykisk helsearbeid i kommunene. Programmet samler profesjonene i en helhetlig utdanning som kombinerer forelesninger, profesjonsfaglig og tverrfaglig gruppearbeid med utgangspunkt i kasus fra deltakernes egen arbeidserfaring, samt praksis. Det stilles spesifikke krav til veiledning av det praktiske arbeidet, og veilederne gis oppfølging i årlige samlinger med faglig program. Kandidatens arbeidsgivere skal godkjenne deltakelse i programmet og valg av metodefordypning, samt bekrefte at kandidaten mottar veiledning og utfører arbeidsoppgaver i samsvar med utdanningens krav. Det legges gjennomgående vekt på etisk praksis og tilegnelse av klinisk skjønn og ekspertise. Deler av utdanningen gir studiepoeng ved at studieplanen utarbeides i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus, som så arrangerer eksamen for studentene.

læring viser at de ikke ser på denne typen læring som vesentlig for studentenes utvikling av egen profesjonsidentitet eller mestring av eget fag, men som noe som eventuelt kan komme i tillegg hvis det er tid eller plass til det.<sup>14</sup> Profesjonskunnskapen må fortsatt være bærebjelken i studiene, men signalene fra tjenestene om manglende helhetsforståelse, velferdsfaglig felleskunnskap og samarbeidskompetanse tilsier at det er viktig å endre holdningene som kommer fram i artikkelen. Tverrprofesjonell læring kan bidra både til å styrke profesjonsidentiteten og dermed gjøre kandidatene tryggere i rollen, og til å forberede dem

på virkelige arbeidssituasjoner med bredt samarbeid mellom tjenester og profesjoner.

### **5.5.2 Profesjonsutøver og velferdsarbeider**

Figur 5.1 illustrerer hvor bredt velferdstjenestene må være i stand til å møte brukernes behov for bistand til mestring av eget liv og egen helse. Arbeidet med å få til mer helhetlige og koordinerte tjenester krever at utdanningene understøtter en slik utvikling.

Mange innspill til meldingsarbeidet etterlyser en styrking av den generelle kunnskapen om velferdssystemet hos de nyutdannede. De må ha en felles referanseramme som gjør at de kan nok om de ulike områdene og tjenestene til å vite hva de selv kan bidra med i møtet med brukere med sammensatte behov. Oppøving av denne breddekompetansen må få større plass i utdanningene. Oppsummert understreker alle sektorer og tjenester betydningen av å utdanne og forske på måter som styrker studentenes evne til å forstå, ta del i og utvikle det tverrprofesjonelle og sektorovergripende samarbeidet de skal ut i.

Grunnstammen i profesjonsutdanningene er utvikling av profesjonsfaglig kunnskap og kompetanse. Yrkesutøvere som er faglig trygge på hva de har å bidra med i det tverrfaglige fellesskapet i tjenestene, er en forutsetning for gode tjenester. Samtidig etterspør tjenestene medarbeidere med en helhetlig forståelse av utfordringer og oppgaver i velferdssystemet og sin egen rolle i å løse dem, og som er i stand til å samarbeide om løsninger. I tillegg til identiteten som profesjonsutøver må de forstå sin egen rolle som del av et større system og utvikle en yrkesidentitet i tråd med det. Sagt på en annen måte må grunnutdanningene på det helse- og sosialfaglige området stimulere til utvikling av en dobbel identitet:

- som *profesjonsutøver* med kompetanse til å løse bestemte oppgaver, og
- som *velferdsarbeider* med forståelse for helheten i velferdssystemet og evne til å bruke sin kompetanse i samspill med andre yrkesgrupper for å møte brukernes behov

Identitet er noe som kontinuerlig skapes og vedlikeholdes i samhandling med andre. Elever og studenter bør derfor trene på samarbeid over fag- og sektorgrensene allerede i utdanningene. Det vil gi dem anledning til å utvikle den doble identiteten som de må ha for å kunne bidra til et helhetlig tjenestetilbud og til utvikling av morgendagens velferdstjenester.

<sup>14</sup> Clark, P.G. (2010): «Examining the interface between inter-professional practice and education: Lessons learned from Norway for promoting teamwork». *Journal of Interprofessional Care*, 25, 26-32.

## 5.6 Sammenhenger

### 5.6.1 Et helhetlig perspektiv på folkehelse og velferd

Målet for velferdspolitikken er at alle skal ha like muligheter, rettigheter og plikter til å delta i samfunnet og bruke sine ressurser, uavhengig av økonomisk og sosial bakgrunn.<sup>15</sup>

Velferdspolitikken skal sikre kollektiv beskyttelse mot alle former for sosial risiko i ulike livssituasjoner og livsfaser. Slik skal den sikre frihet fra sult og økonomisk avhengighet av andre, og frihet til å leve ut egne muligheter.<sup>16</sup>

Folkehelsepolitikken har det samme overordnede perspektivet og retter oppmerksomheten mot grunnleggende rammebetingelser som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som frafall fra utdanning, svak tilknytning til arbeidslivet og dårlig bomiljø, til påvirkningsfaktorer som levevaner og bruk av helsetjenester. Den nye loven om folkehelsearbeid som trådte i kraft 1. januar 2012, gir kommuner og fylkeskommuner et større og mer helhetlig ansvar for det lokale folkehelsearbeidet og pålegger dem å ha oversikt over faktorer som påvirker helsetilstanden i befolkningen. Intensjonen er blant annet å bringe folkehelse inn som en integrert del av det lokaldemokratiske arbeidet.<sup>17</sup>

Basert på de lokale folkehelseutfordringene skal kommunene fastsette mål og strategier samt iverksette nødvendige tiltak. Det krever kompetanse og kapasitet på overordnet nivå og folkehelsekompetanse i de ulike virksomhetene og tjenestene. Det er derfor viktig at studentene i relevante utdanninger blir kjent med sentrale perspektiver og elementer i folkehelseloven.

I 2006 ga Helsedirektoratet for første gang ut en samlet oversikt over utviklingstrekkene i helse- og velferdssektoren. Det ble da tydelig at mer må gjøres for å redusere forskjellene i helse og levekår, og at det må utvikles nye måter å arbeide på for å få bedre resultater. Siden har det kommet mange oversiktsrapporter om status og utfordringer på særlige områder. En tydelig fellesnevner er behovet for en bedre forståelse av sammenhenger som

påvirker helse og levevilkår, og mer helhetlig og koordinert innsats på tvers av sektorer, tjenester og fagmiljøer. Det krever tverrprofesjonelt samarbeid. Utfordringene enkeltpersoner og grupper kan oppleve når det gjelder mestring av eget liv og helse, er ofte av en slik art at flere tjenester og faggrupper må inn i arbeidet med å sikre en god utvikling for den enkelte, og for folkehelse og velferd generelt.

Hver av sirklene i Figur 5.1 representerer sider ved livet for den enkelte som har stor betydning for i hvilken grad livskvaliteten er god og hverdagen fungerer, samtidig som de også representerer helsefremmende faktorer som samfunnet som helhet kan gjøre noe med. Hvis det oppstår problemer på ett eller flere av områdene, inntrer behov for bistand fra helse- og velferdstjenestene, i større eller mindre omfang og for kortere eller lengre tid. Det understrekes at figuren er en illustrasjon og ikke er ment å gi et fullstendig bilde.

Mange brukere har sammensatte behov. Arbeidet med å hjelpe den enkelte til å gjenvinne eller opprettholde en størst mulig grad av mestring av eget liv krever derfor ofte tilgang på flere typer kompetanse fra ulike deler av helse- og velferdstjenestene. Behovet for mer koordinerte tjenester, samarbeid og samhandling om effektivt forebyggende arbeid og tidlig innsats for brukergrupper med sammensatte behov er kanskje den største utfordringen for organiseringen av arbeidet i tjenestene. Alle helse- og velferdsarbeidere må da ha kjennskap til sentrale faktorer for folkehelse og velferd som eksemplifisert i figuren.

Disse faktorene karakteriseres av at:

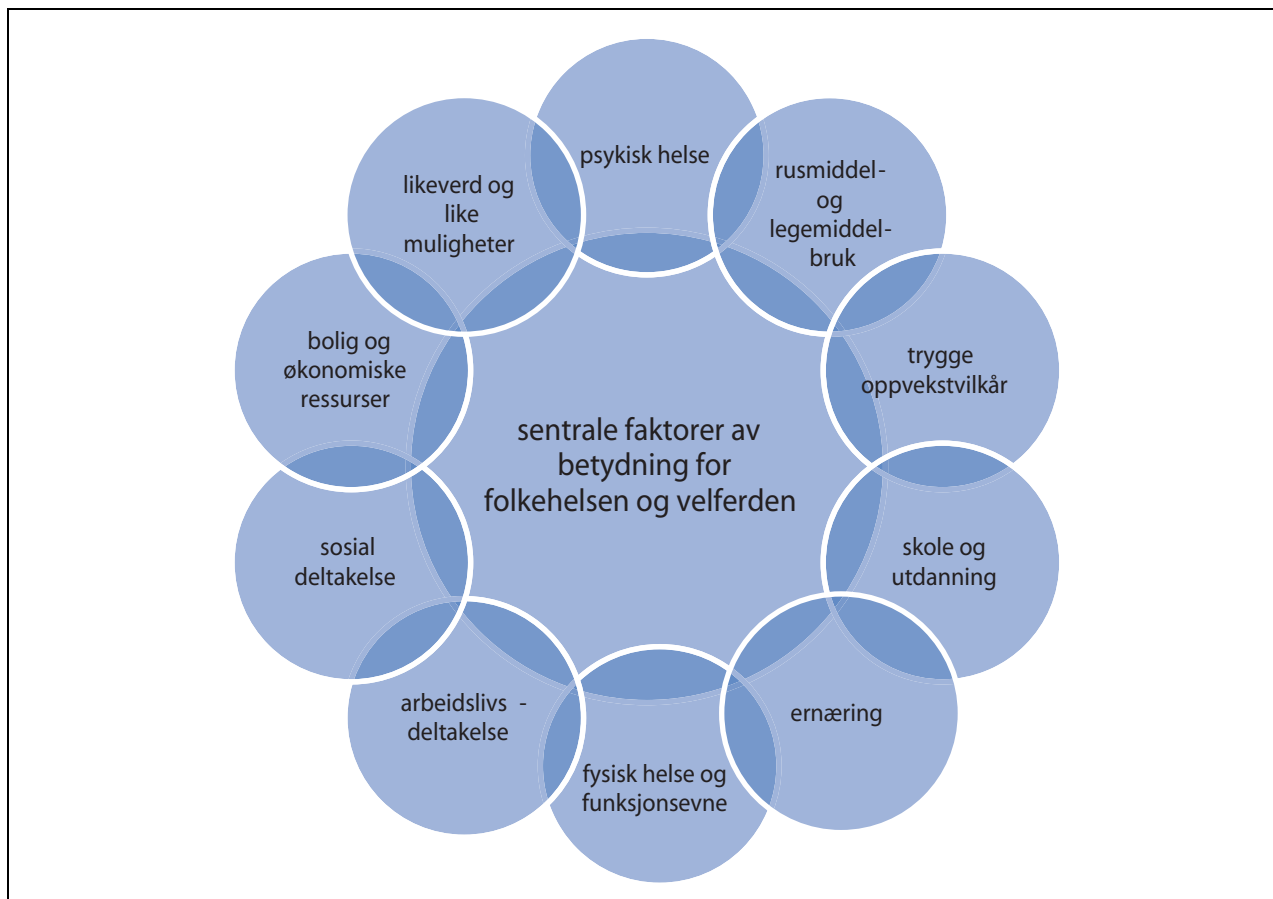
- de er uavhengige av hvordan tjenestene til enhver tid er organisert, fordi de er uttrykk for ulike typer risiko for svekket helse og livskvalitet
- enkeltpersoner og grupper som trenger bistand fra velferdstjenestene, svært ofte påvirkes av flere av faktorene og derfor vil trenge koordinert bistand på flere områder for å mestre egen helse og eget liv

Av dette følger at grunnutdanningene til velferdsstatens yrker ikke bør være «etatsutdanninger», men kvalifisere for arbeid i ulike deler av velferdstjenestene. For eksempel vil barn og unge kunne ha problemer som ikke primært er barnevernets anliggende. Forebyggende arbeid og tidlig innsats i et samarbeid mellom skole-, helse- og sosialsektoren kan være avgjørende for om, eller i hvilken grad, barnevernet må ta et særlig ansvar. Et annet eksempel er personer med utviklingshemning, som ikke kan betraktes som en ensartet gruppe

<sup>15</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik.html?id=942>

<sup>16</sup> Hansen I. og Grønningsæter, A. (2010): *Nye velferdssignaler*. Fafo-rapport 2010:40.

<sup>17</sup> Se nærmere om folkehelseloven i Vedlegg 1. Andre sentrale dokumenter er St. meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* og St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*.



Figur 5.1 Noen sentrale faktorer av betydning for befolkningens helse og velferd

med ensartete utfordringer, selv om vernepleierutdanningen gir et godt profesjonelt utgangspunkt for å yte tjenester til utviklingshemmede. Bistand til personer i denne målgruppen må være like individuelt tilpasset som for alle andre, og god bistand vil ofte kreve tverrprofesjonell og sektorovergripende innsats. De skal ha tilgang til like gode og koordinerte helse- og velferdstjenester som alle andre borgere. Et tredje eksempel kan være asylsøkere og innvandrere eller andre som opplever diskriminering i møte med arbeidslivet, boligmarkedet eller helse- og velferdstjenestene. Gruppebasert stigmatisering og mangelfull bistand som følge av det, er en samfunnsutfordring som det er viktig å ta tak i.

Det å identifisere sentrale faktorer av betydning for folkehelse og velferd gir et godt utgangspunkt for å vurdere hvordan utdanningssektoren best kan bidra til at de overordnede politiske målene på området blir nådd. Det er en nær sammenheng mellom folkehelsefaktorene og velferdstjenestenes kompetansebehov, og dette må få konsekvenser for innholdet i og organiseringen av utdanningene.

### 5.6.2 Eksempler

#### *Psykisk helse og rus*

Psykiske lidelser er et betydelig folkehelseproblem. Psykiske problemer kan føre til redusert funksjonsevne i hjem, skole og arbeid og dermed lavere livskvalitet. Symptomer på psykiske lidelser og begynnende rusproblemer kan vise seg i ung alder. Derfor må det forebyggende arbeidet skje i mange sammenhenger. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er blant dem med dårligst levekår.

Mennesker som står i fare for eller har utviklet rusmiddelavhengighet, har ofte behov for sammensatte tjenester over tid. Mange har psykiske eller somatiske lidelser i tillegg til rusmiddelproblemene. Dette gjør det nødvendig å tilby et sammenhengende tjenestetilbud som kan omfatte forebyggings tiltak, arbeidsrettede tiltak, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal ha en individuell plan, og kommunen skal tilby dem en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging og sikre samordning av tjenestetilbudet. Opplæring i bruk av

individuell plan er derfor viktig for å sikre at flest mulig brukere får en slik plan.

Behandling av rusproblemer og psykisk helsearbeid involverer mange yrkesgrupper, og tilstrekkelig kompetanse på disse områdene er en sentral utfordring både for utdanningssektoren og velferdstjenestene, og for samspillet mellom dem. Begge områdene har fått økende oppmerksomhet i løpet av de siste 15 årene. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 representerte en kraftig satsning både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Som resultat fikk mer enn dobbelt så mange behandling i 2009 som ti år tidligere. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) har bidratt til en styrking og gitt økte bevilgninger på 1,02 milliarder 2011-kroner i planperioden. I tillegg har en styrking av økonomien i kommunene og helseforetakene lagt grunnlaget for en ytterligere utbygging av tjenestetilbudet. Planen omfatter 147 konkrete tiltak.

Et av hovedmålene i planen er å bedre kvaliteten og heve kompetansen i tjenestene. Under dette hovedmålet er det fem delmål med 34 ulike tiltak. Gjennom opptrappingsplanen er det gitt støtte til etter- og videreutdanning i rusmiddelarbeid til ufaglærte, profesjonene i helse- og omsorgssektoren, samt ansatte i kriminalomsorgen og politiet. På fagskolenivå tilbys videreutdanning i psykisk helsearbeid og rusomsorg for personer med fagbrev som helsefagarbeider, omsorgsarbeider eller hjelpepleier.

#### *Habilitering og rehabilitering*

Habilitering og rehabilitering er definert som «tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».<sup>18</sup> Begrepene dekker både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og attføring, og handler både om å bedre brukerens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene, bl.a. gjennom tilrettelegging og tekniske tiltak, og om praktisk/økonomisk hjelp. Habilitering og rehabilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system, og om samarbeidet mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand. For

#### **Boks 5.9**

«Helse- og sosialsjef Lars Bjerke i Drammen kommune uttaler i et intervju at 'rehabilitering og samhandling er to sider av samme sak – uten samhandling er det vanskelig å få til god rehabilitering. Samhandling er ideologien, og rehabilitering er den praktiske arbeidsformen'» (sitat fra St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*)

mange mennesker med nedsatt funksjonsevne kan arbeidet strekke seg gjennom hele livet. Det omfatter også behovet for å se på hvordan ulike tiltak enten forsterker eller reduserer effekten av hverandre. Viktige eksempler her er sammenhengen mellom ernæring og kosthold, bruk av legemidler og rusmidler og fysisk og psykisk yte- og mestringsevne.

Habiliterings- og rehabiliteringsarbeid med personer med medfødte eller ervervede funksjonshemninger, enten det handler om fysisk eller psykisk helse eller begge deler, er altså et område som forutsetter bred og koordinert innsats på tvers av profesjoner, tjenester og sektorer. Men dette har vist seg vanskelig å realisere. I 2006 sa en samlet helse- og omsorgskomite at «habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsningsområdet i helsetjenesten». Ti år etter rehabiliteringsmeldingen tok *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011* som utgangspunkt at den største utfordringen fortsatt er manglende koordinering og samhandling mellom ulike tjenestemråder og faggrupper.

Særlig viktig er det å få til en overordnet samhandling rundt den enkelte bruker mellom helse- og omsorgstjenestene, arbeids- og velferdstjenestene og oppvekst- og utdanningssektoren. Her står bruk av individuell plan og koordinering i kommunene sentralt. Dette er derfor systemer og prosesser som må inngå i utdanningene i både helse- og sosialfag og pedagogikk. Samordning med politikk og praksis på hjelpemiddelområdet er også av vesentlig betydning for helheten i velferdspolitikken.<sup>19</sup> I tillegg til styrking av utdanningen av tolker til tjenester for minoritetsspråklige og personer med sansetap, er det behov for at alt personell i helse- og velferdstjenestene og i barne-

<sup>18</sup> St. meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring: Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*.

<sup>19</sup> NOU 2010:5 *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering*.



hage og skole har kunnskap om når og hvordan tolk bør brukes.<sup>20</sup>

Det er også behov for tettere samarbeid og erfaringsutveksling mellom habiliterings- og rehabiliteringstjenestene. De førstnevnte er dominert av helsepersonell og de sistnevnte av pedagogisk og spesialpedagogisk personell. Et eksempel er bistand til personer med sansetap (syn, hørsel og språk), der det er uttrykt ønsker fra tjenestene om større grad av samordning på utdanningssiden. Nå utdannes pedagoger og spesialpedagoger med spesialkunnskap om enten synstap, hørselstap eller problemer med språk/tale gjennom toårige mastergradstilbud i spesialpedagogikk, logopedi, synspedagogikk eller audiopedagogikk. På helsefaglig side planlegges en mastergrad i audiologi basert på treårig audiografutdanning. Brukergruppen er den samme, og hovedpoenget fra tjenestenes side er at «sansetap kan medføre særskilte behov for å se på de mange sammenhengene mellom syn, hørsel og språk».<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Innspill fra Helsedirektoratet.

<sup>21</sup> Innspill fra Helsedirektoratet.

**Boks 5.10 Hovedpunkter:**

- Alle yrkesgruppene i helse- og velferdstjenestene må ha grunnleggende kunnskap om sentrale faktorer av betydning for folkehelse og velferd
- Utdanningene må bidra til at kandidatene utvikler en selvforståelse som medarbeidere i et større velferdssystem i tillegg til identiteten som profesjonsutøver
- Det er viktig at elever og studenter blir kjent med andre yrkesgrupper i tjenestene og deres roller og oppgaver allerede under utdanningen



*Del III*  
*Konsekvenser*



## 6 Om Del III

Behovet for økt samspill mellom aktører, utdanningsnivåer, fagområder og profesjoner stiller både utdanningssystemet og helse- og velferdstjenestene overfor store utfordringer, men gir også mange muligheter. Målet er å utdanne kandidater som har kompetanse til å gi morgendagens pasienter og brukere trygge, helhetlige og kvalitativt gode tjenester, og som ser sammenhengene mellom påvirkningsfaktorer og helse og velferd. Dette krever godt samarbeid og god bruk av ressurser på tvers av utdanningssystemet og tjenestene. Størstedelen av arbeidet med å tilpasse utdanningene slik at de svarer på framtidens kompetansebehov, må gjøres av utdanningsinstitusjonene, men de er avhengige av medvirkning fra helse- og velferdstjenestene for å lykkes med oppgaven.

Samer som urfolk har rettigheter regulert i norsk lov og internasjonale konvensjoner. For å legge til rette for at samiske brukere kan få det tilbudet de har krav på, må kandidatene ha kunnskap om samisk språk og kultur og samiske samfunnsforhold. Dette gjelder grunnutdanningene i både videregående opplæring og høyere utdanning.

Denne delen av meldingen omhandler endringsbehov og forslag til tiltak for hvert utdanningsnivå og når det gjelder forskning. På flere områder foreslås det videre prosesser som går mer detaljert inn i ulike forhold ved utdanningene. På denne måten vil meldingen danne grunnlaget for et langsiktig utviklingsarbeid på alle nivåer i utdanningssystemet og i samspill med en rekke sentrale aktører innenfor helse- og velferdsområdet i vid forstand.

## 7 Videregående opplæring

### 7.1 Aktuelle utdanninger

Innenfor utdanningsprogram for helse- og sosialfag er det ni utdanninger som kvalifiserer for arbeid i helse- og velferdstjenestene. De klart største målt i antall elever er helsearbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget. Helsearbeiderfaget har en sentral rolle i å dekke behovet for kvalifisert arbeidskraft både i institusjoner og i den hjemmebaserte omsorgen, men det er for tiden et stort misforhold mellom antallet som blir utdannet og behovet for arbeidskraft. Barne- og ungdomsarbeiderfaget er av stor betydning for kompetansenivået i det statlige barnevernet, der det i dag er om lag 30 % ufaglærte, og også i barnehagene, der nesten halvparten av de tilsatte mangler barne- eller barnehagefaglig kompetanse og bare 13 % har fagbrev som barne- og ungdomsarbeider.<sup>1</sup>

I tillegg kommer sju mindre fag (regnet etter antall elever og behovet for utdannet personell).

<sup>1</sup> Kilde: SSB/KOSTRA.

Det er lærefagene ambulansefag og ortopediteknikk, i tillegg til fotterapi, apotekteknikk, helsesekretær, tannhelsesekretær og hudpleier, som gir yrkesutdanning i skole. Innenfor utdanningsprogram for design og håndverk finnes aktivtørfaget, som også er et aktuelt fag for velferdstjenestene. Det samme gjelder institusjonskokkfaget innenfor utdanningsprogram for restaurant- og matfag, som er viktig i ernæringssammenheng.

Tabell 7.1 viser antall ferdig utdannete i de ni fagene under utdanningsprogram for helse- og sosialfag i form av avlagte fagprøver og avsluttende eksamener i skoleåret 2008-2009. Tallene omfatter lærlinger, elever og praksiskandidater.

Styring, organisering og kvalitetssikring av den videregående opplæringen beskrives i Vedlegg 4. Hovedmodellen for organisering av opplæringen i yrkesfag er to år som elev i skole og to år som lærling i bedrift, med sluttvurdering i form av en praktisk fagprøve. Innenfor utdanningsprogram for helse- og sosialfag gis imidlertid hele utdanningen i skole i fem av ni fag. Partene i arbeidslivet har en sentral rolle i utviklingen av de

Tabell 7.1 Kandidater fra utdanningsprogram for helse- og sosialfag 2008-2009

	Avlagte prøver	Ikke bestått	Bestått
<i>Lærefag</i>			
Helsearbeiderfaget	507	118	389
Ambulansefaget	405	69	336
Ortopediteknikkfaget	6	2	4
Barne- og ungdomsarbeiderfaget	1898	387	1511
<i>Skolefag</i>			
Apotekteknikk	288	75	213
Fotterapi	108	19	89
Helsesekretær	567	154	413
Tannhelsesekretær	207	56	151
Hudpleier	264	52	212

Kilde: Utdanningsdirektoratet

nasjonale rammebetingelsene for fag- og yrkesopplæringen gjennom Samarbeidsrådet for yrkesopplæringen (SRY) med tilhørende faglige råd.

## 7.2 Nærmere om helsefagarbeidere

Framskrivninger ved hjelp av HELSEMOD viser at det vil bli stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover.<sup>2</sup> Med 69 000 årsverk er helsefagarbeiderne (inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utdannet etter tidligere modell) den største utdanningsgruppen i helse- og velferdstjenestene. Det er allerede mangel på personell, noe som blant annet skyldes stor aldersrelatert avgang. Framskrivningene viser en underdekning på mellom 10 000 og 18 000 helsefagarbeidere i 2020 og mellom 35 000 og 52 000 i 2030, avhengig av hvilke forutsetninger som legges til grunn.

Ubalansen i arbeidsmarkedet for helsefagarbeidere vil kunne bli så stor at den vil prege bemanningen i hele helse- og omsorgssektoren. I dag utfører ufaglærte om lag en tredel av årsverkene i de kommunale omsorgstjenestene. Det økte behovet for personell med relevant fagutdanning gjennom hele framskrivningsperioden, og særlig etter 2020, kan medføre at tjenestene må tilsette et betydelig antall ufaglærte for å dekke opp for mangelen. I tillegg kan også etterspørselen etter personell med høyere utdanning, særlig sykepleiere og vernepleiere, øke.

Misforholdet mellom antall helsefagarbeidere som utdannes og arbeidslivets framtidige behov har flere årsaker:

- Frafall, særlig mellom Vg2 og Vg3/opplæring i bedrift.

Vi vet for lite om årsakene til frafallet, men det er grunn til å tro at viktige forklaringer er *stryk, mangel på motivasjon og mangel på læreplasser*.

- Overgang til Vg3 påbygging til generell studiekompetanse.

Elever som har avsluttet Vg2 i et yrkesfaglig utdanningsprogram, kan velge å ta Vg3 påbygging til generell studiekompetanse. 33 % av elevene som var registrert på Vg2 helse- og sosialfag i oktober 2009, hadde i 2010 påbygging som førsteønske.<sup>3</sup> Andelen som søker seg til påbygging fra helse- og sosialfag, er høyest på de mest populære programområdene,

barne- og ungdomsarbeider (42 %) og helsefagarbeider (32 %).<sup>4</sup> Det er altså svært mange elever som går to år på helse- og sosialfag og så velger å gå over til påbygging i stedet for å søke læreplass.

- Nedgang i antall voksne som begynner på utdanningen.

Voksne er den viktigste rekrutteringskilden til helsearbeiderfaget. Dette er bl.a. dokumentert gjennom NIFU STEP-rapporten *Helsefagarbeiderutdanning for voksne*.<sup>5</sup>

### 7.2.1 Utdanning av ungdom

Det er generelt høye tall både for frafall og overgang til studieforberedende påbygning i de yrkesfaglige utdanningsprogrammene i videregående opplæring, men overgangen fra yrkesutdanning til studiekompetanse er spesielt stor innenfor helse- og sosialfag. For eksempel søker 42 % av dem som begynner på barne- og ungdomsarbeiderfaget seg over til generell påbygning etter Vg2,<sup>6</sup> og bare 10 % av dem ender med å jobbe i barnehage.<sup>7</sup>

Kunnskapsdepartementet har gjennom prosjektet «Ny GIV» iverksatt tiltak for å redusere frafallet. Blant annet får elever med svake resultater på 10. trinn i ungdomsskolen intensivopplæring i lesing, skriving og regning slik at de er bedre rustet til å gjennomføre videregående opplæring. Lærere både i ungdomsskolen og i videregående opplæring får kompetanse i hvordan opplæringen kan gjøres relevant og praktisk for elevene. Så langt har både elever og lærere gitt gode tilbakemeldinger. I 2013 skal om lag 6000 elever omfattes av prosjektet. Videre arbeides det med å styrke samarbeidet mellom utdanningsetaten og arbeidsmarkedsetaten for å fange opp ungdom som har falt utenfor skole og arbeid. Yrkesretting av opplæring i fellesfagene skal bidra til at opplæringen oppfattes som mer relevant.

Innenfor helse- og sosialfagene er kampanjen «Bli helsefagarbeider!» et viktig tiltak. Den er et samarbeid mellom KS, Spekter og Virke og finansieres i hovedsak av Helsedirektoratet. Kampanjen er nå inne i sitt fjerde år.<sup>8</sup> Arbeidsforhold og arbeidsmiljø ved virksomhetene som skal ta imot helsefagarbeiderne, har også stor betydning.

<sup>2</sup> HELSEMOD er en beregningsmodell for arbeidsmarkedet for helse- og velferdspersonell som er utarbeidet av SSB på oppdrag fra Helsedirektoratet, jf. Vedlegg 2.

<sup>3</sup> Utdanningsdirektoratet 2010: *Utdanningspeilet 2009. Tall og analyse av grunnopplæringen i Norge*.

<sup>4</sup> Utdanningsdirektoratet 2010: Analyse av søkertall 2010.

<sup>5</sup> Høst, H. (2010): *Helsefagarbeiderutdanning for voksne*. NIFU STEP rapport 25/2010.

<sup>6</sup> Kilde: Utdanningsdirektoratet.

<sup>7</sup> Basert på tall fra Utdanningsdirektoratet/SSB.

<sup>8</sup> <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/rekrutterer-til-omsorg.aspx>

Kjønnsfordelingen blant søkerne til utdanningsprogram for helse- og sosialfag er svært skjev. I 2010-2011 var kvinneandelen på 88 %, med noe variasjon mellom de ulike programområdene. Det er derfor viktig med tiltak som kan bidra til å rekruttere flere menn.

Utdanningsprogrammets omdømme og status har stor betydning for rekrutteringen av ungdom og gjennomføringsgraden hos elevene og lærlingene. Tydelige karriereveier og mulighet til å oppnå studiekompetanse kan bidra til statusheving.

Et tiltak som vil styrke karrieremulighetene for dem som har yrkesutdanning i helse- og sosialfag på videregående nivå, er tilbud om Y-vei. Y-veien innebærer adgang til opptak til tilrettelagte studier i høyere utdanning for fagutdannete som ikke har studiekompetanse. Foreløpig er slike tilbud kommet lengst innenfor ingeniørutdanningen, med opptak av kandidater med bestått videregående opplæring innenfor byggfag, mekaniske fag, kjemifag og elektrofag. Jf. Kapittel 7.4.

Noen fylkeskommuner har et tilbud som kalles TAF (tekniske og allmenne fag). Dette er ikke regulert i lov, forskrift eller rundskriv om tilbudsstrukturen i videregående opplæring. TAF er en utdanning som gir både fagutdanning og studiekompetanse. Den har sin opprinnelse innenfor tekniske fag og byggfag, som også dominerer i dag. Enkelte steder tilbys også TAF innenfor helse- og sosialfag. Tilbudet henvender seg til elever som er spesielt motiverte, og det krever ekstra innsats. En slik ordning i utdanningsprogram for helse- og sosialfag kan bidra til å høyne utdanningsprogrammets status generelt, og dermed være ett av flere bidrag til økt søkning også til de ordinære utdanningsløpene. Kunnskapsdepartementet arbeider med å lage rammer for ordningen.

Det må arbeides med å sikre nok attraktive lære plasser. Departementet er i dialog med hovedorganisasjonene om en samfunnskontrakt for å sikre god tilgang på plasser. KS er en viktig part som vil ha betydning for lære plasser i helse- og sosialfag. I faget prosjekt til fordypning er det vanlig at elevene arbeider med oppgavene ved en virksomhet. Dette faget må utvikles slik at utbyttet til elevene blir større, og fordi prosjekt til fordypning på Vg2 ofte er en arena for å knytte kontakt mellom elever og virksomheter med tanke på ansettelse som lærling det påfølgende året.

ner som har fullført grunnskolen eller tilsvarende, men ikke fullført videregående opplæring. Fylkeskommunen er etter søknad ansvarlig for å gi opplæringen, som skal være tilpasset den enkeltes behov og knyttes til søkerens ønskede sluttkompetanse.

Et viktig prinsipp innenfor voksenopplæringen er at ingen skal måtte ta mer opplæring enn de har behov for, og at den opplæringen som gis skal være tilpasset den voksnes arbeids- og livssituasjon. Derfor er dokumentasjon og verdsetting av realkompetanse en av hovedpilarene i voksenopplæringen og en lovfestet rett for voksne.

I St.meld. nr. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja* ble det også foreslått å styrke voksnes rettigheter gjennom å gi dem som har fullført, men ikke bestått, rett til videregående opplæring. Forslaget er til vurdering.

Voksne er den største og mest stabile rekrutteringskilden til helsefag på videregående opplæringsnivå og utgjør om lag 80 % av rekrutteringen. Ofte begynner de som ufaglærte i omsorgssektoren for deretter å kvalifisere seg til helsefagarbeider gjennom voksenopplæring. Helsearbeiderfaget ble innført med Kunnskapsløftet høsten 2006 etter ønske spesielt fra partene i arbeidslivet, og erstattet hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen. Tall fra SSB viser at om lag halvparten av alle voksne som fullførte videregående opplæring i perioden 2000-2007, gjorde det innenfor helse- og sosialfag.<sup>9</sup>

Helse- og omsorgssektoren er en sektor med mange deltidsansatte, vikarer og personer med løs tilknytning til arbeidslivet. I enkelte kommuner vil dette også gjelde personer med minoritetsbakgrunn. Samtidig stiller flere kommuner krav om fagbrev for å få fast ansettelse i sektoren. En satsing på å føre flere ufaglærte fram til fagbrev vil derfor kunne gi dem en sterkere tilknytning til arbeidslivet, en mer forutsigbar arbeidssituasjon og høyere inntekt. Flere faglærte vil også bidra til å heve kvaliteten i tjenestene.

Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet inviterte høsten 2011 fylkeskommunene til å delta i forsøk med videregående opplæring på arbeidsplassen for ufaglærte i omsorgssektoren og barnehagesektoren. Fylkeskommunene skal i samarbeid med virksomhetene utvikle og prøve ut opplæringsmodeller for ufaglærte innenfor helsearbeider- og barne- og ungdomsarbeiderfagene der opplæringen foregår i til-

### 7.2.2 Kvalifisering av voksne

I 2000 fikk voksne rett til videregående opplæring. Retten gjelder fra det året de fyller 25 år for perso-

<sup>9</sup> Proba samfunnsanalyse (2011): *Utfall på arbeidsmarkedet for personer som fullfører videregående utdanning som voksne*, Rapport 2011-04.



knytning til arbeidsplassen. Modellene skal legges til rette for tilpasset opplæring for den enkelte blant annet på grunnlag av vurdering av realkompetanse. I forbindelse med igangsetting av forsøkene vil det også bli vurdert å gi dispensasjon fra opplæringsloven for å kunne foreta realkompetansevurdering på Vg3-nivå. Eventuell dispensasjon vil bli drøftet med Faglig råd for helse og sosialfag og sertifiserende myndighet.

Rogaland, Vestfold, Nord-Trøndelag, Hedmark og Hordaland er valgt ut til å delta i forsøket, og det ble satt av 12 mill. kroner i 2011. Forsøket er en del av NY GIV-satsingen for bedre gjennomføring i videregående opplæring.

Det skal gjennomføres en ekstern evaluering av forsøkene.

#### *Praksiskandidatordningen*

Praksiskandidatordningen er ikke en opplæringsordning, men en ordning for dokumentasjon av kompetanse. Den innebærer at det er mulig å ta fag- og svenneprøve på grunnlag av allsidig praksis i faget som er 25 % lengre enn den fastsatte læretiden, det vil normalt si etter fem års praksis.<sup>10</sup> Det er fylkeskommunen som avgjør om praksisen en kandidat viser til, kan godkjennes, og i særlige tilfeller kan det godkjennes kortere praksis. Praksisen må etter en samlet vurdering dekke de mest vesentlige delene av innholdet i læreplanen. Praksiskandidater er fritatt fra fellesfagene, men må dokumentere fagkunnskap gjennom en sentralt gitt skriftlig eksamen før de framstiller seg til den praktiske fagprøven.

Praksiskravet på fem år har vært denne ordningens varemerke. NIFU peker på at fem år i sin tid ble valgt fordi det ikke skulle lønne seg å gå «hjelppearbeiderveien» framfor å være lærling.<sup>11</sup> I tillegg har femårskravet vært begrunnet med at ufaglært praksis som regel er mindre læringsintensiv og systematisk enn læretid. Praksiskravet på fem år kan avkortes mot tidligere skolegang på samme måte som læretid kan det. Det betyr at det kan reduseres til tre år på grunnlag av utdanning tilsvarende Vg2 i utdanningsprogram for helse- og sosialfag. Derimot har det vært sterk motstand i fagopplæringssystemet mot at praksiskravet skal kunne erstattes av realkompetansevurdering. Den skriftlige eksamenen som avlegges for å dokumentere fagkunnskap, kan heller ikke erstattes av realkompetansevurdering. I henhold til forskrift

til opplæringsloven § 3-32 kan imidlertid elver og privatister med særskilt behov for tilrettelegging få avlagt eksamen med alternative prøveformer slik at de får vist hvilken kompetanse de har i forhold til målene i læreplanen.

Kravet om fem års praksis for praksiskandidatene er et kvalitetssikringstiltak. I denne sammenheng må det veies opp mot ønsket om å gi fleksible og tilpassete tilbud til voksne. Saken er diskutert i Samarbeidsrådet for yrkesopplæring. Representanter for helse- og omsorgssektoren har uttrykt ønske om at kravet om praksis tilsvarende fem års fulltidsarbeid blir redusert for å få kandidatene raskere fram til fagbrev, eller tolkes på en annen måte. Små stillingsbrøker for ufaglærte fører til at det kan ta lang tid å skaffe seg nødvendig praksis. Det kan se ut til at kravet er et større hinder for ansatte i helse- og omsorgssektoren enn i andre bransjer som har fagopplæring, fordi den utbredte bruken av deltidsarbeid gjør at tidsperspektivet blir ulikt det som er vanlig i de fleste andre bransjene. Regjeringen vil derfor vurdere å endre kravene i praksiskandidatordningen slik at reduserte stillinger skal kunne gi full uttelling. Det må vurderes nærmere om kravene skal endres for alle fag, eller bare for noen.

#### *Voksne med annen videregående opplæring*

Det vil alltid skje endringer i arbeidslivet som fører til nye arbeidsmåter. Ansatte vil oppleve at den utdanningen og kompetansen de har, ikke lenger er etterspurt, og vil ha behov for omskolering til nye yrker. En annen gruppe med tilsvarende skoleringsbehov er ungdom som har arbeidet som ufaglært i noen år etter videregående opplæring, eller har avbrutt en høyere utdanning. I tillegg vil enkeltpersoner ønske å endre karriere av ulike grunner.

Det er derfor store grupper av voksne som har utdanning og yrkeserfaring der deler av kompetansen kan være nyttig i en helsefagutdanning. En undersøkelse fra Rokkan-senteret har vist at over halvparten av nyutdannede hjelpepleiere og omsorgsarbeidere hadde annen videregående utdanning. 20 % hadde allmennfaglig utdanning, 30 % hadde annen yrkesutdanning og 22 % hadde påbegynt, men ikke fullført videregående opplæring. 5 % hadde påbegynt eller fullført høyere utdanning. Andelen med annen videregående utdanning var også stigende.<sup>12</sup> Siden helse- og omsorgssektoren vil ha økt behov for arbeids-

<sup>10</sup> Jf. opplæringsloven § 3-5 og forskrift til opplæringsloven §§ 3-55 og 4-13.

<sup>11</sup> Høst 2010.

<sup>12</sup> Høst, H. (2004): *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene*. Rokkan-senteret rapport 4, 2004.

kraft, yrkene oppfattes som trygge og det finnes arbeidsplasser spredt over hele landet, ønsker mange å kvalifisere seg for slikt arbeid. Kortere, komprimerte utdanningstilbud vil derfor kunne møte ønsker hos mange.

I en rapport fra Faglig råd for helse- og sosialfag fra mars 2009 fremmes et forslag om utdanning for voksne med annen yrkesbakgrunn. Forslaget går i korthet ut på en modell for opplæring over to år som består av veiledet praksis på relevant arbeidsplass kombinert med undervisning i mindre grupper en dag i uken.

#### *Voksne ufaglærte*

Selv om en stor andel av de ansatte i helse- og velferdstjenestene har annen videregående utdanning, er gruppen uten utdanning også stor. Det vil derfor også være etterspørsel etter opplæringstilbud som er mer omfattende. Mange av de voksne uten annen utdanning er innvandrere, som i tillegg til manglende kompetanse og erfaring i faget kan ha svake norskkunnskaper og liten erfaring med norsk kultur. Gruppen av innvandrere er likevel sammensatt. I en ende av skalaen finnes det personer med høy utdanning fra hjemlandet, som av ulike grunner kan ha vanskeligheter med å benytte utdanningen i det norske arbeidslivet. I den andre enden finner vi dem uten utdanning. Ferdighetene i norsk språk kan variere sterkt uavhengig av utdanning ellers. Det er derfor lite trefende å behandle innvandrere under ett.

Analysen gjennomført av Proba samfunnsanalyse finner klare sammenhenger mellom det å fullføre videregående opplæring i voksen alder og det å ha en stabil tilknytning til arbeidslivet. Forskerne finner blant annet at det å ta fagbrev i voksen alder gir 14 dager mer i arbeid per person per år, alt annet likt. Videre gir det, alt annet likt, 30 % færre dager som ufør per person per år. Blant personer som tar fagbrev i voksen alder blir med andre ord færre uføre, eller de blir uføre på et senere tidspunkt i livet enn personer som ikke har fullført videregående opplæring.<sup>13</sup> Omsorgstjenestene fungerer som en inngang til yrkeslivet for mange, og rekrutteringsmønsteret har vært og er at de begynner som ufaglærte i arbeidet og tar utdanning etter hvert. Mange, særlig i de store byene, har annen språkbakgrunn enn norsk og behov for norskopplæring parallelt med fagopplæringen. Fra og med høsten 2010 gjennomføres det prosjekter med utvikling av tilpassede opplæringsmodeller i videregående opplæring for arbeids-

søkende voksne i fire fylker: Finnmark, Sogn og Fjordane, Oppland og Oslo. Disse prosjektene innebærer at fylkeskommunen og NAV i samarbeid skal utvikle modeller for helhetlige og tilpassede opplæringstilbud som fører fram til fag- eller svennebrev for voksne arbeidssøkere. Målet er at arbeidssøkere som er registrert hos NAV, i større grad skal gis tilbud om videregående opplæring.

Forsøket i Oslo er rettet mot kvinner med minoritetsbakgrunn. Her gis det opplæring i helsearbeiderfaget i kombinasjon med forsterket norskopplæring. Resultatene så langt er positive og viser at disse kvinnenes eksamensresultater er bedre enn for ordinære elever.

### **7.3 Forslag om organisering av opplæringen i vekslingsmodell**

En arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet har foreslått nye opplæringsmodeller for helsearbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget der elevene veksler mellom opplæring i skole og bedrift underveis i hele løpet. Det skal stilles samme kompetansekrav til de ferdige kandidatene som i den ordinære opplæringsmodellen. Arbeidsgruppen mener at en vekslingsmodell vil kunne tilpasses voksnes behov, og at den kan virke motiverende for unge ved at de får innsikt i yrkene tidlig og samtidig er knyttet til en skole under hele opplæringsløpet.

Med vekslingsmodell menes et løp der opplæringen er organisert i mindre enheter med korte, vekselvise perioder i henholdsvis skole og bedrift. Det bør kunne prøves ut ulike modeller for vekslingsmodell. En måte å organisere opplæringen på kan være:

- Første år: en dag i uken i bedrift og fire dager på skole
- Andre år: to dager i uken i bedrift og tre dager på skole
- Tredje år: tre dager i uken i bedrift og to dager på skole
- Fjerde år: fire dager i uken i bedrift og en dag på skole

En annen modell kan være en vekslingsmodell gjennom året mellom noen uker i skole og noen uker i bedrift. Vekslingen kan starte fra det første året i videregående skole, eller opplæringen kan starte med Vg1 helse- og sosialfag på skole som i dag etterfulgt av tre år i en vekslingsmodell.

Vekslingsmodellen har flere fordeler i tillegg til de nevnte. Den integrerer opplæring i skole og bedrift på en bedre måte enn dagens modell og

<sup>13</sup> Proba samfunnsanalyse 2011.

gjør det lettere å se dem i sammenheng. Oppdeling i mindre enheter vil også kunne gjøre det lettere å organisere opplæring for voksne med utgangspunkt i realkompetanse og rett til tilpasset opplæring. Dette forutsetter gode ordninger for realkompetansevurdering. Modellen gir også bedre muligheter til å kombinere jobb og utdanning siden opplæringen er organisert i mindre enheter.

Det finnes muligheter for å avvike fra 2+2-modellen også i dag, men de utnyttes i liten grad. Fylkeskommunen kan i enkelte tilfeller godkjenne lære- eller opplæringskontrakter for ungdom som gjør unntak fra normalordningen, ved at større deler av opplæringen kan gjennomføres i bedrift i stedet for skole og at den kan veksle mellom perioder i skole og bedrift. Flere fylkeskommuner har etterspurt nasjonale retningslinjer for alternative opplæringsmodeller, særlig for voksne. Mer systematisk utprøving av vekslingsmodellen for helsearbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget vil gi økt kunnskap om hvilke effekter som kan oppnås med hensyn til rekruttering av fagarbeidere til disse viktige yrkene. Sammen med erfaringer fra forsøkene med videregående opplæring på arbeidsplassen og videregående opplæring for arbeidssøkere vil dette gi et bedre grunnlag for å vurdere hvilke tiltak som virker best.

De pågående forsøkene har et begrenset omfang og vil antakelig ikke føre til vesentlig økt rekruttering på kort sikt. For å bidra til raskere rekruttering og at flere unge og voksne blir helsefagarbeidere eller barne- og ungdomsarbeidere, vil Kunnskapsdepartementet derfor invitere fylkeskommunene til å delta i utprøving av ulike typer vekslingsmodeller der elevene veksler mellom skole og praksis mer fleksibelt enn i dag. Arbeidet må forankres hos partene i arbeidslivet, da vekslingsmodellen forutsetter at arbeidsgiver tar ansvar for å tilrettelegge opplæringen for både ungdom og voksne. Departementet vil be Utdanningsdirektoratet og Faglig råd for helse- og sosialfag om å utarbeide forslag til hvordan opplæringen kan struktureres i et vekslingsløp. Ordningen skal prøves ut i en periode på fire år. Omfanget avgjøres etter dialog med fylkeskommunene. Erfaringene fra utprøving av vekslingsmodeller vil samordnes med evalueringen av de pågående forsøkene.

Vekslingsmodellen vil få betydning for muligheten til å velge påbygging til studiekompetanse det tredje året, og den vil også innebære at ungdom må velge lærefag på et tidligere tidspunkt enn i dag. Samarbeidsrådet for yrkesopplæring (SRY) har nylig foreslått en utredning av rett til å

ta påbygging også etter fullført fagbrev. Regjeringen vil vurdere dette nærmere.

Kunnskapsdepartementet har videre bedt Utdanningsdirektoratet sette i gang et arbeid for å utvikle nasjonale retningslinjer for dokumentasjon, vurdering og verdsetting av realkompetanse.

## 7.4 Overgang fra et yrkesfaglig løp til høyere utdanning

Gode overgangsmuligheter mellom utdanningsnivåene er viktig både for å tilrettelegge for livslang læring og for å gjøre utdanningsvalg på de lavere nivåene, særlig i videregående opplæring, mest mulig attraktive. Tydeligere og mer effektive utdannings- og karriereveier kan bidra til økt rekruttering til og fullføring av helse- og sosialfaglige utdanninger i videregående opplæring, og til å beholde dem som allerede arbeider i sektoren.

Det er et mål at utdanningssystemet skal være bygd opp slik at det ikke er noen blindveier. All tidligere utdanning og dokumentert relevant yrkeserfaring bør gi uttelling ved opptak til et høyere og/eller mer spesialisert nivå av formalisert utdanning. Innføringen av et nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk som omfatter alle nivåene i utdanningssystemet, vil bidra til dette.

Valget etter ungdomsskolen står mellom studiespesialiserende eller yrkesfaglige utdanningsprogrammer i videregående skole. Dette valget har stor betydning for senere utdannings- og karrieremuligheter. Hovedløpene går fra generell studiekompetanse til universitets- og høyskoleutdanning og fra fag- og yrkesopplæring til yrke, eventuelt fagskoleutdanning. Ut fra ønsket om fleksibilitet i utdanningssystemet er det også ønskelig med overgangsmuligheter på tvers av de to løpene der det er mulig. Opptak til fagskoleutdanning uten forutgående fagutdanning drøftes i Kapittel 8.3.

Opptakskravene til høyere utdanning er fastsatt på nasjonalt nivå.<sup>14</sup> Formålet med kravene er at studentene skal ha faglige forutsetninger for å gjennomføre studiet de blir tatt opp til. Hovedordningen er krav om generell studiekompetanse fra bestått studieforberedende videregående opplæring. For noen utdanninger stilles det i tillegg krav om bestemte fagkombinasjoner eller karakterkrav i utvalgte fag.

For kandidater med yrkesfaglig videregående opplæring finnes det ulike veier inn i høyere utdanning:

<sup>14</sup> Forskrift om opptak til høyere utdanning av 31.01.2007 med senere endringer.

- Påbygging til generell studiekompetanse. Dette er ikke en rettighet, men en mulighet, og medfører ett års ekstra opplæring.
- 23/5-ordningen. For å oppnå generell studiekompetanse etter 23/5-ordningen må søkeren ha fylt 23 år i løpet av opptaksåret og ha fem års heltids yrkespraksis eller kombinert yrkespraksis og utdanning. Visse fag fra videregående opplæring må være bestått.
- Via fagskoleutdanning, der toårige fagskoleutdanninger gir generell studiekompetanse under visse forutsetninger. Per i dag finnes det imidlertid ingen toårige helse- og sosialfaglige fagskoleutdanninger.
- Y-veien, en spesielt tilrettelagt ordning for studenter med fagutdanning som er relevant for det aktuelle studiet. Ved avsluttet studium skal kandidatene ha samme kompetanse som de ordinære studentene. Ordningen er gjort generell for ingeniørutdanning. På andre fagområder må universitetene og høyskolene inntil videre søke Kunnskapsdepartementet om å sette i gang Y-veitilbud.
- Opptak på grunnlag av realkompetanse. Realkompetansen vurderes i forhold til det aktuelle studiet, og vurderingen foretas av utdanningsinstitusjonen. I motsetning til de andre ordningene som er beskrevet, er opptaket altså basert på en individuell vurdering.

I tillegg kommer TAF-ordningen, som også tilbys i helsearbeiderfaget enkelte steder. Som et spesielt tilrettelagt opplegg kan den imidlertid bare tilbys et begrenset antall ungdommer, og vil derfor ikke ha betydning for det store flertallet av elever og lærlingers mulighet til å gå videre i høyere utdanning eller i fagskole.

I alle tilfellene som er nevnt ovenfor, tar det lengre tid å bli kvalifisert for opptak til høyere utdanning enn via de studieforberedende løpene i videregående opplæring. For å dekke etterspørselen etter helsefagarbeidere i årene framover må mange flere ungdommer velge å ta fagbrev, samtidig som det signaliseres behov for flere med bachelor- og mastergrad for å øke kvaliteten i tjenestene. Disse signalene kan bli retningsgivende for ungdommens valg. Det at veien til høyere utdanning er lengre via fagutdanning, kan gjøre at færre velger den yrkesfaglige veien. Undersøkelser av tidligere elevkull viser at over 20 % av elevene som oppnådde studiekompetanse etter først å ha begynt på helse- og sosialfaglige grunnkurs,

gikk over til helse- og sosialfaglig utdanning på høyere nivå.<sup>15</sup>

Ungdom med fagbrev som helsefagarbeider, barne- og ungdomsarbeider, ortopeditekniker eller i ambulansefaget vet allerede mye om hva det vil si å arbeide i helse- og velferdstjenestene, og hvilke utfordringer medarbeiderne står overfor faglig og menneskelig i møtet med ulike brukergrupper. For å bidra til å gjøre helse- og sosialfaglig videregående opplæring mer attraktiv vil regjeringen legge til rette for at den kan gi grunnlag for opptak til høyere utdanning gjennom en Y-veiordning. I St.meld. nr. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja* oppfordres universitetene og høyskolene til å tilby Y-veien for søkere med fagbrev i helse- og sosialfag, men så langt er det ingen slike tilbud. Derfor vil regjeringen stimulere til at det prøves ut avgrensede ordninger der helsefagarbeidere gis mulighet for opptak til sykepleier- og vernepleierutdanning, og barne- og ungdomsarbeidere til barnevernspedagog- og førskolelærerutdanning.

Det mangler i dag om lag 4000 førskolelærere på å oppfylle normen for pedagogisk bemanning i barnehagene.<sup>16</sup> Gode utdanningsløp som gjør det mulig for de ansatte å ta høyere utdanning, kan bidra til å bøte på dette. Blant annet er det som tidligere nevnt igangsatt forsøk med arbeidsplassbaserte modeller for førskolelærerutdanning for assistenter i barnehagen. En Y-veiordning i førskolelærerutdanningen vil være et viktig bidrag for å få flere til å ta høyere utdanning rettet inn mot arbeid i barnehagen.

Fra enkelte hold er det uttrykt bekymring for at opptak på grunnlag av yrkesfaglig videregående opplæring kan føre til nivåsenkning i høyere utdanning. Y-veien dreier seg imidlertid om spesielt tilrettelagte tilbud som bygger på tidligere utdanning og arbeidserfaring. Den handler også om å anerkjenne fagspesifikk yrkeskompetanse som verdifull i en akademisk sammenheng, noe som er særlig viktig innenfor fagområder som av kvalitetshensyn er avhengige av en sterk kobling til yrkesfeltet. Ingeniørutdanningen har gode erfaringer med Y-veien, kandidatene er attraktive på arbeidsmarkedet, og rapportene viser også at studiemiljøet er blitt bredere og bedre med flere typer studenter.

<sup>15</sup> Gjelder 1999-kullet. Se nærmere omtale i Vedlegg 3.

<sup>16</sup> SSB/KOSTRA 2010.

## 7.5 Tiltak

---

Regjeringen vil:

- Kartlegge elevenes motivasjon for å søke utdanningsprogram for helse- og sosialfag i videregående opplæring og videre utdannings- og yrkesplaner.
- Be Utdanningsdirektoratet og Faglig råd for helse- og sosialfag om å utarbeide forslag til hvordan læreplanene i helsearbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget kan organiseres i en vekslingsmodell.
- Invitere fylkeskommunene til å delta i utprøving av opplæring i helsearbeiderfaget og barne- og ungdomsarbeiderfaget organisert i modeller for mer fleksibel veksling mellom skole og praksis.
- Videreføre arbeidet med å få på plass nasjonale kriterier og retningslinjer for realkompetansevurdering i videregående opplæring.
- Vurdere å endre kravene som ligger til grunn for praksiskandidatordningen.
- Vurdere å innføre rett til påbygning til generell studiekompetanse for personer med fullført fagutdanning.
- Gjennomføre forsøk med Y-veitilbud for kandidater med yrkesutdanning i helse- og sosialfag.

## 8 Fagskoleutdanning

### 8.1 Om fagskoleutdanning

På mange områder i helse- og velferdstjenestene er det behov for mer dybdekunnskap som bygger på yrkesfaglig kompetanse fra videregående opplæring. Dette er aktuelt for blant annet personell i helse- og omsorgsarbeid, sosialfaglig og barnevernfaglig miljøarbeid og arbeid i tekniske stillinger. Fagskoleutdanning kan da være et godt opplæringstilbud.

Fagskoleutdanning er et selvstendig utdanningsnivå som bygger på videregående opplæring eller tilsvarende realkompetanse. Den skiller seg fra høyere utdanning ved et lovfestet krav om at utdanningen skal være yrkesrettet, at den skal være mellom et halvt og to år, at opptaksgrunnlaget kan være yrkesfaglig videregående opplæring og at det ikke er et krav at utdanningene er forskningsbaserte. På fagområder som fører fram til fagbrev eller yrkeskompetanse i videregående opplæring, skal fagskoleutdanningen bygge videre på den kompetansen som elevene har tilegnet seg i videregående opplæring eller tilsvarende realkompetanse. Utdanningen skal være yrkesrettet i den forstand at den skal gi grunnlag for å gå direkte ut i arbeid uten ytterligere kvalifisering. Fagskoleutdanning er regulert av fagskoleloven og forskrift om kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i høyere utdanning og fagskoleutdanning. Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) godkjenner og fører tilsyn med fagskoleutdanningene etter fastsatte kriterier.

Fylkeskommunene er ansvarlig for drift og finansiering av offentlige fagskoletilbud. Halvparten av tilbyderne er offentlige institusjoner. 12 % av alle fagskolestudenter studerer helse- og sosialfag, og 40 % av helse- og sosialfagstudentene studerer ved offentlige fagskoler. Fylkene med flest fagskoler med helse- og sosialfaglige utdanningstilbud er Østfold (6), Rogaland (5), Sør-Trøndelag (5) og Oslo (5). 17 % av fagskolestudentene i helse- og sosialfag er menn, i alt 335 mannlige studenter mot 1641 kvinnelige.

Fylkeskommunene har ansvar for å sørge for at fagskoletilbudet tar hensyn til eksisterende og framtidige kompetansebehov på lokalt, regionalt

og nasjonalt nivå. I tillegg har Fagskolerådet som en del av sitt mandat å ivareta kontakt med arbeidslivet om behovet for fagskoletilbud og dimensjoneringen av dem.<sup>1</sup> I fagskolesektoren er det ingen sentral instans som bestemmer utforming av studieprogrammer og tilbudsstruktur. Tanken er at tilbudene til enhver tid skal kunne tilpasses arbeidsmarkedets behov på en fleksibel måte, så lenge de er faglig godkjent av NOKUT.

For fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag er det etablert en egen tilskuddsordning forvaltet av fylkeskommunene og administrert av Helsedirektoratet. Dette har bidratt til at antall studenter er økende. De fleste utdanningene er rettet mot bestemte pasient- eller brukergrupper. Innholdet er til en viss grad samordnet på frivillig basis gjennom samarbeidsorganet Nasjonalt utvalg for fagskoleutdanning i helse- og sosialfag (NUFHS). NUFHS er en frivillig sammenslutning av sentrale aktører innenfor helse- og sosialfagene som arbeider for å «utvikle, beholde og synliggjøre en nasjonal standard for nivå og innhold i fagskoleutdanning i helse- og sosialfag. Den nasjonale standard skal være retningsgivende for søknader til NOKUT om godkjenning av fagskoletilbud. Samtidig skal den gi grunnlag for næringsmessig og lokal tilpasning av opplæringen.»<sup>2</sup>

Det er vanskelig å kartlegge helse- og velferdstjenestenes behov for kompetanse på fagskolenivå. Siden det tar tid før framveksten av nye utdanninger reflekteres i stillingsstrukturen i tjenestene, eksisterer det så langt få stillinger der det spesifikt stilles krav om fagskoleutdanning. HELSEMOD, som har de sikreste framskrivningene av personellbehov knyttet til utdanningsgrupper, inkluderer foreløpig ikke fagskolenivået i sine beregninger. Det er likevel klart at tjenestenes generelle kompetansebehov gjenspeiles i de helse- og sosialfaglige fagskoleutdanningene, ettersom hoveddelen av utdanningstilbudene er relatert til emner som psykisk helsearbeid, eldre-

<sup>1</sup> Nasjonalt fagskoleråd er et rådgivende organ oppnevnt av Kunnskapsdepartementet, med representanter for fagskolesektoren, arbeidsgivere, arbeidstakere og studenter.

<sup>2</sup> NUFHS' mandat vedtatt på konstituerende møte 23.11.2006

Tabell 8.1 Antall fagskolestudenter og godkjente fagskoletilbud i helse- og sosialfag

Navn på tilbudene	Antall tilbud	Antall studenter
<i>Pleie- og omsorgsfag</i>		
Barsel- og barnepleie	5	127
Kreftomsorg og lindrende pleie	16	278
Rehabilitering	8	189
<i>Sosialfag</i>		
Miljøarbeid innenfor rus	8	143
Miljøarbeid rettet mot mennesker med funksjonsnedsettelser	3	75
<i>Helse-, sosial- og idrettsfag, andre</i>		
Autismeomsorg	1	4
Eldreomsorg	23	239
Helse og sosial – videreutdanning i veiledning	4	8
Helseadministrasjon og pasientrettede IKT-systemer	7	50
Kroniske sykdommer	1	23
Psykisk helsearbeid	22	719
<i>Terapeutiske fag</i>		
Soneterapi	1	33
Massasjeterapi	2	68
<i>Idrettsfag</i>		
Fysisk aktivitet og kulturarbeid	1	20
Sum	102	1976

Kilde: Database for statistikk om fagskoleutdanning (DBH-F) 2011. 2011 er det første året da fagskoletilbyderne rapporterer til DBH, og rapporteringsrutinene varierer. Det er derfor usikkerhet knyttet til tallene.

omsorg og kreftomsorg. Dette er sentrale områder innenfor folkehelsen der det er stor etterspørsel etter kompetanse.

I regjeringens Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) er ernæring i helsetjenesten og kompetanse om kosthold egne innsatsområder. I den sammenheng omtales også muligheten for videreutdanning på fagskolenivå, og det signaliseres at det vil bli vurdert å opprette fagskoleutdanninger på ernæringsområdet.

Med fagskoleutdanning er det etablert et strukturert videreutdanningstilbud for personer med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående opplæring. Fagskoleutdanning representerer en alternativ karrierevei og en viktig mulighet

for kompetanseheving for dem som ikke ønsker å ta høyere utdanning. Mange har kanskje arbeidet lenge i tjenestene uten faglig påfyll. Mangel på utfordringer, faglig stimulans eller selvstendige arbeidsoppgaver over tid kan virke demotiverende og føre til avgang fra sektoren. Eksistensen av relevante videreutdanninger er derfor viktig for å kunne rekruttere og beholde personell. For ungdom og voksne som vurderer å ta videregående opplæring innenfor helse- og sosialfag, kan muligheten for å gå videre til fagskoleutdanning virke motiverende, jf. nedenfor.

Internasjonalisering er viktig på alle utdanningsnivåer, både for å sikre og forbedre kvaliteten i utdanningen og for å forberede kandidatene

på et flerkulturelt samfunns- og arbeidsliv. St.meld. nr. 14 (2008-2009) *Internasjonalisering av utdanning* slår fast at internasjonaliseringen har kommet kort når det gjelder fagskoleutdanning. Det gjelder også de helse- og sosialfaglige utdanningene. Med det høye antallet ettårige utdanninger, ofte på deltid, er langvarig studentmobilitet antakelig ikke realistisk i stor målestokk for studentene ved helse- og sosialfaglige fagskoleutdanninger. Internasjonaliseringen bør derfor finne andre former, som internasjonalt prosjektsamarbeid om relevante temaer med tilsvarende skoler i andre land, lærerutveksling, pensumutvikling, felles undervisningsopplegg mv. Mulighetene for slikt samarbeid er gode, for eksempel gjennom EUs program for livslang læring (LLP).

Høsten 2011 ble Database for statistikk om fagskoleutdanning (DBH-F) etablert, med første rapportering fra alle offentlige og private fagskoler per 1. oktober 2011. Det har ikke tidligere vært et enhetlig system for kunnskapsinnhenting om fagskolesektoren. På grunnlag av rapporteringen vil Kunnskapsdepartementet utarbeide en årlig tilstandsrapport for fagskoleutdanningene. Den første rapporten ble publisert i desember 2011.<sup>3</sup>

Departementet vil også gjennomføre en kartlegging av i hvilken grad personer som har fullført fagskoleutdanning finner sysselsetting, og om den er relevant i forhold til utdanningen de har tatt. Det er også av interesse om kandidater fra fagskoleutdanning starter egen bedrift eller går inn i leder- eller mellomlederfunksjoner. Kartleggingen vil også gi informasjon om i hvilken grad personer med fullført fagskoleutdanning går videre til annen utdanning: fagskoleutdanning, høyere utdanning eller annet. Kandidatundersøkelsen vil bli gjennomført innen sommeren 2012.

## 8.2 Fagskoleutdanning som en attraktiv karrierevei

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* framheves fagskolene som spesialiseringsarena for helsefagarbeidere og en viktig faktor for rekruttering til helse- og sosialfag i videregående skole:

Tilbud om videreutdanning av personell gjennom fagskoleordningen er spesielt viktig for å øke kompetansen, redusere avgangen fra sek-

toren og bidra til rekrutteringen til helse- og sosialfag i videregående skole.<sup>4</sup>

I dag går omtrent 50 % av alle elever i helsefag i den videregående skolen over til allmennfaglig påbygning etter å ha fullført Vg1 og Vg2, jf. Kapittel 6.2. Mange går deretter videre til helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Andre går inn i andre yrker. Dette tyder på at elever i helsefagarbeiderutdanningen er opptatt av hva slags muligheter de har etter endt videregående opplæring, og at det å synliggjøre fagskoleveien kan ha positiv effekt på rekrutteringen til utdanningen, herunder bidra til å rekruttere flere menn.

For at fagskoleutdanning skal bli en tydeligere og mer attraktiv karrierevei, er det også viktig at kandidatene gis ansvars- og utviklingsmuligheter som gjør at de opplever at utdanningen gir uttelling i arbeidslivet.

## 8.3 Fagskoleutdanning for personer med annen videregående opplæring

Hittil har målgruppen for helse- og sosialfaglig fagskoleutdanning vært personer med relevant fagutdanning fra videregående opplæring. Kravet om at fagskoleutdanningen skal bygge på fagbrev eller yrkeskompetanse, følger av forskrift om kvalitetssikring og kvalitetsutvikling i høyere utdanning og fagskoleutdanning av februar 2010, der det heter i merknadene til kapittel 5:

Utdanninger i fag/fagområde som på videregående opplæringsnivå ender med fag- eller svennebrev eller yrkeskompetanse, skal på fagskolenivå bygge på fag- eller svennebrevet, yrkeskompetansen eller tilsvarende realkompetanse.

Lov om fagskoleutdanning fastslår at utdanningen skal bygge på «relevant videregående opplæring». Lovens forarbeider (Ot.prp. nr. 39 (2006-2007)) gir en vid fortolkning av dette kravet:

Departementet mener at det hverken er ønskelig eller mulig generelt å definere fagskoleutdanning som en spesialisering på grunnlag av visse fagbrev.... Fagskoleutdanning skal dekke ulike behov. Derfor må også begrepet bygger på videregående opplæring gis et vidt innhold. På samme måte som høyere utdan-

<sup>3</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/aktuelt/nyheter/2011/forste-tilstandsrapport-for-fagskole-utda.html?id=667768>

<sup>4</sup> s. 17.



ning i visse tilfelle bygger på definert kompetanse fra videregående opplæring med spesifiserte krav i enkelte fag, kan dette også gjelde fagskoleutdanning.

Videre påpekes det at fagskoleutdanning kan være en arena for faglig reorientering:

Fagskoleutdanning henvender seg til ulike aldersgrupper, i noen tilfelle som videreutdanning. I andre tilfelle kan utdanning tjene som en reorientering i forhold til tidligere utdanning og yrkeskompetanse. Det innebærer at ordningen må kunne fange opp nye behov i arbeidslivet, selv om den ikke bygger på definerte fag på videregående opplæringsnivå.<sup>5</sup>

Tall fra Helsedirektoratet viser at 38 % av de ufaglærte i de kommunale omsorgstjenestene har gjennomført videregående opplæring innenfor andre fagretninger enn helse- og sosialfag, jf. Kapittel 6.2.2.<sup>6</sup> Mange bruker kunnskap og kompetanse fra denne opplæringen i arbeidet, mens den i andre tilfeller er mindre relevant. For de fleste vil det ikke være aktuelt å ta en ny utdanning på videregående nivå, noe de heller ikke har rett til. Samtidig er det få utdanningsalternativer for personer med generell studiekompetanse som ikke ønsker å gå veien om høyere utdanning til arbeid i helse- og velferdssektoren.

Regjeringen har generelt som mål at det norske utdanningssystemet skal være fleksibelt, jf. bl.a. St.meld. nr. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja*, og vil på bakgrunn av de nevnte forholdene åpne for at helse- og sosialfaglig fagskoleutdanning kan bygge på annen videregående opplæring enn fagbrev eller yrkeskompetanse i helse- og sosialfag. Dette vil kunne bidra til å gi nye grupper en verdifull mulighet til kompetanseheving og dermed til å møte kompetansebehovene i tjenestene gjennom økt rekruttering av kvalifisert personell. Det vil også samsvare med føringene i forarbeidene til fagskoleloven om at begrepet «basert på videregående opplæring» skal tolkes vidt og at fagskoleutdanningen skal kunne fungere som en arena for faglig reorientering.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* viser til at det forventede store underskuddet av helsefagarbeidere i helse- og omsorgstjenestene fram mot 2025 vil kreve at

andre yrkesgrupper i framtiden fyller noen av funksjonene som helsefagarbeidere og ufaglærte fyller i dag. Dette er særlig aktuelt i forbindelse med at Samhandlingsreformen vil føre til økte kompetansebehov i kommunene. Å legge til rette for at flere typer yrkesfaglig kompetanse kan brukes for å øke kompetansenivået i helse- og velferdstjenestene, er derfor i tråd med regjeringens mål om økt kvalitet i tjenestene. En forutsetning er at tjenestene organiseres slik at den tilgjengelige yrkesfaglige kompetansen blir benyttet til beste for brukerne, og at stillingstypene og oppgavene reflekterer ansattes kompetansenivå. Alternativet kan bli at mangel på personer med fagbrev fører til flere ufaglærte og et dårligere tilbud.

Personer som får opptak til fagskoleutdanning på grunnlag av annen videregående opplæring enn fagbrev eller yrkeskompetanse, må oppnå et tilsvarende kompetansenivå som andre fagskolekandidater. På samme måte som for Y-veien i høyere utdanning vil det derfor dreie seg om spesielt tilrettelagte utdanninger. Det tilsier at utdanningen må være av en viss lengde, og at en slik ordning først og fremst vil være aktuell for de lengre utdanningene. Rammen for fagskoleutdanning er et halvt til to år. Jo lengre utdanningen er, jo større er muligheten til å sikre at den har et innhold som gjør at også kandidater tatt opp på grunnlag av annen videregående opplæring oppnår en kompetanse som oppfyller kravene til fagskolenivået i lov- og regelverk.

Regjeringen vil stimulere til at fagskoleutdanning som bygger på annen videregående opplæring, etableres og prøves ut. Det er en forutsetning at slik helse- og sosialfaglig fagskoleutdanning ikke skal svekke fagskoleutdanning som videreutdanningstilbud og karrierevei for dem med fagbrev eller yrkeskompetanse. Den vil heller ikke gi grunnlag for autorisasjon som helsepersonell. Derimot vil dette innebære at fagskoleutdanning får en utvidet funksjon sammenlignet med i dag – både som videreutdanning for personer med relevant fagutdanning og som kvalifiseringsarena til arbeid i helse- og velferdstjenestene for dem som har gjennomført annen videregående opplæring. For å legge best mulig til rette for voksne er det viktig at fagskoleutdanninger i helse- og sosialfag også tilbys på deltid.

## 8.4 Tiltak

Regjeringen vil:

- Markedsføre fagskoleutdanning tydeligere som en karrierevei for helsefagarbeidere.

<sup>5</sup> Ot. prp. nr. 39 (2006-2007) *Om endringer i lov om fagskoleutdanning*, s. 15.

<sup>6</sup> Helsedirektoratet, *Årsrapport 2009 – Omsorgsplan 2015*, s. 31.

- Videreutvikle fagskolesektoren som spesialiseringsarena i tråd med kompetansebehovene i tjenestene.
- Iverksette en nasjonal kandidatundersøkelse for å kartlegge fagskolekandidatenes arbeidstilpasning og sikre at utdanningene oppfyller kravet til yrkesretting i loven.
- Iverksette forsøk med helse- og sosialfaglig fagskoleutdanning basert på annen videregående opplæring enn fagbrev eller yrkeskompetanse innenfor helse- og sosialfag.

## 9 Høyere utdanning

### 9.1 Struktur og innhold i de helse- og sosialfaglige utdanningene

Struktur og innhold i de helse- og sosialfaglige utdanningene må gjenspeile kompetansebehovene i tjenestene.<sup>1</sup> Beskrivelsen av tjenestenes forventninger og krav til utdanningene i Kapittel 4 viser at de i stadig sterkere grad etterspør kompetanse til å fylle ulike roller, funksjoner og oppgaver. Framtidens organisering og arbeidsmåter i tjenestene vil i tillegg til solid profesjonsfaglig kompetanse kreve evne til samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer og god forståelse av helheten i tjenestetilbudet. De ansatte må ha grunnleggende kunnskap om blant annet lov- og regelverk, oppbygningen av helse- og velferdstjenestene og systematisk forbedringsarbeid. I tillegg vil det være viktig med flerkulturell forståelse og kunnskap om og en positiv holdning til bruk av teknologi. Det er også behov for økt kunnskap om sentrale samfunnsutfordringer som rus, psykisk helse, vold og overgrep og omsorgssvikt.

Historisk har de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene blitt til som svar på konkrete behov i gitte situasjoner. Nye behov har gjerne ført til nye utdanninger heller enn tilpasning av de eksisterende; et eksempel fra de senere årene er etableringen av en egen velferdsviterutdanning forut for NAV-reformen. I lys av behovene som beskrives fra tjenestene, er det imidlertid lite hensiktsmessig med flere smale grunnutdanninger som retter seg inn mot avgrensede deler av tjenestemrådene. Slike utdanninger vil gi liten fleksibilitet både for arbeidstaker og arbeidsgiver i framtidig bruk av kompetanse, og vil kunne medføre små og lite robuste fagmiljøer. I stedet må de bestående utdanningene være i endring slik at de tar opp i seg nye kompetansebehov. Lærestedene må kontinuerlig vurdere det faglige innholdet i hver enkelt utdanning i lys av utviklingen i tjenestene og i samfunnet.

Tabell 9.1 gir en oversikt over de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene i høyere utdanning som styres av rammeplan og/eller autorisasjon.<sup>2</sup> I tillegg finnes en rekke studietilbud som er innrettet mot arbeid i helse- og velferdstjenestene, men som ikke styres på samme måte. Det gjelder for eksempel utdanning som døvetolk eller velferdsviter. Det finnes også videreutdanninger/mastergrader som styres av rammeplan og/eller autorisasjon, for eksempel jordmorutdanning, men de er ikke tatt med her.

#### 9.1.1 Brede grunnutdanninger

For å møte befolkningens og tjenestenes behov i årene framover må grunnutdanningene for kjerneområdene i helse- og velferdstjenestene være brede, med en solid velferdsmessig grunnplattform og innslag av tverrprofesjonell læring. Den fag- og profesjonsspesifikke kompetansen vil fortsatt være sentral og skal videreutvikles, men den må i større grad støttes av kompetanse som går på tvers av profesjonene. Med brede grunnutdanninger menes utdanninger som er bredt sammensatt faglig og som orienterer seg mot flere ulike tjenestemråder, oppgaver og brukergrupper i yrkesfeltet. Sykepleierutdanningen kan tjene som eksempel. Den teoretiske delen av utdanningen er for en stor del sammensatt av grunnleggende medisinske, naturvitenskapelige og samfunnsfaglige emner, men kontekstualisert inn mot sykepleie som profesjon. Sykepleiere arbeider i mange funksjoner i helse- og velferdstjenestene og med en rekke ulike pasient- og brukergrupper, og mulighetene for spesialisering er mange og varierte.

Brede grunnutdanninger betyr altså ikke at det fag- og profesjonsspesifikke blir mindre viktig, men at det ikke er tilstrekkelig i seg selv for å forberede studentene på framtidens yrkesutøvelse. Brede grunnutdanninger vil bidra til fleksibilitet i yrkeslivet – både for arbeidstakeren selv og for

<sup>1</sup> Med struktur menes i denne sammenheng inndelingen i utdanninger på hvert nivå.

<sup>2</sup> Rammeplaner fastsettes av Kunnskapsdepartementet med hjemmel i lov om universiteter og høyskoler. Bestemmelser om autorisasjon fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet med hjemmel i lov om helsepersonell.

Tabell 9.1 Helse- og sosialfaglige grunnutdanninger

Grunnutdanning	Lengde (år)	Antall studietilbud	Antall studenter (2011)	Rammeplan og/eller autorisasjon
audiograf	3	1	108	autorisasjon
barnevernspedagog	3	11	2 278	rammeplan
bioingeniør	3	7	711	begge
ergoterapeut	3	5	734	begge
fysioterapeut	3	4	1 022	begge
lege	6	4	3 498	autorisasjon
optiker	3	1	191	autorisasjon
ortopediingeniør	3	1	13	autorisasjon
provisorfarmasøyt	5	3	598	autorisasjon
psykolog	6	4	1 469	autorisasjon
radiograf	3	6	569	begge
reseptarfarmasøyt	3	2	274	autorisasjon
sosionom	3	12	2 789	rammeplan
sykepleier	3	28	13 796	begge
tannlege	5	3	745	autorisasjon
tannpleier	3	3	215	autorisasjon
tanntekniker	3	1	49	autorisasjon
vernepleier	3	12	2 950	begge

arbeidsgiverne – og vil utgjøre et solid fundament for videre læring og kompetanseutvikling for den enkelte.

En innvending som har vært reist mot brede grunnutdanninger, er at Norge har mange små kommuner der det kanskje er bare én ansatt i enkelte funksjoner. Argumentet er at denne ansatte da bør ha en utdanning som i størst mulig grad er innrettet mot den aktuelle tjenesten eller funksjonen. Det kan imidlertid like gjerne argumenteres for at det nettopp i en liten kommune er viktig med faglig bredde for å kunne se helheten i hjelpebehovet og bringe inn annen relevant kompetanse når det er nødvendig. I mange tilfeller vil ingen enkeltprofesjon alene kunne gi dem det gjelder, enten det er utsatte barn og unge, kronikere, psykisk utviklingshemmede eller andre, et tilfredsstillende tilbud på alle områder. Som illustrert i Figur 5.1 innebærer de største utfordringene i tjenestene gjerne komplekse og sammensatte behov der pasienter og brukere trenger

bistand på flere områder i livet. Utdanninger med en bedre kombinasjon av profesjonsspesifikk og generell velferdsfaglig kompetanse vil gi kandidatene et godt utgangspunkt for å håndtere slike situasjoner.

#### *Felles innhold*

For å sikre brede grunnutdanninger som gir kandidatene en solid velferdsfaglig kunnskapsplattform og forbereder dem på den tverrprofesjonelle yrkesutøvelsen i tjenestene, vil Kunnskapsdepartementet innføre et nytt felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Formålet er å sikre at kandidatene har nødvendige kunnskaper om helheten i helse- og velferdstjenestene, lov- og regelverk og viktige samfunnsutfordringer, samt generell kompetanse som gode kommunikasjons- og samarbeidsevner, evne til å ta i bruk velferdsteknologi og evne til kritisk og etisk refleksjon. Studentene skal forberedes på å

**Boks 9.1 Fellesemne for alle  
førsteårsstudenter i helsefag ved  
Universitetet i Tromsø**

Universitetet i Tromsø har siden 1990-tallet erfaring med felles kurs for helsefagstudenter i samarbeid med daværende Høgskolen i Tromsø. I forbindelse med fusjonen mellom universitetet og høyskolen startet det helsevitenskapelige fakultet planlegging av et fellesemne på 10 studiepoeng for alle helsefagstudenter: bioingeniør, ergoterapi, farmasi, fysioterapi, medisin, psykologi, radiografi, sykepleie, tannlege og tannpleier. Målet er å synliggjøre felles kunnskapsstoff for alle helseprofesjonene, utnytte synergieffekter og fremme samarbeidskompetanse. Emnet skal dels være studieforberedende og dels profesjonsforberedende gjennom å gi kunnskap om organisering av helsetjenesten, etikk, kommunikasjon og ulike kunnskapsformer i helsefag. Læringsutbyttebeskrivelsene relateres til emner alle helsefagutdanningene har til felles, og til generell kompetanse. Emnet ble tilbudt første gang som et forsøk høsten 2011. Høsten 2012 vil det inngå i utdanningen for alle fakultetets ca. 750 førsteårsstudenter innenfor helsefag.

arbeide brukerrettet og lære prosesser som legger til rette for å styrke mestring, egenomsorg og funksjonsevne hos dem de senere vil møte i arbeidet. Ikke minst skal det felles innholdet i utdanningene bidra til å nå målet om en «dobbel identitet» der kandidatene ser på seg selv ikke bare som utøvere av sin egen profesjon, men som del av et større velferdssystem der ulike profesjoner til sammen besitter nødvendig kompetanse.

Det nye felles innholdet vil delvis være identisk for alle og dels bestå av felles temaer der innfallsvinkelen vil være ulik avhengig av hvilken utdanning en har valgt. Hvis temaet for eksempel er rus, må utdanningen gi kandidaten innsikt i andre gruppers kompetanse og bidrag i tillegg til egen rolle. De felles innholdselementene skal med andre ord ikke ses separat fra den profesjonsspesifikke læringen, men integreres med den i en helhetlig utdanning. Dette innebærer også at det ikke vil være snakk om for eksempel et felles første år. Fellesdelen skal kunne organiseres på ulike måter innenfor de ulike utdanningene og studiestedene. Men av hensyn til motivasjonen,

er det viktig at studentene kommer i kontakt med det yrkesfeltet de sikter seg inn mot så tidlig som mulig i studiet.

Konkretisering av hva som skal inngå i det felles innholdet, samt hvordan det skal integreres med det fag- og profesjonsspesifikke, blir et viktig utviklingsarbeid i oppfølgingen av stortingsmeldingen. Det viktige er hvilken kompetanse kandidatene skal tilegne seg innenfor de ulike temaene. Utviklingsarbeidet må skje i samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og velferdstjenestene. Det fag- og profesjonsspesifikke innholdet må gjennomgås samtidig, og det må foretas en avveining av den totale studiebelastningen for studentene. Det er ikke aktuelt å utvide lengden på utdanningene.

**9.1.2 Tverrprofesjonell samarbeidslæring**

Beskrivelsen av kompetansebehov viser at det trengs større grad av tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) på tvers av utdanningene. TPS er en læringsform der studenter fra ulike profesjonsutdanninger lærer sammen og får innsikt i andres kompetanse og dermed også bedre forståelse av sin egen. Rolleforståelse og evne til samhandling er sentrale mål. TPS bør i hovedsak gjennomføres ved bruk av felles praksisperioder, men også i prosjektoppgaver og lignende. Organiseringen kan være ulik avhengig av utdanning og lærested. Innføring av TPS vil sammen med felles innhold utgjøre en felles velferdsfaglig kompetanseplattform som sikrer bredt orienterte grunnutdanninger, og det vil styrke kandidatens evne til tverrfaglig samarbeid når de kommer ut i yrkesfeltet. Som for fellesdelen skal kravet om TPS også gjelde for de lange profesjonsstudiene ved universitetene.

Fra profesjonsorganisasjonenes side blir det gjerne lagt vekt på at tverrfaglig samarbeid må ta utgangspunkt i en trygg profesjonsidentitet. Spørsmålet er hvordan denne identiteten skal bygges opp. I dag foregår utdanningen av de ulike profesjonene for en stor del separat. Begrunnelsen for denne modellen har nettopp vært at den er nødvendig for å sikre tilstrekkelig tid og rom til å forme studentenes profesjonsidentitet og gjøre dem trygge på eget fag. Dette er grunnleggende. Nyere forskning på læringsmodeller tyder imidlertid på at en trygg profesjonsidentitet også kan utvikles i en tverrprofesjonell læringssituasjon der den enkelte ser og blir trygg på sin egen rolle sett i forhold til andre yrkesgrupper.<sup>3</sup> Utdanningsinstitusjonene må sørge for en god kombinasjon av de to formene for læring.

### **Boks 9.2 Tverrprofesjonell samarbeidslæring ved Linköpings universitet**

Det helsefaglige fakultetet ved Linköpings universitet i Sverige har utviklet et opplegg for felleselementer i undervisningen i ulike helsefagutdanninger. Studentene fra sju utdanninger inkludert medisin får fellesundervisning i tre omganger, i henholdsvis helse/etikk/læring (7+3 uker, hvorav de siste er praksis) og klinisk praksis (to uker). I medisinstudiet kommer de to siste blokkene av fellesemner lenger ut i studiet enn i de andre, treårige utdanningene. I praksisdelen legges det vekt på egne og andres yrkesroller. Studentene er svært tilfreds med opplegget, og fakultetet ble kåret til «excellent utbildningsmiljö» i 2007.

TPS vil være enklest å få til ved de store utdanningsinstitusjonene med mange av utdanningene samlet på ett sted, som Universitetet i Tromsø og de største høyskolene, eller der flere nærliggende institusjoner til sammen har et bredt spekter av relevante tilbud. Men også små høyskoler med én eller et fåtall av de aktuelle utdanningene bør knyttes til strukturerte opplegg. I det videre arbeidet med å utforme og organisere den tverrprofesjonelle læringen må det tas hensyn til utdanningsinstitusjonenes ulike forutsetninger, og til at ikke alle praksissteder vil ha mulighet til å ta imot studenter fra flere utdanninger samtidig. I oppfølgingen av stortingsmeldingen blir det også viktig å se nærmere på hvordan TPS skal integreres med det øvrige studieopplegget for hver enkelt utdanning. Dette må vurderes i sammenheng med annet utviklingsarbeid knyttet til praksis, jf. Kapittel 8.2.

#### **9.1.3 Spesialisering på mastergradsnivå**

I tillegg til breddekunnskaper, helhetsforståelse og samarbeidskompetanse er det et klart uttrykt behov fra helse- og velferdstjenestenes side for økt spisskompetanse på ulike områder. Stadig økende kompleksitet i oppgavene og tilhørende kompetansekrav betyr at det i mange tilfeller vil være behov for kompetanse ut over det en treårig bachelorutdanning kan gi. Kompetansebehovene

i tjenestene må derfor dekkes av en kombinasjon av ansatte med utdanning på ulike nivåer.

Forholdet mellom breddekompetanse og spesialisering blir en sentral vurdering i det videre utviklingsarbeidet som skal skje for hver utdanning i oppfølgingen av meldingen. I en modell med brede grunnutdanninger vil spesialiseringen i større grad skje gjennom videreutdanninger og mastergrader. Det gir et fleksibelt system der skiftende krav til spisskompetanse kan avklares i et dynamisk samspill mellom tjenestene og de høyere utdanningsinstitusjonene, og tilbudene tilpasses etter det. Det gjelder både temaene og fagområdene der det er behov for spesialisering, og organisering av studieopplegget slik at det for eksempel kan kombineres med arbeid.

Det har lenge eksistert en rekke videreutdanninger for kandidater med helse- og sosialfaglig grunnutdanning. Gjennom flere nasjonale satsinger, for eksempel opptrappingsplanene for rusfeltet og psykisk helse og Kompetanseløftet 2015, er det også gitt særskilte tilskudd til videre- og etterutdanningstilbud som et ledd i å øke kunnskapsnivået og kvaliteten i tjenestene. Etter at Kvalitetsreformen ga høyskolene adgang til å tildele mastergrader, er det dessuten etablert et betydelig antall masterstudier på området. Noen gir fordypning og spesialisering innenfor en profesjon, som for eksempel master i klinisk sykepleie, mens andre er tverrfaglige, for eksempel master i psykisk helsearbeid. De fleste er tverrfaglige tilbud som tar opp studenter med ulike typer grunnutdanning, og der institusjonen kan utnytte sitt samlede fagmiljø på området til å tilby en mastergrad.

Stjernø-utvalget hilste denne utviklingen velkommen og pekte på at etablering av masterstudier med utspring i sterke profesjonsutdanningsmiljøer, gir et godt grunnlag for kunnskapsutvikling knyttet til yrkesfeltet og profesjonsutøvelsen. Dermed øker også kunnskapsnivået i tjenestene. Utvalget pekte samtidig på at det allerede finnes en del helse- og sosialfaglige mastergrader ved universitetene, og at nye, parallelle tilbud kan innebære spredning av de faglige ressursene.<sup>4</sup>

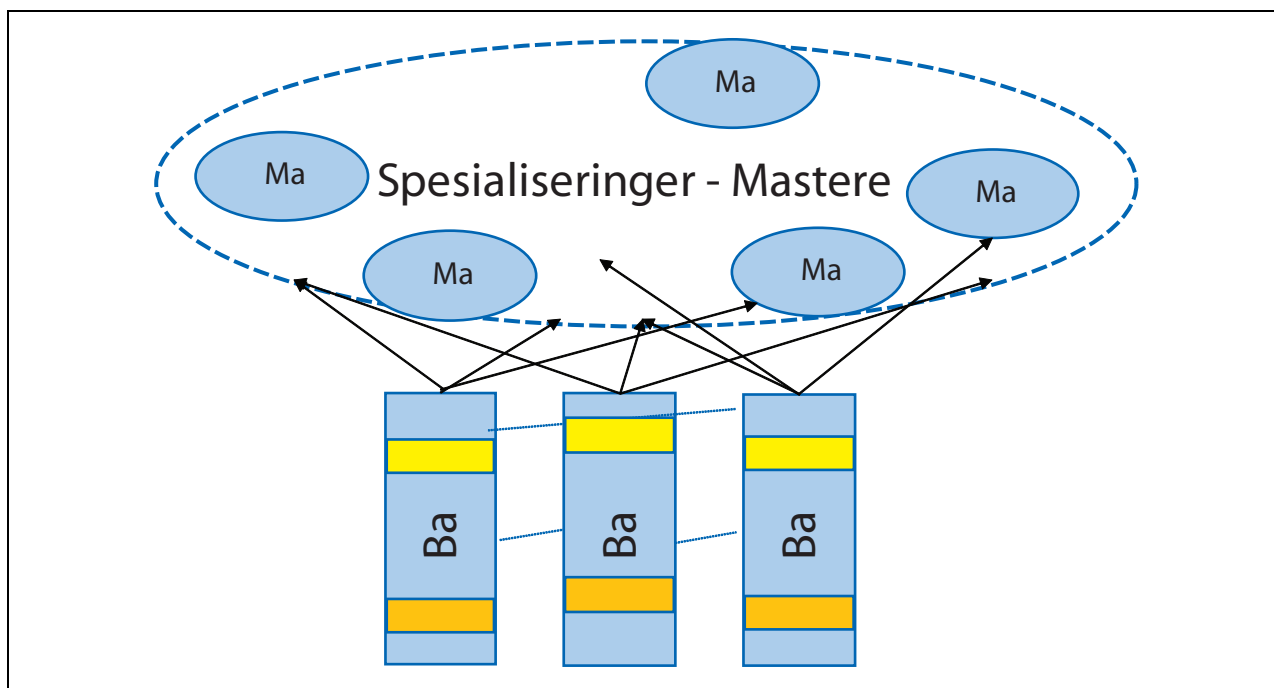
Figur 9.1 illustrerer at ulike helse- og sosialfaglige grunnutdanninger kan danne grunnlag for de samme mastergradene.

#### *Innpassing av eksisterende videreutdanninger*

Som nevnt finnes det en rekke kortere videreutdanninger på det helse- og sosialfaglige området, særlig for sykepleiere. Mange av dem er regulert

<sup>3</sup> Carpenter, John og Helen Dickinson (2008): *Interprofessional education and training* (Bristol: Policy Press).

<sup>4</sup> NOU 2008:3 *Sett under ett*, Kapittel 14.



Figur 9.1 Brede grunnutdanninger og spesialisering på mastergradsnivå

med rammeplan. Disse videreutdanningene gir i dag ikke alltid mulighet for videre påbygning dersom studentene ønsker å ta en mastergrad, slik at et masterstudium eventuelt vil innebære ytterligere to års studium. For å unngå at videreutdanningene blir blindveier i utdanningssystemet, bør det legges til rette for at de kan integreres i eller bygges på til en mastergrad, forutsatt at innholdet reelt sett er på masternivå. Dette avgjøres av NOKUT i hvert enkelt tilfelle, eller av institusjonen selv for universitetenes vedkommende. Samtidig kan det også finnes videreutdanninger eller påbygningsstudier som gir ny kompetanse i bredden, og som dermed ligger på bachelornivå. Innføringen av det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket vil bidra til å klargjøre den enkelte utdanningens plass i gradsstrukturen og mulige veier videre. Utviklingen i sektoren går i retning av at flere og flere videreutdanninger blir godkjent som del av en mastergrad, men det er viktig med fortsatt målbevisst arbeid på området.

#### 9.1.4 Overgang fra utdanning til yrke

Med brede grunnutdanninger understrekes yrkesfeltets rolle som lærings- og kvalifiseringsarena. Fra tid til annen oppstår debatter om «praksissjokk» eller om manglende «ferdigvare», det vil si at arbeidsgivere mener at kandidatene ikke har den kompetansen som kreves for yrket. Begge begrepene henspiller på at profesjonsutdanning

gene ikke innfrir forventninger om kvalifisering for arbeidslivet, henholdsvis blant arbeidsgiverne og hos kandidatene selv. Dette reiser spørsmålet om hvor langt utdanningsinstitusjonenes ansvar for yrkeskvalifiseringen strekker seg.

Utdanning og arbeidsliv har hver sine fortrinn som læringsarenaer, og praksisstudier som en del av utdanningene er derfor en god modell. God integrering mellom teoretisk undervisning, prosjektarbeid og praksis i yrkesfeltet skal til sammen gi studentene en solid grunnutdanning som gjør dem rustet til å starte sin yrkeskarriere i helse- og velferdstjenestene. Den kan imidlertid ikke forberede dem på alle arbeidsoppgaver og situasjoner de kan komme opp i. For at de skal kunne påta seg mer ansvar og mer kompliserte oppgaver, er modning og videre læring nødvendig. Studentrollen kan aldri bli lik yrkesrollen, og hvordan nyutdannede kandidater blir mottatt i arbeidslivet har derfor stor betydning for hvor godt de klarer å bruke det de har lært i utdanningen til det beste for tjenestene og brukerne.

I to norske studier dokumenteres utfordringene nyutdannede sykepleiere møter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De samme utfordringene antas i stor grad også å gjelde for spesialisthelsetjenesten. Den nye generasjonen sykepleiere har lært seg å aktivt søke ny kunnskap og bruke metoder for kunnskapshåndtering. De kan derfor tilføre arbeidsplassen kunnskaper som trengs i utviklingen av tjenestene. Men de



trenger bedre forståelse, støtte og veiledning fra arbeidsgivere, ledere og kolleger for å kunne utvikle sin profesjonelle yrkesutøvelse og en kunnskapsbasert praksis. Studiene viser at de første tre månedene er avgjørende for om de velger å fortsette i jobben eller bestemmer seg for å slutte.<sup>5</sup>

Regjeringen mener at både utdanningen og yrkesfeltet må ses på som viktige kvalifiseringsarenaer. Begge spiller på hver sin måte en nødvendig rolle på veien mot full yrkeskompetanse. Utdanningenes oppgave er ikke bare å tilfredsstille arbeidslivets umiddelbare behov; de skal utdanne kandidater for framtidens arbeidsliv, og dermed er en vesentlig del av grunnutdanningens oppgave å sette kandidatene i stand til å tilegne seg ny kunnskap og forvalte sin kompetanse videre.

For å få kvalifiserte og godt fungerende kandidater er det derfor viktig å sikre en god overgang fra utdanning til yrkesliv. Som vist i Kapittel 5.2 er det i dag store forskjeller med hensyn til hvordan overgangen formelt sett er organisert, der noen få utdanninger etterfølges av en turnusperiode før kandidatene kan arbeide selvstendig. Det er også store lokale variasjoner i graden av systematikk når nyutdannede ansettes. Undersøkelser viser at mange nyutdannede sykepleiere føler seg uforberedt på de kravene de møter i arbeidslivet, og at en betydelig andel angrer på yrkesvalget og kunne tenke seg å slutte.<sup>6</sup> For å sikre at alle nyutdannede kandidater blir tatt godt imot og gitt kvalifisert veiledning ved starten av sin yrkeskarriere, er det nødvendig å vurdere tiltak på nasjonalt nivå.

Regjeringen vil i samarbeid med arbeidsgiverne vurdere behovet for ulike former for veiledningsordninger for nyutdannede kandidater i helse- og velferdstjenestene. Ordningene kan være ulike avhengig av tjenesteområde og utdanning. Slike ordninger vil innebære en tydeliggjøring av det ansvaret alle arbeidsgivere har for å

### Boks 9.3 Trainee Vestfold

Seks kommuner i 12-kommunesamarbeidet i Vestfold – Larvik, Sandefjord, Tønsberg, Nøtterøy, Hof og Holmestrand – har startet et traineeprogram for nyutdannede sykepleiere og ingeniører innenfor kommunalteknikk. Prosjektet «Trainee Vestfold» skal gi tilpasset overgang fra studier til praksis, og gi nyutdannede trygghet i rollen som arbeidstaker. En god start på arbeidslivet kan styrke kommunene som en attraktiv arbeidsplass. Gjennom programmet vil deltakerne oppleve at kommunal sektor kan tilby et mangfold av spennende og meningsfulle arbeidsoppgaver. De vil få verdifull arbeidserfaring, kontakter og innsikt i kommunal forvaltning. «Trainee Vestfold» startet som et treårig utviklingsprosjekt i 2010 og har gjennomført opptak av seks traineer i 2010 og ytterligere åtte i 2011 (fire sykepleiere og fire ingeniører). Aktuelle søkere har deltatt på felles rekrutteringsdag med gruppeprosesser, enkeltintervjuer og uformelle samtaler med fagpersoner i kommunene. Traineeperioden er 18 måneder. Traineeene får fast og lik lønn, egen fagveileder og mentor, og deltar på temasamlinger, studietur og sosiale treff. De jobber seks måneder i tre forskjellige kommuner inkludert kortere hospiteringer. Erfaringene hittil viser stor merverdi av at nyutdannede kan dele sine opplevelser og erfaringer med hverandre i overgangen fra studier til arbeidsliv. Erfaringsutveksling og diskusjon gjør dem mer bevisste i møtet med utfordringer i arbeidslivet. I tillegg fungerer de som formidlere av god praksis mellom kommunene. Etter hver periode på seks måneder skriver traineeene evalueringsrapport basert på sine observasjoner som nye arbeidstakere.

<sup>5</sup> Sneltvedt, T. Odland, L. H. & Sørli, V. (2009): «Standing on one's own feet: New graduate nurses' home health care challenges and work experience». *Home Health Care Management & Practice*, 22, 262-268.

Sneltvedt, T. & Sørli, V. (2011): «Valuing professional pride and compensating for lack of experience: Challenges for leaders and colleagues based on recently graduated nurses' narratives». *Home Health Care Management & Practice*. Publisert online 2011: <http://hhc.sagepub.com/content/early/2011/07/05/1084822311412592>

<sup>6</sup> Frøland, Oddvar (2005): *Fra student til sykepleier: Sykepleieres yrkesforløp og yrkesverdier*. Fou-rapport Diakonissehjemmets høyskole 1/2005.

Sjetne, Ingeborg Strømseng (2011): *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009*. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten.

lære opp nyansatte. Det betyr ikke at utdannings-tiden forlenges eller at arbeidsgiver overtar deler av utdanningsansvaret fra universiteter og høyskoler. Derimot må arbeidsgiverne vurdere hvordan de ivaretar veilednings- og opplæringsansvaret i dag og eventuelt foreta justeringer.

Erfarne ansatte med veiledningskompetanse er en forutsetning for å få på plass mer systematiske veiledningsordninger. Som et første skritt vil Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet i 2012 sette i gang et arbeid for å etablere vide-reutdanningstilbud på høyskole-/universitetsnivå



for å kvalifisere ansatte i barnevernet til å gi profesjonell veiledning til nyutdannede og nytilsatte kolleger. Lignende tilbud vil bli vurdert på andre områder.

## 9.2 Praksisstudier: yrkesfeltet som læringsarena under utdanningen

Praksisstudier er en sentral del av helse- og sosialfagutdanningene. Formålet med praksisstudier er å styrke studentenes kunnskap om arbeidsfeltet og trene på reelle arbeidssituasjoner, og derigjennom forberede dem best mulig for yrket. Å benytte arbeidsplassen som læringsarena der studentene deltar i den daglige virksomheten, gir dem mulighet til å prøve ut sine kunnskaper, vurdere teori og praksis i sammenheng og utvikle en bevisst og reflektert holdning til yrkesutøvelsen.

For praksisstedene er det mange fordeler ved å ta imot og veilede studenter. Studentene kan løse konkrete oppdrag gjennom prosjektoppgaver. Ansatte blir oppdatert og stimulert til faglig refleksjon, og de får tilgang til et bredere fagmiljø ved utdanningsinstitusjonen.<sup>7</sup> Dermed øker muligheten for å utvikle fag- og forskningssamarbeid. Praksisstudier vil også kunne bidra til rekruttering av arbeidskraft gjennom at arbeidsgiverne kan motivere studenter til å søke jobb i virksomheten senere.

Praksisstudier inngår i studieløpet for alle de 18 helse- og sosialfaglige grunnutdanningene i Tabell 9.1. Disse er fordelt på til sammen over 100 studietilbud rundt om i landet. For å utdanne ett studentkull fra utdanningene må det planlegges og gjennomføres om lag 330 000 studentukeverk i praksisfeltet (2008-tall).<sup>8</sup> I tillegg kommer praksis i etter- og videreutdanning, mastergrader, turnus, spesialistutdanning, for utvekslingsstudenter, i fagskoleutdanning og i fag- og yrkesopplæringen i videregående skole. For å kunne håndtere et slikt omfang av praksisstudier er det et særlig stort behov for godt samspill mellom utdanning og yrkesfelt.

### 9.2.1 Utfordringer

Universitets- og høyskolerådet (UHR) har gjennomført en kartlegging av forholdene knyttet til praksisstudiene.<sup>9</sup> Kartleggingen viser blant annet

at det er store variasjoner mellom utdanninger og tjenesteområder i hvordan praksisstudiene organiseres og hvilke rammebetingelser de opererer under. Ifølge rapporten er en rekke sentrale utfordringer likevel felles:

- for få gode og relevante praksisplasser
- samarbeidet med yrkesfeltet er uforutsigbart og lite stabilt over tid
- for liten stabilitet i tilgang på veiledere og veiledningskompetanse
- usikkerhet omkring ansvar, rolle og funksjoner
- ulikt syn på veiledning og veiledningsmodeller
- svakt ressursgrunnlag, manglende finansiering
- mangel på forpliktende avtaler og kvalitetssikring

### Svakheter i kvalitet og relevans

Det følger av lov om universiteter og høyskoler at de høyere utdanningsinstitusjonene har ansvaret for kvaliteten i alle deler av studiene, også praksisdelen. De opplever imidlertid å ha få virkemidler for å sikre relevante og gode praksisplasser. I NOU 2008:3 fastslo Stjernø-utvalget, blant annet på bakgrunn av NOKUTs evalueringer av sentrale yrkesutdanninger, at det er behov for tiltak for å heve kvaliteten i praksisperiodene. En gjennomgående kritikk i evalueringene er dårlig integrering mellom praksisstudiene og undervisningen ved institusjonen.

Norsk Studentorganisasjon (NSO) har i lang tid meldt fra om både kvalitetssvikt og bruk av lite relevante praksisplasser i sykepleierutdanningen. Arbeids- og velferdsdirektoratet viser til behovet for å styrke kompetansen i NAV og mener at praksisstudier er viktig både for dem som ser for seg NAV som framtidig arbeidssted, og for andre som trenger å kjenne til hvordan NAV fungerer. Også forskning viser betydningen av god praksisundervisning for at studentene skal bli godt forberedt på yrkeslivet. I forskningsprosjektet «I kryssilden mellom utdanning og praksisfeltets krav» dokumenteres det betydelige avvik mellom hva som læres i sosionom-, vernepleier- og barnevernspedagogutdanningene og de faktiske faglige utfordringene i yrkesfeltet. Forskerne skisserer en ny utdanningsmodell som legger vekt på praksisstudiens betydning for utvikling av relevant handlingskompetanse.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Brandt, Ellen (2005): *Kartlegging av praksisbasert høyere utdanning*. NIFU STEP Skriftserie 8/2005.

<sup>8</sup> *Fokus på praksisstudiene i Helse- og sosialfagutdanningene*. Rapport fra Universitets- og høyskolerådet, 2010.

<sup>9</sup> UHR 2010.

<sup>10</sup> Fauske H., Kollstad M., Nilsen S., Nygren P., Skårderud F. (2006): *Utakter – Om helse- og sosialfaglig kompetanse i utdanning og praksis*. Gyldendal.

Fra KS og Spekter har det kommet kritikk mot gjennomføringen og finansieringen av praksisstudiene. Det gjelder både innrettingen av utdanningene og valget av læringsformer, som de mener må bli mer oppdatert i lys av endringene i tjenestenes innhold og organisering. Utdanningsinstitusjonenes krav om en til en-veiledning eller bare profesjonsspesifikk veiledning oppleves som både urealistisk og uhensiktsmessig. Hver veileder kan med fordel veilede flere studenter samtidig, gjerne fra flere utdanninger som bruker samme praksisarena, jf. drøftingen av TPS i Kapittel 9.1.2.

I dag er omfanget av praksisstudier for de korte profesjonsutdanningene målt i antall studentukeverk omtrent dobbelt så stort i spesialisthelsetjenesten som i de øvrige helse- og velferdstjenestene. Særlig som følge av Samhandlingsreformen må flere studenter få praksis i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Også i NAV og barnevernet er det behov for å styrke praksisstudiene. Det innebærer at utdanningsinstitusjonene må ta i bruk et bredere spekter av praksissteder og legge til rette for god koordinering av praksis og teoretisk undervisning. Økt bruk av kommunene, NAV og barnevernet som praksisarena vil være krevende, særlig for de små tjenestestedene, men er nødvendig for at kandidatene skal opparbeide relevant kompetanse med tanke på framtidig arbeid i disse delene av tjenestene.

Praksisstudienes plassering i studieåret er i hovedsak styrt av utdanningsinstitusjonenes fagplaner. Resultatet blir en ujevn bruk av praksisfeltet gjennom året. Dette gjør det vanskelig for praksisstedene å finne gode løsninger. Spesielt krevende er det for dem som mottar studenter fra flere utdanningsinstitusjoner. Det er derfor behov for bedre koordinering slik at praksisstudienes plassering i studieåret og lengden på periodene tar hensyn til tjenestenes behov og muligheter for å ta imot studentene.

Det er store variasjoner mellom utdanningene med hensyn til hvem som tar ansvar for studentene mens de er i praksis, fra integrert klinisk opplæring i universitetssykehusene for medisinstudentene, via sykepleierutdanningene med stort nærvær av høyskolelærere i praksisperiodene, til utdanninger der det faglige ansvaret for praksisstudiene tradisjonelt overlates til praksisveileder. Alle studenter har krav på veiledning av en kompetent veileder; det eksisterer imidlertid ingen felles forståelse av hva dette innebærer eller hvilken tidsressurs som skal settes av til veiledning. I en hverdag med krevende oppgaver og mange kryssende krav er det fare for at veiledning av studenter må vike for oppgaver knyttet mer direkte til

pasienter og brukere så lenge det ikke eksisterer klare retningslinjer.

#### *Ulikt omfang av praksis*

Det er stor variasjon i omfanget av praksisundervisning i utdanningene.<sup>11</sup> Rammeplanene for de treårige grunnutdanningene inneholder detaljerte bestemmelser om antall praksisuker. De grunnutdanningene som ikke har rammeplan bestemmer selv omfanget, og det kan dermed variere fra lærested til lærested. Praksisundervisning har relativt sett mindre omfang i de lange utdanningene enn i de treårige profesjonsutdanningene, men studiemodellen er også en annen. For eksempel har medisins- og odontologistudiene lange tradisjoner for integrering av teori og praksis i klinisk undervisning ved universitetssykehus eller i egne universitetsklinikker. Forskning viser at kandidatene fra de lengre og mer teoritunge studiene er tryggere i yrkesrollen tre år etter endt utdanning enn for eksempel sykepleierutdannet personell, som har mest eksternt praksis av alle.<sup>12</sup> Slike funn gir grunnlag for å stille spørsmål ved forholdet mellom undervisning ved institusjonen, typen praksis og tid i praksis.

#### *Ulikhet i lov- og regelverk*

Praksisfeltets ansvar for å ta imot og veilede studenter og elever i praksisperiodene kan være hjemlet i lov, forskrift, vedtekter, instruks, ulike styringsdokumenter som tildelingsbrev og oppdragsdokumenter eller i samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet. Det varierer fra utdanning til utdanning og fra sektor til sektor i hvilken grad det er fastsatt et slikt ansvar. På enkelte områder er det lovfestet klare forpliktelser for praksisstedene til å sørge for at studenter og elever får den nødvendige opplæringen. Dette gjelder for eksempel i apotekloven og i spesialisthelsetjenesten. I lov av 2. februar 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-5 står det:

De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen.

<sup>11</sup> UHR 2010.

<sup>12</sup> Smeby, J.-C., & A. Vågan (2008): «Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians». *Journal of Education and Work*, 21(2), 159-173.

De regionale helseforetakene har altså et selvstendig, lovpålagt ansvar for å *sørge for* at studenter og elever får gjennomført praksisopplæringen. I det årlige oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet blir det fastsatt hvor mange praksisplasser helseforetaket må stille til disposisjon. Helseforetakenes utdanningsoppgaver, herunder veiledning av studenter i praksis, finansieres gjennom deres basisbevilgninger, og det er etablert regionale samarbeidsorganer mellom de høyere utdanningsinstitusjonene og foretakene.

Som en følge av reformer i velferdstjenestene er det som nevnt behov for en tyngdeforskyvning i bruk av praksisarenaer slik at flere studenter får praksis i kommunal sektor, NAV og barnevernet. I tannhelsestjenesteloven er fylkeskommunene pålagt å *medvirke til* undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell. På tilsvarende måte er kommuner pålagt å *medvirke til* opplæring av helsepersonell. I lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 8-1 står det bl.a.:

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning.

Tilsvarende formulering var brukt i kommunehelsestjenesteloven som ble opphevet 1. januar 2012.

Kommunesektorens ansvar er altså definert som et medvirkningsansvar og ikke som et selvstendig ansvar slik det er i spesialisthelsetjenesteloven. En annen forskjell er at de regionale helseforetakene styres gjennom oppdragsdokument og foretaksmøter. Oppdragsdokumentet har et eget kapittel om utdanning av helsepersonell der ansvaret for praksisundervisningen er nærmere omtalt. Det er i dag mangel på praksisplasser i kommunene, og universiteter og høyskoler benytter dermed i for stor grad spesialisthelsetjenesten som praksisarena. Resultatet er at kandidatene kommer ut med en kompetanse som ikke i tilstrekkelig grad er orientert mot arbeid i kommunene. Med gjennomføringen av Samhandlingsreformen forsterkes behovet for en tyngdeforskyvning i bruken av praksissteder.

I barnevernloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen er det ingen bestemmelser som omtaler tjenestenes ansvar for praksisveiledning av elever og studenter. Det er dermed opp til hvert tjenestested om de ønsker å ta imot elever og studenter i praksis. Både i kommunesektoren og innenfor disse tjenestene er der-

for utdanningsinstitusjonene avhengige av avtaler med den enkelte arbeidsgiver eller den enkelte veileder i yrkesfeltet om tilgang til praksisplasser og veiledning.

### 9.2.2 Vurdering av tiltak

Det er behov for en nærmere vurdering av organisering og innhold i praksisstudiene og rammebetingelsene for praksis. God og relevant praksisopplæring er en forutsetning for at helse- og velferdstjenestene skal få tilført kvalifisert personell med riktig kompetanse. Regjeringen vil sette i gang et utviklingsarbeid for å heve kvaliteten og relevansen i praksisstudiene og utrede hvordan praksis kan knyttes nærmere opp til kontakt med brukerne i ulike sektorer.

#### *Mulig lovfesting*

Variasjonene mellom utdanninger og mellom sektorområder når det gjelder ansvaret for praksisopplæringen, skaper uforutsigbarhet i gjennomføringen av praksisstudier. Det kan være en årsak til at viktige tjenesteområder med stort behov for kompetent arbeidskraft ikke benyttes godt nok som praksisarena. Regjeringen vil vurdere om en lovfestet plikt for alle sektorene og forvaltningsnivåene kan bidra til at elever og studenter får den nødvendige praksisopplæringen, men har ikke tatt stilling til lovfesting. I den videre prosessen må det vurderes nærmere hvilket omfang en slik plikt eventuelt skal ha, og hvilke tjenestesteder som skal kunne pålegges å ta imot elever og studenter. Dette må blant annet ses i sammenheng med kravene til kvalitet, jf. nedenfor. Erfaringer med tilsvarende lovfesting for barnehage- og skolesektoren er gode, jf. Boks 9.4. Andre alternativer for å sikre tilgang til gode og relevante praksisplasser vil også bli vurdert, herunder utvidet bruk av avtaler.

#### *Avtaler*

Uavhengig av spørsmålet om lovregulering kan det i større grad enn i dag inngås forpliktende avtaler om praksisundervisning som fastsetter hvordan samarbeidet om praksisopplæringen skal foregå, hvordan ansvar og oppgaver skal fordeles mellom partene, samt hvilke andre områder det kan være aktuelt å samarbeide om. Slik kan det skapes en vinn-vinn-situasjon for yrkesfeltet, utdanningsinstitusjonene og studentene. Avtaler som også omhandler andre samarbeidsområder, vil gi prak-

#### **Boks 9.4 Lovfestet plikt til praksisopplæring i barnehager og skoler**

Alle barnehageeiere har siden 1978 vært pålagt å stille barnehagen til disposisjon for øvingsopplæring av førskolelærerstudenter. Når det gjelder bruk av skoler som øvingsarena, fikk departementet i 1998 hjemmel i opplæringslovens § 10-7 til å kunne pålegge kommuner og fylkeskommuner å gi studenter praksisopplæring i skolen. Også før lovendringen hadde imidlertid undervisningspersonalet plikt til å veilede lærerstudenter under studentenes praksis i skolen. I 2002 ble det innført et system med avtaler mellom utdanningsinstitusjonene og barnehage- og skoleeierne. Barnehager og skoler får refundert ekstraplattformene ved å ta imot studenter. Avtalene for praksisskolene skal inneholde nærmere bestemmelser om organisering og gjennomføring av praksisopplæringen, kompetanseutvikling, vilkår for praksislærerne mv. I mange kommuner og fylkeskommuner er det inngått rammeavtaler på kommunenivå i tillegg til avtaler med den enkelte praksisskolen. Avtalene sikrer langsiktighet og forutsigbarhet rundt studentenes praksisopplæring, samtidig som den legges inn i skolens planer. Ved flere utdanningsinstitusjoner er samarbeidet utvidet gjennom avtaler om partnerskap med skoler. Skolene trekkes da tettere inn i studentenes utdanningsløp. I tillegg utvides gjerne kontakten gjennom tilbud om etter- og videreutdanning, felles FoU-arbeid, utveksling av lærerkrefter mv.

sisstedene fordeler ut over det at de bidrar til å sikre kvalifisert arbeidskraft i framtiden. Avtalene må tilpasses de ulike praksisarenaene og utdanningene, og må omfatte kvalitetskrav til praksisstedene og kompetansekrav til veilederne.

I tillegg til praksisopplæring kan avtaler mellom helse- og velferdstjenestene og utdanningsinstitusjonene for eksempel omfatte:

- forskning og fagutvikling
- etter- og videreutdanning
- personalutveksling og hospitering
- fag- og studieplanutvikling

I avtalen kan det også inngå at det skal opprettes et samarbeidsorgan som har ansvar for iverksettelse og oppfølging av den.

#### *Utviklingsarbeid for økt kvalitet og relevans*

De kvalitetsmessige svakhetene ved dagens praksisstudier er godt dokumentert. Det er derfor behov for kvalitetssikring og -utvikling av praksisstudiene i samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene. Enkelte institusjoner som for eksempel Høgskolen i Oslo og Akershus, har kommet langt i arbeidet med å utvikle nye veiledningsmodeller og gode samarbeidsstrukturer med både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne typen utviklingsarbeid er et viktig grunnlag for det videre arbeidet nasjonalt med utvikling av kvaliteten i praksisstudiene.

Kunnskapsdepartementet vil sette i gang et utviklingsarbeid for økt kvalitet og relevans i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Omfang, innhold, organisering, krav til praksissteder og -veiledere og tverrprofesjonell samarbeidslæring vil være viktige temaer.<sup>13</sup> Det skal også utarbeides kvalitetsindikatorer for gode praksisstudier og praksissteder, herunder veiledningskompetanse. Arbeidet vil skje i et samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren, helse- og velferdstjenestene og ansvarlige myndigheter.

### **9.3 Styling av innhold og struktur i høyere utdanning<sup>14</sup>**

#### **9.3.1 Kompetansekrav**

Det er en klar forventning til universitetene og høyskolene, enkeltvis og som system, at de utdanner kandidater med kompetanse i tråd med arbeidslivets behov. Den samfunnsmessige betydningen av at helse- og velferdstjenestene får tilført personell med riktig kompetanse, tilsier at det er behov for mekanismer på nasjonalt nivå for å sikre at denne forventningen oppfylles. En viktig forutsetning er at utdanningsinstitusjonene får kjennskap til hvilke krav og forventninger tjenestene har til utdanningene. Samtidig har institusjonene stor frihet til å bestemme fagprofil og innretning av studiene. Godt samspill mellom utdanning og

<sup>13</sup> For enkelte utdanninger stilles det spesifikke krav til praksis i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

<sup>14</sup> En samlet oversikt over styringen av høyere utdanning finnes i Vedlegg 6.

arbeidsliv er derfor nødvendig for å sikre hensiktsmessige kompetansekrav.

I dag er rammeplaner den viktigste styringsmekanismen når det gjelder innhold og organisering av utdanningene, men ikke alle utdanningene har rammeplan, og planene har klare svakheter. I tillegg legger rammeplanene stor vekt på innsatsfaktorer, mens de siste årenes utvikling i styring av høyere utdanning legger vekt på resultater og kandidatenes sluttkompetanse. Det kan likevel fortsatt være behov for å ha styringsmekanismer som sikrer at sentrale innsatsfaktorer er på plass på noen områder.

Som tidligere beskrevet etterlyser tjenestene bedre generell kompetanse og større breddekunnskaper hos kandidatene i tillegg til den fag- og profesjonsspesifikke kompetansen. Kravene til generell kompetanse vil til en viss grad bli ivare tatt gjennom innføringen av det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket, der blant annet kommunikasjonskompetanse og evne til etisk refleksjon inngår i læringsutbyttebeskrivelsene for alle gradsnivåene. Kvalifikasjonsrammeverket går imidlertid ikke inn på enkeltutdanninger eller fagområder, men stiller felles krav til all utdanning på samme nivå i utdanningssystemet.

Kvalifikasjonsrammeverk beskriver kvalifikasjonene i utdanningssystemet i form av læringsutbytte. Slike rammeverk er under innføring i hele Europa og finnes også i andre deler av verden. Formålet er blant annet å gjøre det lettere å sammenligne kvalifikasjoner over landegrensene. I Norge ble læringsutbyttebeskrivelser for gradsnivåene i høyere utdanning fastsatt i 2009, mens Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring, som omfatter alle nivåene i utdanningssystemet, ble fastsatt i desember 2011.<sup>15</sup>

At kandidatene faktisk får den kompetansen som kvalifikasjonsrammeverket fastsetter, vil i framtiden være tema for NOKUTs akkrediteringer, siden kravene er felles for all høyere utdanning. Det har vært foreslått at NOKUT i tillegg kan få en utvidet rolle overfor visse profesjonsutdanninger ved at det stilles egne akkrediteringskrav og på den måten legges føringer for organisering og innhold i utdanningene. Andre land, for eksempel Canada, har systemer for akkreditering av profesjonsutdanninger der grunnlaget ikke er generelle akademiske kriterier, men om kandidaten har oppnådd fastsatte kompetansemål for den aktuelle yrkesgruppen. Kunnskapsdepartementet mener imidlertid at det er prinsipielt viktig at

NOKUTs kvalitetskrav og -kriterier er de samme for all høyere utdanning, og vil ikke innføre spesifikke akkrediteringskrav for enkeltutdanninger.

Et annet, mer indirekte styringsmiddel er autorisasjon. 29 yrker i helse- og velferdstjenestene er underlagt krav om autorisasjon etter lov om helsepersonell, og det finnes også autorisasjonsordninger på andre områder, for eksempel for revisorer. I dag gis det automatisk autorisasjon ved fullført utdanning, unntatt for yrker der det kreves turnustjeneste.<sup>16</sup> Dermed er det utdanningsmyndighetene og ikke sektormyndighetene som fastsetter (gjennom rammeplanene) hva for eksempel en sykepleier eller fysioterapeut skal kunne. Der det ikke finnes rammeplaner, formuleres læringsmålene av hver enkelt utdanningsinstitusjon.

Styringen av utdanningene må sørge for at studentene forberedes på arbeidsoppgavene og arbeidsmåtene i framtidens helse- og velferdstjenester. Styringen må videre ivareta både utdanningsinstitusjonenes faglige og metodiske frihet og tjenestenes behov for å kunne stille krav til kandidatenes kompetanse. Det vil derfor bli satt i gang et tverrdepartementalt utviklingsarbeid for å vurdere nærmere på hvilken måte kompetansekrav knyttet til den enkelte utdanning skal utformes, fastsettes og formidles i framtiden. En mulighet kan være at kravene fastsettes av relevante sektormyndigheter i forbindelse med autorisasjon, men dette må eventuelt utredes nærmere. Universitetene og høyskolene vil uansett måtte fastsette mål for læringsutbytte i sine studieplaner med utgangspunkt i kravene, på samme måte som rammeplanene danner utgangspunkt i dag. Slik sikres forbindelsen mellom yrkesfeltets krav til kompetanse og innholdet i utdanningene. Samtidig må læringsutbyttebeskrivelsene være i overensstemmelse med de generelle kravene til nivåene i høyere utdanning i det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket.

### 9.3.2 Rammeplan og forskrift

Av de 18 helse- og sosialfaglige grunnutdanningene i Tabell 9.1 er åtte i dag regulert med rammeplan, mens ti ikke har rammeplan. I tillegg finnes det rammeplaner for en rekke videreutdanninger. Rammeplanene regulerer oppbygningen av og innholdet i utdanningene, og fastlegger dermed også strukturen av utdanninger. De er forpliktende og skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningene framstår som enhet-

<sup>15</sup> Se <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/tema/livslanglaring/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk.html?id=601327>.

<sup>16</sup> Lege, fysioterapeut, kiropraktor og ortopediingeniør.

lige og gjenkjennelige uavhengig av institusjon. På den annen side har de lenge vært kritisert for å begrense institusjonenes faglige autonomi, hemme nytenkning og hindre lokale tilpasninger i gjennomføringen av utdanningene. I noen tilfeller er de i utakt med utviklingen i tjenestene; rammeplanen for sykepleierutdanning stiller for eksempel detaljerte krav til praksis ved sengepost, mens dette gradvis både har blitt mindre relevant og samtidig en belastning for praksisstedene på grunn av færre liggedøgn ved sykehusene. Stjernø-utvalget pekte i tillegg på at rammeplanene ikke gir noen garanti for kvalitet, og at undersøkelser har vist at det er svært forskjellig hvordan de ulike utdanningsinstitusjonene følger dem opp i sine fagplaner. Utvalget foreslo å utvikle rammeplanene forutsatt at nødvendige nasjonale kompetansekrav til kandidatene fastsettes på annen måte.

Alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene, inkludert de lange profesjonsutdanningene, bør styres på samme måte. I en situasjon der tjenestene etterlyser tverrfaglighet og samhandling, tjener enkeltvis rammeplaner til å befestе skiller mellom utdanningene. På sikt vurderer Kunnskapsdepartementet derfor å erstatte de nåværende rammeplanene med en felles forskrift for alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene på universitets- og høyskolenivå. Forskriften vil i så fall omfatte felles innhold og krav til praksisperiodene, men vil til forskjell fra rammeplanene ikke inneholde kompetansemål knyttet til den enkelte utdanning. Et system for fastsettelse av kompetansekrav må derfor være på plass før rammeplanene kan oppheves, jf. forrige punkt.

Dersom det innføres en slik forskrift, vil den omfatte alle de 18 grunnutdanningene som i dag er regulert på nasjonalt nivå gjennom rammeplan og/eller autorisasjon. Det kan også være aktuelt å inkludere enkelte andre utdanninger. Kriteriet for innlemming vil være at den aktuelle utdanningen vurderes som viktig for helse- og velferdstjenestene. Utvelgelsen må skje i et samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet og de relevante sektormyndighetene. Det må også etableres en mekanisme for å vurdere innlemming av nye utdanninger i framtiden.

### 9.3.3 Faglig samordning

Universitets- og høyskolerådet og dets underliggende faglige rådsorganer har en viktig funksjon i å samordne innholdet i ulike utdanninger på frivillig basis slik at kandidatene som utdannes har en felles kjernekompetanse. Dette er ikke til hinder

for lokal profilering i form av ulike vektlegging, spesielle fordypninger osv. Innenfor det overordnede rammeverket for styring som foreslås ovenfor for helse- og sosialfagene i høyere utdanning, vil denne oppgaven bli enda viktigere, og Kunnskapsdepartementet vil drøfte med rådet hvordan den kan styrkes.

### 9.3.4 Skikkethet

Med dagens ordning der autorisasjon gis automatisk på grunnlag av fullført utdanning, faller ansvaret for å vurdere kandidatens skikkethet i sin helhet på de høyere utdanningsinstitusjonene. Grunnlaget for vurderingen finnes i lov om universiteter og høyskoler § 4 – 10. Skikkethetsvurdering er definert slik:

Løpende skikkethetsvurdering av alle studenter skal foregå gjennom hele studiet og skal inngå i en helhetsvurdering av studentens faglige og personlige forutsetninger for å kunne fungere som lærer eller som helse- eller sosialpersonell. En student som utgjør en mulig fare for barnehagebarns og elevers eller pasienters, klienters og brukeres liv, fysiske og psykiske helse, rettigheter og sikkerhet, er ikke skikket for yrket.<sup>17</sup>

En fersk rapport tyder på at det er svakheter knyttet til rammene for og gjennomføringen av skikkethetsarbeidet ved institusjonene.<sup>18</sup> Rapporten peker på uklarheter i lov- og regelverk, samtidig som skikkethetsarbeidet i mange tilfeller får for svak oppmerksomhet. Svært få studenter blir vurdert som uskikket.

Et godt system for skikkethetsvurdering er avgjørende for tilliten til helse- og velferdstjenestene. Kunnskapsdepartementet vil videreføre ordningen med skikkethetsvurdering i utdanningene og vurdere rapportens forslag til forbedringer.

## 9.4 Styring av kapasitet

Mens universitetene og høyskolene tidligere fikk finansiering per aktivitet, med utstrakt bruk av måltall for enkeltutdanninger, er de nå rammefinansiert og kan selv opprette studietilbud og omstille kapasitet i tråd med studentenes og samfunnets etterspørsel. For 15 helsefaglige grunnut-

<sup>17</sup> Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning § 2.

<sup>18</sup> *Skikkethetsarbeid i UH-institusjonene*. UHR-rapport, mars 2011.

danninger og seks videreutdanninger for sykepleiere setter imidlertid Kunnskapsdepartementet aktivitetskrav for hver av utdanningsinstitusjonene. Aktivitetskravene skal sikre at utdanningene gis mange steder i landet og at det utdannes tilstrekkelig mange kandidater både nasjonalt og regionalt.

For de fleste av utdanningene defineres aktivitetskravet som et minimum antall 60-studiepoengsenheter som må være avlagt det første studieåret. For enkelte videreutdanninger innenfor sykepleie som ikke har årlig opptak, settes det krav til gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Aktivitetskravene gjelder med andre ord ikke antall ferdige kandidater, som påvirkes av frafall underveis i studieløpet, inkludert skifte av studium eller institusjon. Det kan argumenteres for at et måltall for ferdige kandidater ville fange opp bedre om arbeidslivet får tilstrekkelig tilgang på utdannet arbeidskraft.

Universitetene og høyskolene er fra 2012 underlagt en ny nasjonal målstruktur som innebærer ytterligere delegering av myndighet til institusjonene ved at de selv fastsetter mål for virksomheten. Dermed kan de fastsette virksomhetsmålene i tråd med egne strategier og prioriteringer. Den nye målstrukturen kan også få betydning for bruken av aktivitetskrav som styringsvirkemiddel. Kunnskapsdepartementet vil vurdere aktivitetskravene og samarbeide med institusjonene og andre aktører om hvilke styringsvirkemidler som best kan sikre at det utdannes et tilstrekkelig antall kandidater til helse- og velferdstjenestene på nasjonalt og regionalt nivå.

Tildeling av midler til studieplasser er et annet virkemiddel for styring av kapasitet. Departementet kan da både prioritere utdanningsområder der det er særlig stort behov i arbeidsmarkedet, og gi midler til studieplasser som institusjonene kan bruke på fagområder de selv velger ut fra sin profil og strategi. Gjennom tildelingene i 2009-2011 er de helse- og sosialfaglige utdanningene tilført nærmere 1100 nye studieplasser, tilsvarende nesten 3000 plasser fullt utbygd. I tillegg kommer eventuelle plasser innenfor disse fagområdene som institusjonene har opprettet innenfor rammen av de frie studieplassene som ble tildelt samtidig.

Som beskrevet i Vedlegg 2 viser SSBs framskrivinger samlet sett god balanse mellom tilbud og etterspørsel etter universitets- og høyskoleutdannet personell i årene framover på nasjonalt nivå. De helse- og sosialfaglige utdanningene har gjennomgående god rekruttering, men det er store regionale variasjoner, og svak søkning til

enkelte institusjoner kan over tid gi dårligere tilgang på kandidater noen steder. Departementet følger kontinuerlig med på utviklingen og vil vurdere behovet for studieplasser i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.

## 9.5 Mer om utdanningskvalitet

Utgangspunktet for denne stortingsmeldingen er befolkningens behov for helse- og velferdstjenester og hvordan utdanningene kan bidra til at tjenestene svarer best mulig på disse behovene. Hovedvekten ligger derfor på innretningen av de aktuelle utdanningene og nødvendige endringer i innhold og organisering. Parallelt fortsetter det løpende arbeidet med å sikre og heve kvaliteten i all høyere utdanning.

Kvalitetsreformen, med etableringen av NOKUT som et viktig element, har gitt en ny og helhetlig systematikk for kvalitetssikring av norsk høyere utdanning. Det er likevel behov for mer kunnskap om kvaliteten som grunnlag for videre utvikling.

NOKUT har fått endret sitt mandat i retning av større vekt på kvalitetsutvikling i tillegg til kontrollfunksjonen. Hovedansvaret for kvaliteten ligger likevel hos institusjonene selv. Endringene som må skje i de helse- og sosialfaglige utdanningene i årene framover, vil kreve godt arbeid og god ledelse på alle nivåer.

Norge har en desentralisert struktur av universiteter og høyskoler som gir god tilgang til høyere utdanning i alle deler av landet. Stjernøutvalgets analyse i NOU 2008:3 *Sett under ett* viste imidlertid at mange av fagmiljøene trenger å styrkes. Det gjelder også på det helse- og sosialfaglige området, og Kunnskapsdepartementet vil følge opp dette gjennom politikken for samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon (SAK). Også etablering av forskerskoler med deltakelse av flere institusjoner vil bidra til å utnytte de samlede faglige ressursene bedre, jf. Kapittel 10.3.4.

### 9.5.1 Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk

Det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket inneholder som nevnt overordnede læringsutbyttebeskrivelser knyttet til nivåene i utdanningssystemet, som så konkretiseres i institusjonenes fag- og studieplaner. Dermed dreies tenkningen om innholdet i studieprogrammene mot hvilken kompetanse de skal gi, og denne kompetansen synliggjøres på en tydelig måte for potensielle studenter, arbeidsgivere og institusjonene selv. Slik blir det

også enklere for yrkesfeltet å bedømme relevansen av programmene og gi innspill til endringer.

Innføringen av kvalifikasjonsrammeverket i 2012 vil være et viktig bidrag til kvalitetsheving også av de helse- og sosialfaglige utdanningene. Samtidig vil kravene til generell kompetanse i læringsutbyttebeskrivelsene bidra til å styrke kandidatenes kompetanse på områder der tjenestene mener den er for svak i dag, som kommunikasjon og samhandling og evne til kritisk og etisk refleksjon.

### 9.5.2 Internasjonalisering

Internasjonal utveksling og deltakelse på kunnskapsfronten er et viktig korrektiv til norsk kunnskapspolitikk. Det er bare i samhandling og i sammenligning med andre at vi vet hva vi selv står for. Gjennom internasjonalt orienterte fagmiljøer og en høy andel norske studenter som tar utdanning i utlandet, utdanner vi studenter som er kvalifiserte for deltakelse i et flerkulturelt samfunn og et globalisert arbeidsmarked.

Studentmobilitet både inn i og ut av Norge er et viktig element i internasjonaliseringsstrategiene for høyere utdanning. Norske institusjoner skal være attraktive læresteder for gode internasjonale studenter, og et høyt antall norske studenter skal velge å ta studier i utlandet. Imidlertid favoriserer internasjonalisering og internasjonalt samarbeid bredere, som for eksempel bruk av utenlandske gjesteforelesere, flerkulturelle og internasjonale perspektiver i pensum og undervisning, samarbeid om studieprogrammer og undervisningsopplegg mellom norske og utenlandske læresteder og engelskspråklige programmer.

Det flerkulturelle og internasjonale perspektivet skal prege utviklingen av utdanningsinstitusjonene. På bakgrunn av kultur mangfoldet blant både medarbeidere og pasienter og brukere i helse- og velferdstjenestene er det spesielt viktig at disse perspektivene integreres i videreutviklingen av helse- og sosialfagutdanningene.

### 9.5.3 Sentre for fremragende utdanning

Kunnskapsdepartementet har innført en ordning med Sentre for fremragende utdanning (SFU). Etter utlysning er det tildelt midler til et pilotsenter innenfor lærerutdanningen med en ramme på 4 mill. kr. i inntil 10 år. Senteret er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.<sup>19</sup> Sentre for fremragende utdanning skal bidra til å samle og styrke kompetanse knyttet til læringsformer, undervisningsopplegg og effek-

ten av disse, og vil dermed indirekte ha både en SAK-effekt og en kompetansehevings-effekt. Gjennom økt oppmerksomhet rundt undervisning og pedagogisk tilrettelegging vil sentrene videre kunne bidra til å gjøre den alternative karriereveien mot førstelektor og dosent mer attraktiv, jf. Kapittel 10.3.5. På samme måte som det er knyttet stipendiater til Sentrene for fremragende forskning, er det naturlig å tenke seg at det vil være knyttet både stipendiater og kandidater i førstelektorprogram til SFUene. Kunnskapsdepartementet vil vurdere muligheten for å etablere Sentre for fremragende utdanning på det helse- og sosialfaglige området i forbindelse med de årlige budsjettprosessene.

## 9.6 Tiltak

For å utvikle de høyere utdanningene i helse- og sosialfag slik at de svarer på framtidens kompetansebehov i helse- og velferdstjenestene, vil regjeringen sette i gang en rekke nasjonale prosesser og utviklingsprosjekter. Disse vil for en stor del være felles for alle de aktuelle grunnutdanningene. I tillegg må hver enkelt utdanning gjennomgå med tanke på både de generelle kravene og mer spesifikke kompetansebehov knyttet til utdanningen. Samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og med yrkesfeltet vil være sentralt i begge tilfellene. Oppfølgingen av denne stortingsmeldingen innebærer et langsiktig utviklingsarbeid ved den enkelte utdanningsinstitusjonen og for universitets- og høyskolesektoren samlet sett. Det innebærer også samarbeid mellom berørte departementer og innsats og deltakelse fra helse- og velferdstjenestene, partene i arbeidslivet, studentene, brukerorganisasjonene og andre relevante aktører. Godt samarbeid og opplevelsen av felles mål på tvers av sektorer, tjenester, forvaltningsnivåer og aktører er avgjørende for å lykkes. Kunnskapsdepartementet vil lede arbeidet og sørge for at de ulike prosessene til sammen driver utviklingen av helse- og sosialfagutdanningene i ønsket retning.

Regjeringen vil:

- Videreutvikle hovedmodellen for de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene i høyere utdanning basert på brede grunnutdanninger og spesialisering på videreutdannings- og mastergradsnivå. På sikt bør alle kortere videreut-

<sup>19</sup> Se <http://www.nokut.no/no/Nyheter/Nyheter-2011/Forste-senter-for-framifra-utdanning/>.



danninger kunne innpasses i en mastergrad forutsatt at de holder nødvendig faglig nivå.

- Sikre god balanse mellom en felles velferdsfaglig kompetanseplattform og den fag- og profesjonsspesifikke kompetansen i den enkelte utdanning, herunder:
  - sette i gang et arbeid for å utvikle felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene
  - vurdere nærmere på hvilken måte kompetansekrav knyttet til den enkelte utdanning skal utformes, fastsettes og formidles
- Sette i gang et arbeid med sikte på økt kvalitet og relevans i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning, herunder:
  - vurdere omfang og type av praksis for hver utdanning
  - utvikle indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene
  - innføre tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) som del av praksisstudiene
  - vurdere krav til veiledningskompetanse
  - vurdere å lovfeste en plikt for alle helse- og velferdstjenestene til å stille til rådighet praksisplasser for elever og studenter og gi dem veiledning innenfor nærmere avtalte rammer
- Vurdere å erstatte rammeplaner for enkeltutdanninger med en felles forskrift for alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene i høyere utdanning. En slik forskrift vil eventuelt ha som formål å fastsette krav til felles innhold i utdanningene og til kvalitet og omfang i praksisstudiene, herunder krav om tverrprofesjonell samarbeidslæring.
- Vurdere behovet for ulike former for veiledningsordninger for nyutdannede kandidater i helse- og velferdstjenestene i samarbeid med arbeidsgiverne.
- Videreføre og forbedre systemet med skikkethetsvurdering i utdanningene.
- Drøfte med Universitets- og høyskolerådet hvordan den faglige samordningen av utdanningene kan styrkes innenfor rammen av nasjonale krav.

## 9.7 Nærmere om enkelte utdanningsområder

Nedenfor omtales noen utdanningsområder der det er behov for særskilte tiltak. Alle vurderingene og tiltakene som er omtalt tidligere i kapitlet, gjelder også for disse områdene.

### 9.7.1 Sosialfaglig arbeid og kompetanse

For å sikre et godt samspill mellom helsefaglig og sosialfaglig kompetanse innenfor alle deler av velferdstjenestene er det behov for å styrke den sosialfaglige kompetansen. Styrking av sosialfaglig kompetanse skal bidra til å sikre helhetlige tjenestetilbud til grupper i befolkningen med sammensatte problemer, jf. omtalen av sentrale faktorer av betydning for folkehelse og velferd i Del II. I det følgende omtales de sosialfaglige utdanningene spesielt. Det er imidlertid også behov for å styrke sosialfaglige perspektiver og forståelse i de helsefaglige utdanningene.

Vanligvis omtales følgende fire bachelorutdanninger som sosialfagutdanninger: sosionomutdanning, barnevernspedagogutdanning, vernepleierutdanning og bachelor i velferdsfag/arbeids- og velferdsfag. Den siste er langt mindre enn de tre andre og er kommet til i de senere årene. Vernepleierutdanningen gir grunnlag for autorisasjon som helsepersonell, men har samtidig en sosialfaglig profil med vekt på miljøterapeutisk arbeid og rehabilitering. Utdanningene representerer og produserer hver for seg viktig kunnskap og kompetanse som trengs i velferdstjenestene. Sosialfagene har imidlertid svake forskningsstradisjoner, og fagmiljøene er i noen tilfeller små og lite robuste. Det har flere ganger vært foreslått å samordne utdanningene eller slå dem sammen.

I 2010 leverte Rambøll en rapport til Arbeidsdepartementet som så på forholdet mellom kompetansebehovene i arbeids- og velferdsforvaltningen og innrettingen av aktuelle utdanninger i universitets- og høyskolesektoren.<sup>20</sup> Her kom det fram behov for større grad av praksisnærhet i mange av utdanningene, det vil si mer relevante utdanninger gjennom tettere tilknytning til den praktiske arbeidshverdagen. Rapporten legger vekt på at det generelt er for lite pensum og forskning i de sosialfaglige utdanningene som omhandler arbeidslivs- og arbeidsmarkedskunnskap og system- og forvaltningskunnskap. Utdanningene ser dermed ikke ut til å ha tilpasset innholdet til nye arbeidsoppgaver og -metoder.

I 2009 la Befring-utvalget fram utredningen *Kompetanseutvikling i barnevernet: Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning*.<sup>21</sup> Utredningen er en gjennomgang av kvalitet og relevans i utdanningen

<sup>20</sup> Rambøll (2010): *Utredning av hvordan tilbud innenfor høyere utdanning kan bidra til å dekke langsiktig kompetansebehov i arbeids- og velferdsforvaltningen*.

<sup>21</sup> NOU 2009:8.

ger som kvalifiserer til arbeid i barnevernet generelt, og sosionom- og barnevernspedagogutdanningene spesielt. En av konklusjonene er at

...kartleggingen indikerer også at begge utdanninger har vesentlige mangler når det gjelder undervisning/pensum, knyttet til flere av barnevernfeltets kjerneområder, og at praksisstudier ikke er tilstrekkelig prioritert i flere av utdanningene.

Utvalget pekte på 14 emneområder som beskriver kompetansebehovene i barnevernet og derigjennom hvilke emner utdanningene bør omfatte.

Helsedirektoratet har i oppfølgingen av Ansvarsreformen vist til at utviklingshemmede ikke har tilstrekkelig tilgang til et koordinert og kvalitativt godt helsetilbud.<sup>22</sup> Vernepleiere er autorisert helsepersonell, og fagmiljøene legger vekt på betydningen av den helsefaglige delen av utdanningene for å kunne fange opp og reagere på behov for helsehjelp hos personer med psykisk utviklingshemming eller andre former for kognitiv svikt. Likevel viser NAKUs rapport fra 2007 om helseoppfølging av utviklingshemmede at mange opplever å være utsatt for både helsesvikt og mangel på gode helsetjenester oftere enn befolkningen generelt.<sup>23</sup> Det blir derfor argumentert for å «...endre profilen på vernepleierutdanningens undervisning i psykisk helsevern, med økt fokus på psykiske tilstander og diagnoser hos personer hvor slike tilstander lett kan maskeres av andre og sammensatte funksjonsvansker.»

#### *Vurdering av behov for endringer*

Regjeringen mener at den sosialfaglige kompetansen bør styrkes med utgangspunkt i de tre store grunnutdanningene på området, og at det er behov for endringer både innenfor hver av utdanningene og i samspillet mellom dem. Utdanningene har til felles at de er innrettet mot å kvalifisere kandidater til sosialfaglig inkluderings- og endringsarbeid for marginaliserte grupper, samt til å vurdere tildeling av offentlige ytelser. I tillegg til ulike teoretiske og metodiske tradisjoner ligger forskjellene mellom dem særlig i tidlig spesialisering mot visse målgrupper og tjenester. Den sosialfaglige kompetansen trengs imidlertid innenfor

alle tjenesteområder og i arbeid med en rekke ulike brukergrupper, og begrensingen i utdanningenes orientering mot utvalgte grupper eller tjenester er derfor uheldig. Det betyr ikke at barnevernsbarn, psykisk utviklingshemmede eller sosialklienter ikke lenger vil være viktige målgrupper, men kompetansen må ikke begrenses til utelukkende å gjelde disse gruppene eller de tjenesteområdene som har hovedansvaret for dem.

Den pågående utviklingen går i retning av at utdanningene orienterer seg bredere, både med hensyn til målgrupper og arbeidsfelt.

- Vernepleierutdanningen, slik den er i dag, er et særnorsk fenomen. I land som Sverige, Danmark og Island har tilsvarende utdanninger utviklet seg i andre retninger, med mer vekt på pedagogikk og ledelse i arbeidet med eldre og personer med funksjonshemninger, og mindre vekt på helsefaglige aspekter.<sup>24</sup> Fagmiljøene innenfor vernepleie i Norge legger stor vekt på betydningen av å være autorisert som helsepersonell. Dette knyttes til Samhandlingsreformen og behovet for å innrette arbeidet og fagutviklingen mer generelt mot tilbud til personer med kognitiv svikt. Studielederne ved vernepleierutdanningene har gitt uttrykk for at vernepleie som en miljøterapeutisk utdanning innenfor rammen av habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, er en interessant mulighet.
- Barnevernspedagogutdanningen er også en særnorsk utdanning. Barn og ungdom, og særlig utsatte barn og unge, er en sårbar og viktig målgruppe for helse- og velferdstjenestene. Likevel er det ulike synspunkter på om en spesialisert barnevernspedagogisk utdanningsstige fra bachelor- til doktorgradsnivå er riktig vei å gå, eller om ulike grunnutdanninger kan tenkes relevante for spesialisering inn mot arbeid med utsatte barn og unge. En spesialisert utdanningsstige kan bli en for smal modell både for studenter som er på leting etter framtidig yrke, og for barnevernet og andre deler av velferdstjenestene som trenger mange typer kompetanse for å møte barn og unge der de er. Samtidig er det av stor betydning at tilstrekkelig mange har solid kompetanse om utsatte barn og unge, deres behov, barnets perspektiv og barns rett til beskyttelse, utvikling og medvirkning i eget liv.<sup>25</sup>

<sup>22</sup> Ansvarsreformen, også kalt HVPU-reformen, ble innført i 1991 og overførte ansvaret for psykisk utviklingshemmede til kommunene.

<sup>23</sup> NAKU desember 2007: *Helseoppfølging av personer med utviklingshemming*.

<sup>24</sup> Tor R. Torp (2010): «Er vernepleierutdanningen fortsatt ønsket – og er den relevant?» *Vernepleierboka 2010 – 20 år etter reformen*, s.178. Fellesorganisasjonen (FO), Oslo.

<sup>25</sup> Fra innspill fra Fellesorganisasjonen om framtidens barnevernspedagogutdanning.

- Sosionomutdanningen er generalistutdanningen på sosialfaglig side. Hovedtyngden av sosionomer arbeider i arbeids- og velferdsforvaltningen og barnevernet, men en del finnes også i helse- og omsorgstjenestene og oppvekst- og skolesektoren. Velferdsviterutdanningen er en ny utdanning som i hovedsak har utviklet seg parallelt med etableringen av NAV. En slik smal utdanning som bare finnes på ett eller to steder i landet, vil i liten grad bidra til å møte behovet for økt kunnskap om arbeidslivet, økt veiledningskompetanse mv. ikke bare i NAV, men også i andre deler av helse- og velferdstjenestene.

Vernepleierutdanningen ble opprinnelig etablert som en utdanning for arbeid med utviklingshemmede, og dette vil fortsatt være en viktig målgruppe. I dag jobber imidlertid vernepleiere mye bredere, med en rekke målgrupper og i ulike funksjoner. Dette må gjenspeiles i utdanningen. En videreutvikling av utdanningen med fortsatt vekt på miljøterapeutisk arbeid og helsefaglig kompetanse vil kunne bidra til å styrke tjenestene innenfor både habilitering og rehabilitering og danne grunnlag for et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Balansen mellom helsefaglig og sosialfaglig kompetanse må vurderes i nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene, tjenesteområdene og brukerorganisasjonene.

Barnevernspedagogutdanningen bør videreutvikles med utgangspunkt i Befring-utvalgets utredning om kompetansebehovene i barnevernet. Imidlertid vil ingen utdanning alene kunne dekke alle kompetansebehovene i barnevernet, og derfor må også andre utdanninger vurdere å ta opp i seg enkelte av de emneområdene utvalget beskriver. Likeledes er sosialpedagogikken som barnevernspedagogutdanningen er basert på, også relevant for andre deler av helse- og velferdstjenestene. Utdanningen bør derfor ikke anses som en etatsutdanning for barnevernet, men som en utdanning som også kvalifiserer for arbeid med barn og unge i andre sammenhenger.

Videre bør det skje en utvikling i retning av en samordning av dagens sosionomutdanning og velferdsviterutdanning i en bachelor i sosialt arbeid. Dette krever en sterkere arbeidslivsorientering i utdanningen og mer vekt på veiledningskompetanse. Det er viktig at studentene tidlig i utdanningsløpet får en innføring i den brede kunnskapen om helse- og velferdssystemets helhet og oppbygning. Samordningen vil sørge for at kompetansebehovene som er forsøkt ivarettatt gjennom vel-

ferdsviterutdanningen, vil inngå i kompetansen til langt flere studenter ved flere utdanningsinstitusjoner i landet. Slik vil ikke bare arbeids- og velferdsforvaltningen, men også andre tjenester få tilgang på økt sosial- og arbeidsfaglig kompetanse.

Med utgangspunkt i disse endringene i de tre profesjonsutdanningene vil regjeringen styrke den samlede sosialfaglige kompetansen. Prinsippet om brede grunnutdanninger må gjelde, og det blir særlig viktig å utvikle og styrke de sosialfaglige felleselementene og den velferdsfaglige basiskompetansen. Det må skje en styrking av fagmiljøene i tråd med den generelle politikken for samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon (SAK), og på en måte som gjør at de ansatte ved ulike utdanninger innenfor samme institusjon oppfattes og opptrer som ett fagmiljø.

For å øke kvaliteten i utdanningene og forskningen på feltet trengs det videre en helhetlig gjennomgang av fagmiljøene og deres utdannings tilbud og forskningsinnsats. Evalueringer i regi av NOKUT og Norges forskningsråd er nyttige verktøy ikke bare for å undersøke kvaliteten i virksomheten, men også for å heve bevisstheten om kvalitet og stimulere til utvikling ved institusjonene. Kunnskapsdepartementet vil derfor ta initiativ til en samlet evaluering av de sosialfaglige utdanningene og fagmiljøene med tilhørende forskningsvirksomhet.

Regjeringen vil:

- Styrke den samlede sosialfaglige kompetansen gjennom videreutvikling av dagens tre hovedutdanninger, barnevernspedagog, sosionom og vernepleier, slik at både profesjonsspesifikk og felles sosialfaglig kompetanse videreutvikles i tråd med kompetansebehovene i helse- og velferdstjenestene.
- Stimulere til et tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene om innhold og organisering av de sosialfaglige utdanningene i dialog med relevante yrkesfelt. Det er et ønske at UHR tar en koordinerende rolle i dette arbeidet.
- Stimulere til en mer samordnet forskningsinnsats i nært samarbeid med yrkesfeltene på tvers av studieprogrammer og utdanningsinstitusjoner som ledd i arbeidet med å utvikle mer robuste fag- og forskningsmiljøer.
- Gi Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT) og Norges forskningsråd i oppdrag å iverksette en samlet evaluering av de sosialfaglige grunnutdanningene og forskningen i de aktuelle fagmiljøene.

### 9.7.2 Medisin

Profesjonsstudiet i medisin tilbys ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. I forbindelse med Kvalitetsreformen vedtok Stortinget at studiet fortsatt skulle være en integrert seksårig utdanning. Det er en grunnutdanning for all videre spesialisering i medisin. Etter endt utdanning følger en obligatorisk turnusperiode på ett og et halvt år. Modellen med turnustjeneste er for tiden til vurdering.<sup>26</sup>

Samhandlingsreformen forutsetter en dreining av det faglige innholdet i grunnutdanningen i retning av mer allmennmedisinsk teori og mer praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre må utdanningen i større grad enn i dag gi kompetanse om helseovervåking, forebygging og tidlig intervensjon, brukermedvirkning, IKT og forbedringsarbeid. Det er også viktig at leger som arbeider i spesialisthelsetjenesten, har grunnleggende kunnskap om allmennmedisin og kommunenes arbeid.

Norge har en høy dekningsgrad av leger. Beregninger viser at dagens utdanningskapasitet, inkludert de som utdannes i andre land og søker jobb i Norge, vil gi et overskudd på nærmere 3000 årsverk i 2030 med videreføring av dagens tjenestenivå. I stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen fastslås det at veksten i legeressursene primært skal komme i kommunene.<sup>27</sup> Uten en tilsvarende lavere vekst ved sykehusene kan resultatet bli et underskudd. Helsedirektoratet har foreslått å øke kapasiteten ved de norske universitetene slik at en økt andel leger har gjennomgått en utdanning med vekt på norske forhold og behov.<sup>28</sup>

Utviklingen internasjonalt går mot inndeling av medisnutdanningen i bachelor- og mastergrad, blant annet som følge av Bologna-prosessen. Danmark har innført en slik modell, med treårig mastergrad slik at samlet studielengde fortsatt blir seks år. I Norge ønsker Universitetet i Bergen å gjøre det samme, og det pågår diskusjoner også ved de andre universitetene som tilbyr medisnutdanning. Det er viktig at en bachelorgrad i medisin blir en selvstendig yrkeskvalifikasjon. På linje med bachelorgrad i psykologi vil den kunne gi relevant kompetanse for eksempel for helseadministrativt arbeid, gjerne i kombinasjon med til-

leggsutdanning i for eksempel økonomi og ledelse eller jus. Det vil være positivt at studenter som finner ut underveis i medisinstudiene at de ikke ønsker å bli lege, har mulighet til å avslutte studiet med en fullført grad som kan brukes i arbeidslivet. Fullført og bestått seksårig medisnutdanning vil fortsatt være kravet for å kunne arbeide som lege.

Regjeringen vil:

- Gå i dialog med universitetene om endringer i grunnutdanningen i medisin i lys av endrede behov i yrkesfeltet.
- Åpne for at medisinstudiet kan organiseres i en treårig bachelorgrad fulgt av en treårig mastergrad, forutsatt at bachelorgraden fungerer som en selvstendig yrkeskvalifikasjon.

### 9.7.3 Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester er en del av den akuttmedisinske behandlingsskjeden som omfatter både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det arbeider flere helsepersonellgrupper i de prehospitale tjenestene. I ambulansetjenesten er de fleste utdannet som ambulansefagarbeidere eller er ambulansepersonell med tilsvarende kompetanse. Sykepleiere og leger med spesialistutdanning innenfor akuttmedisin og anestesi benyttes avhengig av pasientens tilstand, men utgjør per i dag en mindre del av ambulansetjenesten. I NOU 1998:9 *Hvis det haster* og St.meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* kommer det særlig fram at det er behov for å styrke kompetansen i ambulansetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har i to rapporter gjennomgått problemstillinger knyttet til de prehospitale tjenestene og kompetansebehovene.<sup>29</sup> I rapportene vises det til at de demografiske endringene i befolkningen, økende krav til helsetjenesten og den teknologiske utviklingen vil føre til behov for bedre akuttmedisinsk kompetanse blant flere yrkesgrupper. Det gjelder særlig fastleger og personell som arbeider ved legevakt, sykehjem, AMK-sentraler og i ambulansetjenesten. Team- og samhandlingskompetanse er særlig viktig for kvaliteten i de prehospitale tjenestene, både mellom yrkesgruppene og ikke minst når det gjelder pasienter og pårørende. Det kreves både spiss- og breddekompetanse på flere nivåer

<sup>26</sup> *Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av legar*, IS-1783, Helsedirektoratet.

<sup>27</sup> St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*.

<sup>28</sup> *En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell*, IS-1490, Helsedirektoratet.

<sup>29</sup> *Utgreiing om behov for vidareutdanning i akuttmedisin/prehospitalt arbeid for ambulansepersonell*, 2007.

*En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten*, 2009.

for å kunne vurdere og behandle pasienter med sammensatte og uavklarte tilstander.

Utdanningen til ambulansefagarbeider skjer i videregående skole og fører fram til fagbrev. Opp-læringen er knyttet til det medisinske og operative fagfeltet og skal bidra til at ambulansefagarbeidere kan fungere godt i tverrfaglige akuttmedisinske team og i samarbeid med en kommunikasjonsentral. Sykepleiere må komplettere sin utdanning med enkelte fag for å bli autorisert som ambulansefagarbeidere. På grunn av det endrede behovet for kompetanse har flere helseforetak gått sammen med høyskoler om å etablere utdanning i prehospitalt arbeid på høyskolenivå etter internasjonale modeller. Høgskolen i Lillehammer startet i 2003 en modulbasert utdanning for ambulansepersonell med et omfang på 60 studiepoeng. Fra 2008 tilbyr høyskolen også et halvt års påbygging. Den samarbeider med flere helseforetak og andre høyskoler om videreutdanning i prehospitalt arbeid. Høgskolen i Østfold startet en tilsvarende utdanning i 2005.

På kort tid har ambulansetjenesten utviklet seg fra å være en transporttjeneste for båretrengende pasienter til å bli et spesialisert behandlingstilbud utenfor sykehus ved ulykker, akutt sykdom og forverring av kronisk sykdom. Den raske teknologiske utviklingen i det akuttmedisinske arbeidet utenfor sykehus, sammen med store krav til faglig kunnskap når det gjelder rask vurdering og diagnostikk, tilsier økt behov for kompetanse i ambulansetjenesten. Tilsvarende har etablering og utvikling av nye nødmeldetjenester ført til et behov for styrket kompetanse innenfor akuttmedisin og ambulanseskoordinering.

Regjeringen ser på bakgrunn av denne utviklingen at det er behov for å gjennomgå dagens struktur, organisering og innhold i akuttmedisinsk og prehospital utdanning for å sikre tilstrekkelig akuttmedisinsk kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten. For å dekke kompetansebehovet innenfor prehospitale tjenester trengs det grunnutdanninger på flere nivåer med muligheter for relevant videreutdanning for de ulike personellgruppene.

Regjeringen vil:

- Vurdere struktur, organisering og faglig innhold for utdanning i prehospitalt arbeid i yrkesfaglig videregående opplæring, fagskole og høyere utdanning.

#### 9.7.4 Farmasi

Farmasifaget skal dekke samfunnets behov for kunnskap og ekspertise knyttet til legemidler og legemiddelbruk. Farmasøytisk kunnskap står sentralt i all virksomhet i apotekvesenet og i andre sammenhenger der det er nødvendig å veilede og følge opp bruken av legemidler. Den inngår også i et bredt spekter av forskningsområder og danner grunnlaget for farmasøytisk industri.

Farmasøytisk kompetanse etterspørres på stadig nye områder i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Her er det viktig å få den inn som en naturlig del av det tverrprofesjonelle samarbeidet. For eksempel har Helsetilsynet ført tilsyn med legemiddelbehandlingen i sykehjem og mener det er grunn til uro over situasjonen på grunn av mangel på personell og fagkompetanse.

Utviklingen i farmasøytens yrkesrolle og arbeidsområder og innføringen av Samhandlingsreformen har igjen aktualisert spørsmålet om struktur og innhold i farmasiutdanningene. Det er i dag utdanning på tre nivåer til arbeid med legemidler:

- Utdanning til *apotektekniker* med fagbrev fra videregående opplæring. Dette er den største yrkesgruppen i apotek, med vel 5000 personer i arbeidsstyrken.
- Utdanning til *reseptarfarmasøyt* med bachelorgrad fra høyskole. Utdanningen ble utviklet rundt 1960 for å kvalifisere til mellomstillinger i apotek, underordnet farmasøyer med en cand.pharm.-grad fra universitetet. Reseptarer kan ikke bli apotekere, men kan bestyre filialapotek.
- Utdanning til *provisorfarmasøyt*, en femårig integrert mastergrad (tidligere cand.pharm.) som gis ved tre universiteter. Autoriserte provisorfarmasøyer kan søke om konsesjon for apotekdrift.

Det er til sammen nesten 4000 reseptarer og provisorer i arbeidsstyrken, hvorav ca. 2400 arbeider i primærapotek og sykehusapotek.<sup>30</sup>

Reseptarutdanningen ved høyskolene og provisorutdanningen ved universitetene har utviklet seg relativt uavhengig av hverandre, selv om personell fra begge faggruppene har vært engasjert i studieplanarbeid, undervisning og vurdering av studentene på bachelornivå. Cand.pharm.-/provisorstudiet har hele tiden vært et integrert stu-

<sup>30</sup> Kilder: Statistisk sentralbyrå, Arbeidskraftundersøkelsen 2009; *Rapport fra utvalg for utredning av modeller for farmasøytisk utdanning i Norge 2009* (Sande-utvalget).

dium av fem års varighet, og det har ikke vært mulig for bachelorkandidater fra reseptarutdanningen å gå direkte videre til master, det vil si å gå inn i fjerde studieår. I stedet har det over det siste tiåret utviklet seg tre forskjellige overgangsordninger ved de tre universitetene som tilbyr masterstudiet (UiB, UiO og UiT), der den samlede studietiden til provisor blir 6-6 ½ år.

Forholdet mellom utdanningene har vært diskutert i fagmiljøene over mange år, og allerede i 1987 forelå det en egen utredning. I 2008 nedsatte det nasjonale Profesjonsrådet for farmasiutdanning under Universitets- og høyskolerådet et utvalg (Sande-utvalget) som fikk som mandat å foreslå «mulige alternative modeller for en framtidig farmasøytisk utdanning i Norge». Målet var å få til en utdanningsmodell som hindrer unødig ressurstap både for reseptarer som ønsker å ta en mastergrad i farmasi, og for provisorstudenter som avbryter det integrerte masterstudiet.

Rapporten fra Sande-utvalget ble levert i november 2009. Den skisserte fire mulige modeller for samordning av bachelor- og masterutdanningene, men uten å komme med anbefaling om en spesifikk modell. Norges Farmaceutiske Forening har lagt rapporten til grunn for sitt videre arbeid i saken, og har foreslått at det legges til rette for et samordnet 3+2-løp for bachelor- og mastergrad i farmasi, men parallelt med at det nåværende femårige, integrerte mastergradsløpet til provisor videreføres.

Fra universitetenes side har det vært argumentert med at dagens bachelorstudium (reseptarutdanning ved høyskole) ikke er faglig på nivå med innholdet i de tre første årene i provisorutdanningen. Blant annet er det forskjeller i studieplaner, opptaksreglement og til dels kompetanseprofil mellom utdanningene.

Etter Kvalitetsreformen har 3+2-modellen vært hovedmodellen i den norske gradsstrukturen. Etter ønske fra universitetene ble utdanningen til provisorfarmasøyt videreført som et integrert femårig studium. Provisorer og reseptarer utfører imidlertid overlappende oppgaver i apotekene, og dagens ordninger der reseptarer må bruke ekstra tid hvis de ønsker å kvalifisere seg videre til provisor, synes uhensiktsmessige og svakt begrunnet. I stedet bør bachelor- og mastergrad i farmasi utgjøre et gjennomgående utdanningsløp i tråd med hovedmodellen i gradsstrukturen. Dette er også drøftet med representanter for utdanningsmiljøene.

Regjeringen vil:

- Legge til rette for innføring av en 3+2-modell for farmasiutdanning i høyere utdanning der bachelorgraden gir kompetanse som reseptar og mastergraden som provisor. Dagens femårige integrerte mastergradsutdanning fases ut. Reseptarfarmasøyer med bachelorgrad skal i denne modellen være kvalifisert for opptak til masterstudiet uten tap av tid.
- Gi institusjonene en tidsfrist for å samordne opptakskrav og andre bestemmelser slik at den nye modellen kan settes i verk.

### 9.7.5 Kiropraktorutdanning

Det tilbys ikke kiropraktorutdanning i Norge i dag. Omtrent 300 nordmenn studerer kiropraktikk i utlandet hvert år, de fleste i England, Danmark, Australia og USA. Etter initiativ fra Nordisk Ministerråd ble det i 1994 etablert en kiropraktorutdanning ved Syddansk Universitet i Danmark under forutsetning av at studiet skulle tilbys studenter fra alle de nordiske landene. Utdanningen består av en bachelorgrad og en toårig kandidatutdannelse i klinisk biomekanikk. Den er integrert med medisinstudiet ved universitetet. Det kreves ett års turnustjeneste i Norge for å få autorisasjon som kiropraktor. Kiropraktor er en av tre autoriserte helseprofesjoner som ikke har tilbud om norsk utdanning. I 2010 fikk 106 personer autorisasjon. De fleste av disse var utdannet i Europa.

Norsk kiropraktorforening (NKF) og relevante forsknings- og utdanningsmiljøer har flere ganger tatt opp behovet for en norsk kiropraktorutdanning med helse- og utdanningsmyndighetene. I 2004 vedtok Stortinget å be regjeringen legge til rette for å etablere et kiropraktorstudium i Norge. Dette ble fulgt opp av Helse- og sosialdepartementet, som i samråd med Kunnskapsdepartementet ba Helsedirektoratet om å utrede spørsmålet. Utvalget som ble nedsatt i 2006, konkluderte med at det først burde opprettes en nasjonal enhet for forskning og fagutvikling innenfor muskel- og skjelettlidelser med særlig vekt på kiropraktikk. Først etter det ville det på sikt kunne være aktuelt å etablere en kiropraktorutdanning.<sup>31</sup>

I 2007 ba Kirke-, utdannings- og forskningskomiteen regjeringen om å legge til rette for etablering av kiropraktorutdanning i Norge gjennom utvikling av forskning på feltet og dermed oppbyg-

<sup>31</sup> Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Utredning om eventuell etablering av kiropraktorutdanning i Norge*.

ging av kompetanse som kunne benyttes også i undervisning. For å framskaffe et godt faglig grunnlag for videre planer gjennomførte Kunnskapsdepartementet i 2010 en evaluering av forskningen innenfor muskel- og skjelettlidelser avgrenset til kiropraktorenes fagfelt og yrkesutøvelse. Evalueringsutvalget pekte på at helse- og utdanningsmyndighetene må ta høyde for at det i framtiden vil bli stor etterspørsel etter kunnskap, diagnostikk og behandling av problemer i bevegelsesapparatet. Det er behov for forskning som kan legge et kunnskapsbasert grunnlag for presis diagnose, bedre behandling og ikke minst forebygging. En ny mastergrad innenfor muskel- og skjelettlidelser med vekt på kiropraktikk kan være mulig å etablere i Norge gjennom forpliktende samarbeid og arbeidsdeling mellom institusjoner nasjonalt eller i Norden.<sup>32</sup>

Regjeringen vil:

- Følge opp Stortingets vedtak med sikte på å etablere en kiropraktorutdanning i Norge med utgangspunkt i de faglige anbefalingene.

### 9.7.6 Ernæring

#### *Behov for ernæringskompetanse*

Det blir stadig viktigere at helsepersonell har spisskompetanse om ernæring. Med økende forekomst av livsstilssykdommer, matallergi og -intoleranse, underernæring hos eldre mv. er det stort behov for kostrådgivning og ernæringsbehandling innenfor helsetjenesten. Mangelen på ernæringskompetanse ikke minst i primærhelsetjenesten er påpekt i flere utredninger fra Helsedirektoratet, i St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i Meld. St. 16 (2010 -2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.

#### *Klinisk ernæring*

Fagområdet klinisk ernæring omfatter utredning/diagnostisering, forebygging, behandling og lindring av kostholdsrelaterte sykdommer og tilstander. Kompetanse i klinisk ernæring er også viktig i overordnet plan- og systemarbeid i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er omtrent 140 årsverk for kliniske ernæringsfysiologer i norsk helsevesen. Bare ca. 3 % er i kommunehelsetjenesten, noe som er en utfordring i et sam-

handlingsperspektiv der kommunene skal ha et større ansvar for oppfølging av pasienter og brukere. Helsetilsynet har avdekket svikt i ernæringsarbeidet både i pleie- og omsorgstjenesten og i helseforetakene, noe som gir dårligere pasientsikkerhet.

Klinisk ernæringsfysiolog er som den eneste ernæringsfaglige yrkesgruppen autorisert helsepersonell. Utdanningen, som er på mastergradsnivå, tilbys ved medisinsk fakultet og det medisinskodontologiske fakultet ved henholdsvis Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. Det er i 2012 totalt 45 studieplasser per år fordelt på 35 ved UiO og 10 ved UiB. I dag har studentene praksis i spesialisthelsetjenesten, men med økt behov på kommunenivå som følge av Samhandlingsreformen bør det opprettes praksisplasser også i kommunehelsetjenesten.

Over halvparten av alle autoriserte kliniske ernæringsfysiologer i Norge er sysselsatt i det sentrale østlandsområdet. I andre deler av landet er det mangel på denne kompetansen. Utdanningene har høy søkning. I statsbudsjettet for 2011 ble det tildelt midler til fem nye studieplasser ved Universitetet i Bergen og 15 ved Universitetet i Oslo.

#### *Andre ernæringsutdanninger*

Flere utdanningsinstitusjoner tilbyr andre ernæringsutdanninger. Eksempler er Høgskolen i Oslo og Akershus (treårig bachelorstudium, med påfølgende toårig masterutdanning i samfunnsernæring), Universitetet i Agder (treårig bachelorstudium i ernæring, mat og matkultur, med påfølgende toårig master i folkehelsevitenskap) og Atlantis medisinske høgskole (treårig bachelorstudium i ernæringsfysiologi). Ved Universitetet i Bergen tilbys masterutdanning i samfunnsernæring. Slike utdanninger kan kvalifisere til å arbeide med forebygging av livsstilssykdommer, men ikke for klinisk arbeid. De som uteksamineres, kan for eksempel ansettes i kommunene for å bistå i folkehelsearbeidet.

Kosthold og ernæring er et fagområde der det også finnes en rekke korte utdanninger og kurs utenfor det formelle utdanningssystemet, og der rådene som gis, ikke nødvendigvis er i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger og faglige retningslinjer. Det er stort behov for å kvalitetssikre rådgivningen på området, og gode utdanninger vil bidra til dette. Regjeringen ønsker å styrke kunnskapen om ernæring innenfor alle de helse- og sosialfaglige utdanningene. I den sammenheng vil samarbeid og utveksling av kompetanse mellom

<sup>32</sup> NIFU (2011): *Evaluering av norske forskningsmiljøer innen muskel- og skjelettlidelser*. Rapport 2/2011.

utdanningene og norske matprodusenter kunne gi positive effekter i næring og utdanning for både landbruket og velferdssektoren, jf. vektleggingen av produksjon av trygg mat i Meld. St. 9 (2011-2012) *Om landbruks- og matpolitikken*.

Regjeringen vil:

- Styrke og kvalitetssikre rådgivningen på ernæringsområdet gjennom gode utdanninger.
- Vurdere tiltak for å sikre tilstrekkelig tilgang på kliniske ernæringsfysiologer over hele landet.
- Styrke kunnskapen om ernæring innenfor alle de helse- og sosialfaglige utdanningene.



## 10 Forskning for økt kvalitet i tjenestene og i utdanningene

Forskning spiller en viktig rolle for utvikling av offentlig sektor og for utvikling av de helse- og sosialfaglige utdanningene. Et mer kunnskapsbasert arbeidsliv forutsetter, foruten forskningsaktivitet i arbeidslivet selv, en god infrastruktur av universiteter, høyskoler og forskningsinstitutter, som alle bidrar til utviklingen av det samfunnet vi lever i.

### 10.1 utfordringer og framtidige behov

Forskningen for en kunnskapsbasert helse- og velferdssektor må hente inspirasjon fra flere fagområder. Fra helseforskningen må det utvikles innsikt og metoder som kan gjøre forebyggende helse- og sosialarbeid mer effektivt. Fra samfunnsvitenskapen må det komme kunnskap om hvordan hjelpebehov og livskvalitet varierer med den enkeltes totale livssituasjon, tjenestenes organisering og ressursbruk. Fra arkitekt-, design- og teknologifagene må det komme praktiske bidrag og innsikt i hvordan boligløsninger og teknologi kan øke brukerens livskvalitet og tjenestenes effektivitet.

I St.meld. nr. 30 (2008-2009) *Klima for forskning* er ett av målene at norsk forskning skal bidra til forskningsbasert profesjonsutøvelse i helse- og velferdssektorens yrker. Det krever høy kvalitet og relevans i forskningen. Meldingen framhever også betydningen av samspill mellom yrkesutøvelse, utdanning og forskning, jf. Kapittel 5.3. Denne tilnærmingen er gjennomgående også i europeisk forsknings- og utdanningspolitikk.

St.meld. nr. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja* påpeker at det moderne arbeidslivet krever økt kunnskap og endringskompetanse. Arbeidslivet vil i større grad ha behov for medarbeidere som kan bruke forskningsresultater kritisk og benytte metoder fra forskning i yrkesutøvelsen.

Forskningen knyttet til de helse- og sosialfaglige utdanningsmiljøene har to hovedformål: å styrke kunnskapsgrunnlaget for yrkesutøvelsen, og å bidra til å sikre at utdanningene er basert på det fremste av kunnskap innenfor det aktuelle fagområdet. I tillegg er forskning en viktig bidrags-

ytter til innovasjon i tjenestene. Innovasjon blir stadig mer nødvendig i lys av utfordringene helse- og velferdstjenestene står overfor.

#### 10.1.1 Kunnskapsbasert tjenesteutøvelse

Begrepet kunnskapsbasert praksis har sitt utspring i «Evidence-based medicine», som ble introdusert på midten av 1990-tallet og omtalt for første gang i Norge mot slutten av tiåret. Kunnskapsbasert praksis innebærer at den samlede yrkesutøvelsen er basert på flere ulike kunnskapskilder, og at yrkesutøverne holder seg faglig oppdatert og bruker oppsummert forskningsbasert kunnskap når dette foreligger. En helse- og velferdsarbeider som skal jobbe kunnskapsbasert, må ha et bevisst forhold til bruk av ulike kilder til kunnskap. Fagmiljøene som gir utdanning, må selv være godt orientert og formidle erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap og metoder til bruk i tjenesteutøvelsen.

I løpet av det siste tiåret har kunnskapsbasert praksis fått økende oppmerksomhet. Både internasjonalt og nasjonalt har det vært mest oppmerksomhet om det i helsefagene, i de senere årene også innenfor sosialfagene. Innenfor helsefagene har både fysioterapi-, sykepleie-, ergoterapi- og radiografiutdanningene arbeidet systematisk for å legge et grunnlag for kunnskapsbasert praksis i yrkesutøvelsen.

Helse- og velferdstjenestene blir mer og mer kompliserte og utfordringene mer sammensatte. Det er derfor avgjørende at tjenestene forholder seg systematisk til kunnskap. Trinn som er utarbeidet for en kunnskapsbasert yrkesutøvelse, kan være en nyttig tilnærming for å sikre kvalitativt gode tjenester:

- refleksjon over egen praksis
- formulere gode spørsmål
- finne forskningsbasert kunnskap
- vurdere kunnskapen kritisk
- integrere gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens preferanser og overføre dette til praksis
- evaluere egen praksis

Det stilles i dag større krav til effektivitet og mulighet for etterprøvbarhet av iverksatte tiltak fra både brukere av tjenestene og samfunnet for øvrig. Mer kompetente brukere av tjenestene vil i større grad spørre om hvorfor et spesielt tiltak blir iverksatt framfor et annet. Bruk av forskning og oppdatert kunnskap blir derfor et viktig element for å øke kvaliteten og troverdigheten i tjenestene.

I den nasjonale kvalitetsstrategien for helse- og sosialtjenestene er kunnskapsbasert praksis sentralt.<sup>1</sup> Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten ble etablert i 2004 som en ressurs for å forbedre kvaliteten i tjenesten. Innenfor sosialfeltet vokser det også fram miljøer som produserer systematiske oversikter og systemer for kunnskapsbasert beslutningsstøtte. Campbell Collaboration lager oversikter innenfor utdanningsfeltet, kriminologi og sosialområdet. Norge har spilt en viktig rolle i etableringen av Campbell Collaboration, der Kunnskapscenteret har huset sekretariatet fra etableringen i 2005. Den nyeste tilveksten på dette området i Norge er Velferdsseksjonen i Kunnskapscenteret, som skal produsere oversikter på bestilling fra forvaltningen.

Kunnskapscenteret og blant andre Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen har hatt sentrale roller i å fremme kunnskapsbasert praksis og forvaltning, blant annet ved å produsere kunnskapsoppsummeringer og etablere helsebibliotek. Kunnskapsoppsummeringer vil si at fagpersonell har gjort jobben med å søke, vurdere og sammenstille foreliggende forskning på området og utarbeide systematiseringer som gir grunnlag for utvikling av metoder og tiltak i tjenestene. I Norge representerer Helsebiblioteket en kilde til forskning og kunnskapsbaserte ressurser og Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern en annen. Helsebiblioteket er et elektronisk bibliotek konsentrert om helsetjenesten, men det er mange overlappende fagfelt med andre velferdsfag, for eksempel finnes det emnebibliotek for psykisk helse og om eldre.

Praksisrettet forskning tar utgangspunkt i praksisutøvelse og erfaringskunnskap. Feltet omfatter kunnskapsutvikling med ulike teoretiske perspektiver og metodiske tilnærminger som for eksempel klinisk forskning eller annen empirisk forskning. Tjenestenes og samfunnets behov for kunnskap vil være veiledende for valg av problemstillinger. Forskningen skal bidra til å utvikle og evaluere tiltak, metoder og organisering av tjenes-

tene for å søke de beste og mest effektive tiltakene for brukerne.

For å sikre et best mulig tjenestetilbud ønsker regjeringen å fremme kunnskapsbasert praksis. Helse- og velferdstjenestene skal bygge sin virksomhet på og ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens/brukerens/klientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.

### 10.1.2 Forskningsbasert utdanning

Helse- og sosialfagene henter forskningsbasert kunnskap fra mange fagområder og disipliner, og slik har de vokst fram og utviklet seg som egne fagområder. De siste ti årene har det skjedd en sterk fagutvikling og økt forskningsvirksomhet innenfor fagene. Utdanningsmiljøene ved høyskolene og de nye universitetene har vært viktige bidragsytere i denne utviklingen sammen med den samfunnsvitenskapelige instituttsektoren. Det er likevel langt igjen før de korte profesjonsutdanningene oppnår den samme forskningsforankringen som i de lange profesjonsutdanningene ved universitetene.

Målet om kunnskapsbasert praksis krever at utdanningene har sterke fagmiljøer som driver, kjenner til og bruker forskning. Fagmiljøene må ha personell med forskningskompetanse som deltar i kunnskapsproduksjonen innenfor sine fagområder. Dette er avgjørende for kvaliteten i utdanningene og kandidatenes senere yrkesutøvelse. For å sikre god kvalitet i tjenestene og gode utdanninger må forskningsbasen øke og kvaliteten og relevansen i forskningsinnsatsen styrkes, og det må legges til rette for godt samarbeid og dialog mellom forskning, utdanning og yrkesutøvelse. I tillegg til at fagmiljøene formidler forskningsbasert kunnskap, må studentene trenes opp i selv å søke etter og vurdere den fremste kunnskapen innenfor et område.

Lov om universiteter og høyskoler fastslår at høyere utdanning i Norge skal være forskningsbasert. Det er derfor nødvendig at det samlede fagmiljøet er oppdatert om det siste av vitenskapelig litteratur, metoder og tilnærmingsmåter på både nasjonalt og internasjonalt nivå. Denne kunnskapen må gjenspeiles i pensumlister og undervisning. Det kan være varierende grad av tematisk samsvar mellom det faglige personalets forskning og deres undervisning.

Norge har valgt å legge til rette for forskningsbasert utdanning ved at fagmiljøene som gir undervisning, også skal ha forskningskompetanse og drive egen forskningsvirksomhet. En slik kob-

<sup>1</sup> *Og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015).

ling mellom forskning og utdanning i profesjonsutdanningene og i høyskolesektoren spesielt er et særtrekk i internasjonal sammenheng. Ingen andre land bruker så mye ressurser på forsknings- og utviklingsarbeid i sin høyskolesektor.<sup>2</sup> Norge ligger godt framme i koblingen mellom utdanning og forskning inn mot profesjonsutdanningene, men dette kan utvikles videre. Det vil være en prioritert oppgave å fortsatt øke forskningsinnsatsen innenfor disse fagområdene og styrke kompetansen i de miljøene som gir utdanning.

Kunnskapsdepartementet vil komme tilbake til forståelsen av begrepet forskningsbasert utdanning i stortingsmeldingen om forskning som skal legges fram i 2013.

### 10.1.3 Innovative tjenester

Analysen viser at personellbehovet i helse- og velferdstjenestene framover vil være større enn tilgangen, jf. Kapittel 2.3. Det må derfor finnes nye organisatoriske og teknologiske løsninger for å redusere behovet for arbeidskraft. Teknologi kan ikke erstatte menneskelig innsats, men kan bidra til å gjøre den mer effektiv. På dette området er det mye å hente. Framtidens helse- og omsorgstjenester skal i større grad gis der folk bor og i samarbeid med pasienter og brukere. Dette stiller økte krav til informasjonssystemer og mobile tjenester. Ny helse- og omsorgsteknologi, som nettbaserte tjenester, mobile helsetjenester (mobil røntgen i sykehjem, mobile laboratorietjenester) og smarthusløsninger, vil kunne inngå som en integrert del av helse- og omsorgstilbudet.

Hagen-utvalget ble nedsatt av regjeringen for å finne nye løsninger på framtidens omsorgsutfordringer med vekt på nye boformer, teknologi, brukerorganisering og ny kunnskap. Utvalget avga NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* i juni 2011.<sup>3</sup> Når det gjelder kompetanse, er utvalget opptatt av at omsorgssektoren må tilføres mer teknisk kompetanse både gjennom helse- og sosialfagutdanningene og ved at den skaffer seg teknisk kyndig personell som kan stå for innføring, tilpasning, vedlikehold og bruk av ny teknologi. Utvalget peker spesielt på ergoterapeutenes kompetanse og rolle som viktige brobyggere mellom teknologimiljøer, hjelpemiddelsentraler og helse- og omsorgstje-

nestene, med en metodisk tilnærming med vekt på aktivisering og rehabilitering.

Den teknologiske utviklingen i helse- og velferdstjenestene krever personell som har positive holdninger til bruk av ny teknologi og tilstrekkelig kompetanse til å kunne ta den i bruk. Den samfunnsøkonomiske gevinsten ved utvikling og bruk av ny teknologi kan være særlig stor i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, som har et stort og økende omfang. Store kostnader og relativt liten bruk av teknologi i dag betyr at selv små forbedringer vil gi et viktig samfunnsøkonomisk bidrag. Helseteknologi kan også utvikles til å bli en framtidig eksportnæring.

### 10.1.4 Forskning tilknyttet de helse- og sosialfaglige utdanningene

Det er 33 universiteter og høyskoler som tilbyr helse- og sosialfaglige utdanninger i Norge. I tillegg er det flere forskningsinstitutter og helseforetak som driver forskning om og for helse- og velferdstjenestene. Det betyr at forskningsressursene er fordelt på mange fagmiljøer. For å utnytte de samlede ressursene best mulig kreves det økt grad av samarbeid, arbeidsdeling og konsentrasjon mellom fagmiljøene, jf. Kapittel 10.3.1. Det er viktig at forskning med relevans for helse- og velferdstjenestene knyttes til de fagmiljøene som tilbyr utdanninger på området.

Størstedelen av FoU-virksomheten i helse- og sosialfagmiljøene skjer i regi av universitetene og høyskolene selv over grunnbevilgningen. Unntaket er medisin, der mye forskning skjer i regi av helseforetakene. Fagmiljøene med ansvar for de kortere profesjonsutdanningene særlig ved høyskolene og til dels de nye universitetene mottar lite penger fra Norges forskningsråd, selv om omfanget er økende. Høyskolene har imidlertid omtrent samme innvilgelsesprosent som universitetene i forhold til antall innsendte søknader og søknadsbeløp. Høyskolene får innvilget 33 % av søknadene, mens universitetene får 27 % av sine søknader innvilget. Universitetene søker imidlertid om langt mer penger.<sup>4</sup>

Mens høyskolene har en andel på 2 % forskningsrådsmidler i forhold til statlige overføringer, er tallet for universitetene nær 15 %. Det er ikke et mål at høyskolene skal bli lik universitetene, men en sterkere forskningsforankring er ønskelig. Det må derfor vurderes mer målrettede virkemidler gjennom Norges forskningsråd for å øke forsk-

<sup>2</sup> Kyvik, Svein (2007): *Høyskolesektorens rolle i utdannings- og forskningssystemet i Vest-Europa*, NIFU STEP-rapport 37/2007.

<sup>3</sup> NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*.

<sup>4</sup> Tallene gjelder perioden 2008-2010. Kilde: Norges forskningsråd.

ningsevnen og bidra i den nasjonale kunnskapsbyggingen også i fagmiljøene som gir helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette fordrer samarbeid og arbeidsdeling i universitets- og høyskolesektoren og et styrket samspill med øvrige fagmiljøer på feltet.

Forskningen innenfor biologi, medisin og helse i Norge har nylig blitt evaluert av et internasjonalt ekspertpanel oppnevnt av Norges forskningsråd. Helse-/sykepleieforskningen blir generelt vurdert som svak og i stor grad fragmentert. Ikke alle miljøer er vurdert, men det er grunn til å tro at bildet som framkommer, gjelder feltet generelt. Panelet påpeker at det generelt er svak forskningstradisjon, og at det mangler forskningskunnskap som er kvalitativt god nok til å danne grunnlag for kunnskapsbasert praksis. De påpeker at det er en vanskelig oppgave å forene avansert forskning og ambisjonen om forskningsbasert høyere utdanning. Spesielt problematisk blir det når dette kravet blir forstått som at undervisningspersonalet skal undervise fra sin egen forskning, jf. Kapittel 10.1.2.

Panelet fant at det foregår mye god forskning, men at dagens system bidrar til å spre ressursene. Forskningen ved de mindre enhetene er til dels fragmentert, og fagmiljøene bærer preg av å være metodologisk svake. Mye av den samme forskningen foregikk ifølge panelet også i flere miljøer uten at de visste om hverandre.<sup>5</sup>

## 10.2 Pågående programmer og satsinger

Det er en rekke sektorfinansierte forskningsprogrammer med relevans for helse- og velferdstjenestene i Norges forskningsråd. Noen av disse er omtalt nedenfor. I tillegg er helse- og sosialforskning ett av flere temaer i utlysningene fra de regionale forskningsfondene.

*Strategiske høyskoleprosjekter* (SHP) er en satsing fra Kunnskapsdepartementet som ble satt i gang i 2002 for å styrke forskning, faglig utviklingsarbeid og kompetanseheving ved høyskolene. Evalueringen av SHP viser at programmet har bidratt til å styrke det forskningsstrategiske arbeidet ved høyskolene gjennom å kreve at prosjektene forankres i institusjonenes strategiske planer og rangeres fra deres side. SHP har styrket bevisstheten om forskning i høyskolesektoren. Programmet blir videreført fra 2012, med en sær-

lig vektlegging av helse- og sosialfag slik at høyskolene kan bygge solide forskningsmiljøer på dette området.

### 10.2.1 Arbeids- og velferdsforskning

Arbeidsdepartementet utviklet et strategidokument for FoU i 2006. I gjeldende strategi er ikke utfordringer knyttet til forholdet mellom utdanning, praksis og forskning innenfor velferdsyrkene drøftet spesielt. Dokumentet er for tiden under revisjon, og Arbeids- og velferdsdirektoratet og andre underliggende organer er bedt om å utvikle strategier for kunnskaps- og kompetanseutvikling på sine områder. Samspillet mellom utdanning, praksis og forskning vil da være et aktuelt tema.

Departementet har prioritert programfinansiering i regi av Norges forskningsråd. Det omfatter programmet *Velferd, arbeidsliv og migrasjon* (VAM), *Sykefraværsprogrammet* og evalueringer av store reformer. I den delen av VAM-programmet som omhandler trygdeforskning, er det lagt vekt på at institusjonsforankrede strategiske prosjekter også skal ha tilknytning til undervisning på fagfeltet. Videre har Sykefraværsprogrammet som ett av flere mål å «styrke forutsetningene for at undervisningsvirksomheten til relevante utdanninger blir mer forskningsbasert».

Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte i 2006 et femårig forsøk med nye samarbeidsformer mellom forskning, utdanning, praksis og brukere i sosialtjenesten (HUSK). Formålet med forsøket var å etablere strukturer og arenaer for forpliktende og likeverdig samarbeid, samt å styrke praksisbasert forskning og kunnskap som grunnlag for utvikling av god praksis. HUSK har vært organisert i fire regionale prosjekter, der universiteter og høyskoler i de respektive regionene har samarbeidet med kommuner, arbeids- og velferdsforvaltningen og brukerorganisasjoner om en lang rekke delprosjekter. Evalueringen av HUSK konkluderer med at forsøket har bidratt med verdifull kunnskap og erfaringer som bør ivaretas etter at det er avsluttet. Målene for forsøket og bevilgningen til formålet er derfor videreført i statsbudsjettet for 2012.

### 10.2.2 Barnevernforskning

På barnevernområdet er det utarbeidet en egen strategi for FoU-arbeidet for perioden 2009-2012 under tittelen *Et kunnskapsbasert barnevern*. Fra denne avledes en årlig FoU-plan. Prosjekter finansiert fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

<sup>5</sup> *Public Health and Health-related Research*, Panel 5, The Research Council of Norway.

(Bufdir) har som mål å styrke og utvikle hele barnevernet og å øke kunnskapen i forskningsmiljøene og kvaliteten på forskningen som utføres. Eksempler på prosjekter er *Det nye barnevernet*, *Praxis sør*, et strategisk program for forskning om fosterhjem og et forskningsprosjekt basert på registerdata: *Barnevern i Norge (1990-2011)*. Bufdir gir også driftsstøtte til den mer grunnforskningsorienterte Enhet for kognitiv utviklingspsykologi ved Universitetet i Oslo og til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge. Sammen med Helsedirektoratet bidrar Bufdir videre til finansieringen av to regionale kunnskapssentre for barn og unge (RKBU) i region Nord-Norge og i region Vest. Direktoratet arrangerer jevnlig FoU-møter med regionkontorene i Barne-, ungdoms- og familieetaten og med aktuelle forskningsmiljøer.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet gir driftsstøtte til forskning ved Atferds-senteret og bidrar til finansieringen av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. I 2011 ble det også gitt midler til ulike evalueringsprosjekter. Eksempler er fem delprosjekter knyttet til evalueringen av forvaltningsreformen i barnevernet samt evaluering av Alarmtelefonen for barn og unge, mentorprosjektet *Nattergalen*, forsøksarbeidet *Losprosjektet* og utviklingsprosjektet *Sammen for barn og unge*. Dessuten finansierer departementet to prosjekter om økningen av antallet tilmeldte saker til barnevernet i tillegg til å delfinansiere programmet *Velferd, arbeidsliv og migrasjon* (VAM) i regi av Norges forskningsråd.

### 10.2.3 Helseforskning

Det har vært en markant økning i forskningsinnsatsen innenfor medisin og helse siden 2003. Økningen har vært særlig stor når det gjelder klinisk pasientrettet forskning og omsorgsforskning, men også innenfor psykisk helse og andre fagområder der det har vært behov for oppbygging av forskningsaktivitet. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) finansierer NFR-programmet *Helse- og omsorgstjenesteforskning* med 73 millioner kroner årlig. Gjennom programmet er det bl.a. etablert fem sentre for omsorgsforskning. Sentrene er lagt til høyskoler og universiteter for å utnytte koblingen mellom utdanning og forskning. Fra 2011 er det også etablert et *Program for offentlig initierte studier på kreftområdet* i regi av Norges forskningsråd. Programmet er viktig for å få fram tjenestenes forskningsbehov.

Det er etablert fire allmennmedisinske forskningsenheter knyttet til universitetene i Bergen,

Oslo, Trondheim og Tromsø. Videre er det etablert både regionale og nasjonale kompetansetjenester med ansvar for blant annet forskning og kompetansespredning.

Forskning er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver. Helseforetakene har et særskilt ansvar for den kliniske pasientrettede forskningen. Forskningen finansieres gjennom både rammebevilgninger og resultatbasert finansiering.

Hagen-utvalget leverte som tidligere nevnt sin rapport i juni 2011 om hvordan det kan legges bedre til rette for innovasjon i omsorgssektoren. Utvalgets rapport har vært på høring. HOD arbeider nå med hvordan forslagene i rapporten og høringsuttalelsene skal følges opp. HOD samarbeider også med Nærings- og handelsdepartementet om en satsing på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Virkemidlene i dette arbeidet er InnoMed (lagt under Helsedirektoratet), Norges forskningsråd og Innovasjon Norge.

Det er etablert regionale samarbeidsorganer for forskning og utdanning mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler og utarbeidet en egen instruks for samarbeidet. *Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning* (NSG) er etablert som et koordinerende organ for forskning innenfor spesialisthelsetjenesten. I gruppen deltar representanter for de fire regionale helseforetakene, universitetene, høyskolene, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Helsedirektoratet og Norges forskningsråd. KD og HOD samt de allmennmedisinske forskningsenheter er observatører. NSG har besluttet å etablere noen nasjonale satsinger, blant annet på nevrologisk forskning, psykisk helse og hjerte/kar-forskning. Det arbeides med å utrede nasjonalt forskningssamarbeid innenfor muskel- og skjelettlidelser og helsetjenesteforskning.

Tannhelsetjenesten har sin egen organisering av forskning, og ett av hovedformålene med statens finansiering av de regionale odontologiske kompetansesentrene er at de skal drive praksisnær klinisk forskning og fagutvikling. Oppbygging og deltakelse i forskningsvirksomhet, i kombinasjon med at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten står for veiledningen i store deler av tannpleier- og tannlegestudentenes kliniske trening, bidrar samlet til betydelig kompetanseutvikling i sektoren.

### 10.3 Målrettet forskningsinnsats

Regjeringen vil styrke forskningen som grunnlag for kunnskapsbaserte helse- og velferdstjenester gjennom en helhetlig FoU-politikk som bidrar til utvikling av bedre og mer koordinerte tjenester og en kvalitativt bedre utdanning. Samspill mellom forskning, utdanning og yrkesutøvelse står sentralt, jf. Kapittel 5.3.

#### 10.3.1 SAK – samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon

Forskning er ressurskrevende. Med en desentralisert utdanningsstruktur kombinert med forventningen om at alle utdanningsmiljøene skal drive FoU-virksomhet, er det behov for samarbeid og arbeidsdeling for å sikre kvalitet og god ressursutnyttelse. All utdanning skal være tuftet på forskningsbasert kunnskap gjennom pensum og læringsmetoder, og alle utdanningsmiljøer må kunne bruke forskning i sin undervisning. Men alle miljøer kan ikke forventes å være like forskningsaktive. Det er nødvendig å etablere forskergrupper og forskningssamarbeid på tvers av fag, tradisjonelle profesjongrenser og institusjoner. Sterke fagmiljøer må fungere som knutepunkter i den nasjonale kunnskapsbyggingen og trekke med seg andre.

Felles for helse- og velferdsyrkene er behovet for økt samhandling, og dette må også reflekteres innenfor forskningen. Relevant tverr- og flerfaglig kompetanse er et nødvendig utgangspunkt for god samhandling, samtidig som det er behov for forskning om selve samhandlingen. God forskningsbasert utdanning må også formidle forskning fra andre relevante fagfelter og fagmiljøer.

Forskningsinstituttene driver mye forskning som er relevant for helse- og velferdstjenestene. Økt samarbeid mellom instituttsektoren og utdanningssektoren kan bidra til nødvendig kunnskapsoverføring. Forskningen som gjøres og kompetansen ved instituttene må komme bedre til nytte i utdanningene, ikke minst i doktorgradsutdanningen. Kunnskapsdepartementet ønsker å styrke samarbeidet mellom universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren og har blant annet støttet en utredning om dette med strategiske SAK-midler.

#### 10.3.2 Bedre koordinering på tvers av sektorene

Kunnskapsdepartementet har det overordnede ansvaret for forskningspolitikken, mens de ulike

sektordepartementene har et ansvar for forskningen innenfor sine områder. Det trengs derfor en koordinert tilnærming og felles strategier for å sikre god sammenheng mellom utdanning, forskning og yrkesutøvelse på det helse- og sosialfaglige området. En helhetlig nasjonal politikk for bruk av forskning krever nye grep for departementenes dialog med forskningsmiljøene, lærestedene og Norges forskningsråd.

De ansvarlige departementene vil styrke koordineringen av forskningsinnsatsen gjennom gode arenaer for samarbeid. Eksisterende samarbeidsarenaer skal videreutvikles og behovet for nye vurderes. Dette skal bidra til å få fram relevant forskning på sentrale kompetanseområder for helse- og velferdstjenestene og til kompetansebygging blant undervisningspersonellet. Samordning vil bidra til å bygge ned barrierer mellom fag og mellom de ulike aktørene i forsknings- og utdannings-systemet, og til å styrke forholdet mellom forskning, utdanning og yrkesutøvelse.

#### 10.3.3 Nytt program i Norges forskningsråd

Regjeringen tar sikte på å etablere et forskningsprogram i Norges forskningsråd der målet er å styrke forskningen for helse- og velferdstjenestene og samtidig bidra til å øke forskningsforankringen i fagmiljøene som gir helse- og sosialfaglig utdanning. En nær kobling mellom tjenestene, forskningen som blir gjort og studentene som blir uteksaminert, gir bedre overføring av kunnskap mellom forskningen, utdanningene og yrkesutøvelsen. Det vil bli vurdert hvordan programmet kan bygge videre på erfaringene med fireparts-samarbeid, der også brukerne er involvert, som er utviklet gjennom HUSK-prosjektet, jf. punkt 10.2.1. Bruk av den nasjonale konkurransearenaen i Norges forskningsråd vil ivareta kvalitetsvurdering, styrke forskningsorganiseringen og legge til rette for samarbeid, arbeidsdeling og faglig konsentrasjon.

Programmet skal:

- styrke grunnlaget for kunnskapsbasert yrkesutøvelse, både for den enkelte sektor og på tvers av sektorer, gjennom styrking av praksisnær forskning
- ha en innretning som understøtter samarbeid mellom institusjoner og fagmiljøer på tvers av profesjoner og med brukerorganisasjoner
- styrke kvaliteten på og relevansen av forskningen
- styrke forskningsorienteringen i utdanningene for å utdanne mer kompetent personell til å

bemanne og utvikle framtidens helse- og velferdstjenester

- styrke forskerrekutteringen for å sikre framtidig god og relevant kunnskapsproduksjon
- styrke kunnskapsgrunnlaget for å forstå profesjonenes rolle og funksjon i et moderne samfunn

#### 10.3.4 Nasjonale forskerskoler

Økt vekt på forskeropplæring og kvalifisering i profesjonsfagene vil bidra til økt kvalitet i utdanningene og på sikt øke den nasjonale forskningsevnen på de aktuelle områdene. For at doktorgradsutdanningen skal ha tilstrekkelig kvalitet og relevans, må den ha gode organisatoriske rammer der stipendiatene inngår i prosjektsamarbeid og nettverk med andre stipendiater og forskere. De nasjonale forskerskolene skal sikre dette ved å binde sammen forskermiljøer, tilrettelegge for godt strukturerte utdanningsløp og bidra til internasjonalisering. Forskerskoler kan videre gi tilgang til økt veiledningskompetanse i utdanningene gjennom å tilby en pool av veiledere.

I statsbudsjettet for 2012 er bevilgningen til nasjonale forskerskoler økt med 20 millioner kroner. Økningen skal særlig styrke doktorgradsutdanningen og forskningsinnsatsen innenfor profesjonsfagene.

#### 10.3.5 Robuste og kompetente fagmiljøer

På alle nivåer i utdanningssystemet er lærere, veiledere og instruktører nøkkelen til god kvalitet. Det har skjedd en positiv kompetanseutvikling i universitets- og høyskolesektoren over mange år. Til tross for dette er det dokumentert at mange fagmiljøer er for lite robuste, og at de ansatte trenger økt kompetanse og mer oppdatert kunnskap om yrkesfeltene det utdannes til. Blant annet evalueringer foretatt av NOKUT og undersøkelser i regi av NIFU viser at det er behov for flere ansatte med forskerkompetanse i helse- og sosialfagutdanningene. Forskningsbasen for flere utdanninger er for svak. Kompetanseheving av ansatte er derfor nødvendig for å sikre og heve kvaliteten på forskning og utdanning. Særlig er dette viktig for institusjoner som i utgangspunktet ikke har hatt tilstrekkelig formell kompetanse i personalet til å innfri kravene som NOKUT stiller til utdanningene.

Universitets- og høyskolesektoren har to sidestilte faglige karriereveier: kvalifisering til førsteamanuensis og professor gjennom doktorgrad og

vitenskapelig produksjon, og et løp med stillingskategoriene lektor, førstelektor og dosent, der det også kreves publikasjoner for kvalifisering, men med større vekt på praksisnær fagutvikling. Førstelektorstillingen ble tatt i bruk i 1993 med kompetansekrav på samme nivå som for førsteamanuensis, men med et bredere kvalifiseringsgrunnlag. Dosentstillingen i sin nåværende form har vært i bruk fra 2006. Muligheten for faglig opprykk er et virkemiddel for kompetanseheving ved institusjonene og et insentiv til utvikling for de ansatte.

Kompetansenivået varierer mellom utdanningene og mellom ulike institusjoner. For de statlige høyskolene samlet har det totalt på alle fagområder vært en positiv utvikling de siste årene, fra 26 % med førstestillingskompetanse (inkludert post.doc., eksklusiv stipendiater) i 2001 til 43,5 % i 2010. Til sammenligning var det om lag 80 % med tilsvarende kompetanse ved universitetene. Antall årsverk i førstelektorstilling har økt jevnt fra 7 % av de faglig ansatte i 2001 til 11 % i 2010. I samme tidsrom har andelen førsteamanuenser ved statlige høyskoler økt fra 16 % til 20 %. Det er også et økende antall stipendiater ved høyskolene.

For å sikre høy kvalitet i utdanning og forskning må både universiteter og høyskoler finne en god balanse i bruken av karriereveiene og sammensetningen av fagmiljøene i samsvar med hver institusjons profil og egenart.

### 10.4 Tiltak

Regjeringen vil:

- Utvikle en mer helhetlig og strategisk bruk av de samlede FoU-ressursene innenfor helse- og sosialfag gjennom koordinering og samarbeidsarenaer på tvers av sektorene.
- Øke kvaliteten på forskningen ved å legge til rette for felles forskningsinnsats på tvers av fagmiljøer og institusjoner som en del av SAK-politikken.
- Etablere et forskningsprogram i Norges forskningsråd for å utvikle helse- og velferdstjenestene og de helse- og sosialfaglige utdanningene.
- Vurdere nye tiltak for kvalifisering av fagpersonalet i utdanningene.
- Prioritere helse- og velferdsområdet innenfor forskningsprogrammet *Strategiske høyskoleprosjekter* (SHP).
- Etablere flere nasjonale forskerskoler som knytter sammen stipendiater innenfor samme fagfelt ved ulike institusjoner.

## 11 Økonomiske og administrative konsekvenser

Utdanningssystemet har en lang planleggingshorisont. Det tar mange år før den enkelte og samfunnet kan dra nytte av investeringene som gjøres i utdanning og forskning. Denne stortingsmeldingen skal danne grunnlaget for et langsiktig utviklingsarbeid. Meldingen angir retning for arbeidet, og Kunnskapsdepartementet vil i samarbeid med departementene som er ansvarlige for helse- og velferdstjenestene, følge opp de ulike aktørene og prosessene gjennom dialog og styringsdokumenter i årene framover. Gitt tidshorisonten for meldingen vil flere av de økonomiske og administrative konsekvensene knyttet til langsiktige behov og ambisjoner måtte vurderes og tas stilling til i senere budsjettår. De konkrete tiltakene som er beskrevet, dekkes innenfor budsjettammen for 2012.

### 11.1 Videregående opplæring

Tiltakene innenfor videregående opplæring antas ikke å ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser. Det forutsettes at gjennomføring av opplæringen organisert i en vekslingsmodell ikke innebærer endring i den samlede tiden i skole og bedrift. Vekslingsmodellen medfører slik sett ikke merkostnader sammenlignet med 2+2-modellen. Derimot vil den kunne medføre kostnader i forbindelse med administrativt merarbeid. De samfunnsøkonomiske gevinstene av å nå målene vil imidlertid være betydelige, ved at flere gjennomfører helse- og sosialfaglig videregående opplæring og at helse- og velferdstjenestene får tilgang på flere helsefagarbeidere og barne- og ungdomsarbeidere.

### 11.2 Fagskoleutdanning

Tiltakene innenfor fagskoleutdanning vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser. Innføring av et bredere opptaksgrunnlag for fagskoleutdanning vil sannsynligvis øke rekrutteringen, men kan gjennomføres innenfor

dagens utdanningskapasitet. Etablering av eventuelle nye fagskoletilbud må vurderes i samråd mellom utdanningssystemet og tjenestene som etterspør arbeidskraft med denne typen kompetanse.

### 11.3 Høyere utdanning

Tiltakene innenfor høyere utdanning har en særlig lang planleggingshorisont. Endret innretning og organisering av alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene i tråd med føringene som gis i denne meldingen, medfører et betydelig utviklingsarbeid ved universiteter og høyskoler og hos deres samarbeidspartnere. Dette arbeidet må prioriteres som en del av det ordinære faglige og organisatoriske utviklingsarbeidet ved hver institusjon. De nasjonale prosessene med å videreutvikle grunnlaget for arbeidet vil innebære nedsettning av arbeidsgrupper, utvalg osv. som vil kreve deltakelse både fra universitets- og høyskolesektoren, helse- og velferdssektoren og berørte departementer. De nærmere økonomiske og administrative konsekvensene vil avhenge av resultatene av prosessene og må utredes som en del av utviklingsarbeidet.

### 11.4 Forskning og utvikling

Tiltakene innenfor forskning og utvikling vil ikke ha vesentlige økonomiske og administrative konsekvenser. Kunnskapsbehovene for helse- og velferdstjenestene forventes imidlertid ikke å bli mindre i årene framover, og dette vil inngå i vurderingene av prioriteringer i forskningspolitikken.

Kunnskapsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Kunnskapsdepartementet 17. februar 2012 *Utdanning for velferd* blir sendt Stortinget.



**Vedlegg 1**

## Nærmere om tjenestene meldingen omhandler

### **Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)**

#### **NAV-reformen**

Opptakten til NAV-reformen kom i 2001 da sosialkomiteen foreslo for Stortinget at regjeringen skulle utrede spørsmålet om en felles etat for sosialtjenesten, Aetat og trygdeetaten. Regjeringen foreslo i 2005 (jf. St.prp. nr. 46 (2004-2005) *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*) å etablere en statlig arbeids- og velferdsetat med oppgaver fra Aetat og trygdeetaten, og felles statlige/kommunale NAV-kontorer i hver kommune. Forslaget fikk bred tilslutning i Stortinget, og reformen ble iverksatt fra sommeren 2006. I tillegg til NAV-kontorene er det etablert over 100 forvaltnings- og spesialenheter med ulike oppgaver, jf. omtale i Kapittel 3.

I regi av Norges forskningsråd er det satt i gang en flerårig evaluering av reformen. Hovedformålet er å finne ut om de overordnede målene blir nådd. Evalueringen omfatter også en prosess-evaluering for blant annet å dokumentere hvordan reformen er gjennomført. Den startet opp i 2006/2007 og skal etter planen avsluttes i 2012/2013.<sup>1</sup>

#### **NAVs tjenestetilbud**

NAV har et vesentlig ansvar for velferdssamfunnets tilbud til brukerne gjennom forvaltning av folketrygden, arbeidsmarkedspolitikken og kommunale sosiale tjenester. NAV skal sikre et vel fungerende arbeidsmarked, forebygge utstøting fra arbeidslivet, fremme inkludering og sikre inntekt og stønader til enkeltpersoner og husholdninger i ulike behovssituasjoner. Det er to hovedtyper av tjenester med ulike kompetansebehov:

Personrettet oppfølging:

- formidlings- og rekrutteringsbistand

- arbeidsgiverbistand ved permittering eller oppsigelser
- behovsvurdering/arbeidsevnevurdering og annen oppfølging av brukere
- et bredt spekter av statlige arbeidsmarkeds tiltak
- sykefraværsoppfølging
- bistå bedrifter og virksomheter med å oppnå målene i IA-avtalen (arbeidslivssentrene)
- kvalifiseringsprogram og andre kommunale tiltak
- råd og veiledning/individuellt sosialt arbeid (herunder økonomisk rådgivning)
- økonomisk sosialhjelp
- midlertidig botilbud
- individuell plan
- tilbud til brukere med helsemessige/sosiale utfordringer (NAV Arbeidsrådgiving)
- sentre for arbeidssøkende innvandrere (NAV Intro)
- hjelpemidler (hjelpemiddelsentralene)

Den personrettede oppfølgingen skjer i hovedsak i regi av det lokale NAV-kontoret.

Ytelsesforvaltning:

- Folketrygdens ytelser for inntektssikring for personer i yrkesaktiv alder (sykepengen, arbeidsavklaringspenger, dagpenger, uføretrygd, enslig forsørger)
- alderspensjon, avtalefestet pensjon, uførepensjon, krigspensjon mv.
- familieytelser (barnetrygd, foreldrepenger, barnebidrag m.m.)
- NAV Internasjonalt
- NAV Klageinstans
- NAV Kontroll og innkreving

Ytelsesforvaltningen er i hovedsak knyttet til forvaltnings- og spesialenheter.

Andre tjenester:

I tillegg kommer ulike kommunale tjenester som den enkelte kommune har valgt å legge til NAV-kontorene. Dette omfatter blant annet tiltak for rusmiddelavhengige, forvaltning av boligvirke-

<sup>1</sup> Se: <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=Page&cid=1224698458174&p=1224698458174&pagename=evanav%2FHovedsidemal>

midler, flyktningtjenester, støttekontakttjenester og barnevern.

### Kompetansesammensetning og framtidige behov

I mars 2010 leverte en ekspertgruppe en rapport om oppgave- og ansvarsdelingen i NAV der den beskrev utdanningsprofilen i den statlige delen av arbeids- og velferdsforvaltningen (Arbeids- og velferdsetaten) ut fra en inndeling etter høyeste utdanningsnivå: videregående opplæring, etatsutdanning, universitets- og høyskoleutdanning av lavere grad (1-4 år) og universitets- og høyskoleutdanning av høyere grad (over 4 år). Gruppen undersøkte henholdsvis NAV-kontorene (statlig del), forvaltningsenheter, pensjonsenheter og kundesentre. Rapporten viser at:

- Vel 70 % av de ansatte i de fire enhetstypene, sett samlet, har utdanning fra universitet eller høyskole. 2/3 av disse har utdanning på bachelornivå (1-4 år), mens de øvrige har høyere grads utdanning.
- Ca. 20 % har videregående opplæring som høyeste fullførte utdanning, men det er relativt liten nyrekruttering i denne gruppen.
- Ansatte med universitets- og høyskoleutdanning av lavere grad utgjør den største gruppen i Arbeids- og velferdsetaten. De fleste har disiplinlig cand. mag.- eller bachelorutdanning fra universitetet. Fagretninger innenfor samfunnsvitenskap og humaniora dominerer.
- Det er få ansatte med helse- eller sosialfaglig yrkesutdanning (1-4 års varighet) i den statlige delen av NAV (ca. 1/6 av antallet med lavere grads universitetsutdanning). Av disse igjen er det bare sosionomene som utgjør en større gruppe, med 227 medarbeidere ved NAV-kontorene. Bare et fåtall sosionomer jobber i forvaltningsenhetene. Det vil si at Arbeids- og velferdsetaten (statlig del, vel 14 000 årsverk totalt, derav ca. 5600 ved de lokale NAV-kontorene) i relativt liten grad rekrutterer ansatte med profesjonsrettede helse- og sosialfaglige bachelorgrader.
- Jurister og samfunnsvitere er de klart største gruppene blant universitets- og høyskoleutdannede med mer enn fire års utdanning, med vel 35 % hver. Over halvparten av juristene er i forvaltningsenhetene. Ellers er det ingen enkeltutdanning som peker seg ut, men hovedtyngden av de statlig ansatte har utdanning innenfor samfunnsfag.
- En større andel av dem som er rekruttert inn i Arbeids- og velferdsetaten etter reformen, har

høyere utdanning sammenlignet med ansatte som har vært i etaten noen år. Økningen har primært skjedd i gruppen med kortere universitets- og høyskoleutdanning (1-4 år).

- Ved de lokale NAV-kontorene er sosionomer ansatt i kommunen den klart største utdanningsgruppen. Av de nærmere 5500 kommunalt ansatte i NAV i 2009 med oppgaver knyttet til økonomisk sosialhjelp og sosiale tjenester var nær halvparten (49 %) sosionomutdannet, mens 24 % hadde annen høyere utdanning. Det betyr at 73 % av kommunalt ansatte i arbeids- og velferdsforvaltningen hadde høyere utdanning. Ansatte med relevant profesjonsutdanning utgjør altså en stor gruppe når de rundt 4000 kommunale årsverkene trekkes inn.

Det er ikke satt formelle krav til utdanning eller kompetanse for å arbeide i de ulike enhetene i NAV. Det er likevel bred enighet blant lederne for både NAV-kontorer og forvaltningsenheter om at høyere utdanning er viktig. Hele 85 % av dem som er ansatt ved NAV-kontorene etter 2006, har gradsutdanning fra universiteter og høyskoler. Mange med høyere grads utdanning slutter imidlertid igjen etter 1-3 år. Særlig gjelder dette i forvaltningsenheter og kundesentre.

I motsatt ende av utdanningsskalaen har det vært økt etterspørsel i NAVs kundesentre etter personer med videregående opplæring som høyeste utdanningsnivå. Dette rekrutteringsmønsteret avviker fra resten av arbeids- og velferdsforvaltningen, noe som trolig har sammenheng med hvilke oppgaver som per i dag er lagt til kundesentrene.

I forvaltningsenhetene etterspørres særlig jurister, samfunnsvitere, økonomer og personer med velferdsfaglig utdanning fra universitet eller høyskole. Ledere for NAV-kontorene etterspør særlig flere med velferdsstudier på høyskolenivå samt sosionomer.

Flesteparten av lederne ved både NAV-kontorene og forvaltningsenhetene mener at de ansatte har tilfredsstillende kompetanse for å ivareta sentrale oppgaver i arbeids- og velferdsforvaltningen. Samtidig svarer nærmere 1/3 av NAV-kontorlederne og en noe mindre andel av forvaltningsenhetslederne at de bare i noen grad har en riktig kompetansesammensetning ved sitt kontor/sin enhet.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Rambøll, *Utredning av hvordan tilbud innenfor høyere utdanning kan bidra til å dekke langsiktige kompetansebehov i arbeids- og velferdsforvaltningen*, 2010.

## Barnevernet

### Innledning

De siste årene har det vært en jevn stigning i antallet meldinger til barnevernet. Etter 2006 har mer enn 40 000 barn og unge årlig mottatt hjelp og støtte. I 2010 var antallet nesten 50 000 på årsbasis. Av de ca. 37 000 barn og unge som fikk bistand av barnevernet ved utgangen av året, mottok flertallet (to tredeler) frivillige hjelpetiltak i hjemmet. Litt under 19 % var plassert utenfor hjemmet under barnevernets omsorg, mens de resterende 15 % mottok frivillige plasseringstiltak utenfor hjemmet. Både ved ufrivillige og frivillige plasseringer utenfor hjemmet benyttes fosterhjem, beredskapshjem og institusjoner. Mange unge (18-23 år) med ettervern får hybel/bolig med oppfølging. Opphold i sentre for foreldre og barn (tidligere kalt mødre hjem) regnes ikke som plasseringer utenfor hjemmet.

I henhold til loven skal barnevernet sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. I tillegg skal det bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Lovverket gir dermed tydelige føringer om at barnevernet både skal forebygge og yte hjelp i krisesituasjoner. Det skal samarbeide med andre offentlige instanser og frivillige organisasjoner for å skape et sikkerhetsnett og gode utviklingsvilkår for barn og unge.

Tidligere var institusjonsopphold den mest konkrete formen for barnevernslignende tiltak. Krisetiltak ble som oftest iverksatt for å bistå hjelpeløse barn for eksempel etter foreldres dødsfall, etter bybranner osv. På 16- og 1700-tallet ble det blant annet etablert flere barnehjem og vaisenhus (vais: fra tysk *Waise*, foreldreløs). På 1800-tallet oppstod barneasylene og rednings- og oppdragelsesanstaltene. De første ble forløpere for barnehagene, og de andre dannet mønster for skolehjemmene.

Vergerådsloven av 1896 la grunnlaget for en pionerinnsats på barnevernsområdet sett både i nasjonal og internasjonal målestokk. Loven var samtidig sterkt preget av en moralsk og strafferettslig tankegang som var dårlig tilpasset den senere utbyggingen av velferdsstaten.

Med barnevernloven av 1953 kom nye psykologiske forståelsesmåter og sosialfaglige metoder med vekt på forebygging, veiledning og støtte til vanskeligstilte barn og deres familier. Plassering utenfor hjemmet skulle bare gjennomføres som en siste utvei. Fra og med 1982 har antall barn

med hjelpetiltak – da kalt forebyggende tiltak – vært høyere enn antall barn under omsorg.<sup>3</sup>

Med innføringen av gjeldende lov om barnevernstjenester i 1993 ble ansvaret for å ta beslutninger om ufrivillige plasseringer utenfor hjemmet overført fra folkevalgte kommunale nemnder til et nyopprettet domstolslignende organ, fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. En annen viktig endring var lovfesting av krav om en egen leder for barnevernstjenesten i kommunene. Loven innebærer en sterkere vektlegging av forebygging og tidlig innsats enn tidligere. Støtte- og hjelpetiltak i hjem og nærmiljø skal kunne iverksettes før problemene har utviklet seg til å bli alvorlige eller akutte. Eksempelene på barnevernstiltak som er nevnt i loven, er hovedsakelig videreført fra 1953-loven.

Når det gjelder barns sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, er disse blitt særlig styrket i senere år blant annet gjennom FNs barnekonvensjon. Som hovedprinsipp fastslår konvensjonen at barn har rett til «protection», «provision» og «participation» (de tre p-ene). Barnekonvensjonen ble enstemmig vedtatt av generalforsamlingen i FN 20. november 1989, og Norge ratifiserte den i 1991. Konvensjonen ble inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven i 2003. Den gjelder etter dette som norsk lov, og vil ha forrang dersom det skulle oppstå motstrid mellom den og annen norsk lovgivning, jf. menneskerettsloven § 3.

### Reformen i barnevernet

Den siste omfattende reformen i barnevernet ble iverksatt 1. januar 2004. Da ble det fylkeskommunale ansvaret på barnevernsområdet overført til det statlige barnevernet. Kort tid etter ble Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet etablert. Det ble etablert fem barnevernsregioner i Norge. Regionene har 26 fagteam som blant annet skal være bindeledd mellom statlige og kommunale barnevernstjenester. Staten overtok også ansvaret for å etablere, drive og godkjenne barnevernsinstitusjoner.

Barnevernet i kommunen har ansvar for å vedta og iverksette tiltak overfor barn og familier som trenger hjelp, unntatt når tiltak krever beslutning i fylkesnemnda. Etter loven har det kommunale barnevernet også et oppfølgingsansvar for dem som mottar hjelp i statlig regi eller med statlig støtte.

<sup>3</sup> SSB, Sosialstatistikk 1990.

Reformens viktigste mål var å bidra til en bedre faglig og økonomisk styring av barnevernet og sikre likeverdige, gode tilbud i hele landet til barn og unge som trenger hjelp.

Reformen er under evaluering, og sluttrapporten skal foreligge i mars 2012. Resultatene av evalueringen vil danne et viktig grunnlag for politikkutformingen på barnevernsfeltet i årene som kommer.

### Kompetansesammensetning og framtidige behov

De dominerende utdanningsgruppene i dagens barnevern er barnevernspedagoger og sosionomer. Andelen varierer i de ulike delene av barnevernet. I det kommunale barnevernet er omtrent halvparten av de ansatte barnevernspedagoger og en tredel sosionomer, mens det i barnevernsinstitusjonene er langt færre av begge profesjonsgruppene. Generelt er kvinneandelen høy blant de ansatte.

Befring-utvalget (NOU 2009:08) påpeker at utdanningene som er rettet mot arbeid i barnevernet, ikke møter praksisfeltets krav til kompetanse, og at det er store variasjoner og mangler i det faglige tilbudet. Utvalget peker på et behov for mer spesialisert kompetanse innenfor barnevernet, men understreker også viktigheten av styrket

samhandling med og kjennskap til tilgrensede etater. Det fremmer forslag om 14 emneområder som bør være representert i en bachelorutdanning som skal kvalifisere til arbeid i barnevernet: kunnskap om barnevernet, velferdsstaten og rettighetene til barn og unge, det juridiske grunnlaget, etikk, oppvekstkvalitet og samfunn, omsorg, utvikling, læring, barn og unges hovedarenaer, ulike oppvekst- og støtteordninger, forebyggende arbeid og tidlig innsats, relasjons- og samhandlingsvansker, observasjon og kommunikasjon, hjelpe- og omsorgstiltak, institusjonsarbeid og forskningsmetode og etikk for forskning. Som et ledd i å sikre at alle ansatte i sektoren har en formalisert utdanning og best mulig kompetanse til å løse de krevende oppgavene, foreslår Befring-utvalget at det opprettes egne miljøarbeiderutdanninger på fagskolenivå som et trinn på veien til eller som ledd i en bachelorutdanning i barnevern.<sup>4</sup>

En stor andel av barna som kommer i kontakt med barnevernet, har innvandrerbakgrunn. Barnevernsarbeidere trenger derfor spesifikk kunnskap om barn med innvandrerbakgrunn og flerkulturell kompetanse.

<sup>4</sup> NOU 2009:8 *Kompetanseutvikling i barnevernet: Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning.*

Tabell 1.1 Sysselsatte i barnevernet etter utdanningsbakgrunn

Utdanning	Kommunalt barnevern 2010	Barnevernsinstitusjoner 2009
Barnevernspedagog	1 660~ 50 %	1 000~ 20 %
Sosionom	1 149~ 35 %	523~10 %
Vernepleier og/eller sykepleier		395~7 %
Psykolog		55~1 %
Annen helse- og sosialfaglig utdanning, universitet og høyskole		344~5 %
Annen helse- og sosialfaglig utdanning, videregående opplæring/fagskole		263~5 %
Førskolelærer		162
Annen høyskole- og universitetsutdanning	376	639
Kontor/merkantil utdanning	256	
Annen utdanning	85	1 148
Årsverk i alt	3 526	4 830

Kilde: SSB

Tabell 1.2 Ansatte ved familievernkontorene etter utdanningsbakgrunn

Utdanning	Antall årsverk
Sosionom	154,5 årsverk
Psykolog	109,4 årsverk
Faggrupper utenom sosionomer og psykologer	79,3 årsverk
Kontor/merkantil	80,6 årsverk

Kilde: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

## Familievern og krisesentre

### Familievernet

Familievernkontorene er tverrfaglig bemannet på spesialistnivå, hovedsakelig av psykologer og sosionomer med videreutdanning i familieterapi. Barnevernspedagoger, leger, psykiatere, jurister og prester kan også være ansatt. Fordeling etter utdanningsbakgrunn er vist i tabell 1.2.

### Krisesentertilbudet

Lov om kommunale krisesentertilbud (krisesenterloven) trådte i kraft 1. januar 2010. Loven pålegger kommunene å sørge for et tilbud til personer som er utsatt for vold eller trusler om vold i nære relasjoner, og som har behov for rådgivning eller et trygt midlertidig botilbud. Tilbudet skal gi brukerne støtte, veiledning og kontakt med andre deler av tjenesteapparatet og skal omfatte et krisesenter eller et tilsvarende midlertidig botilbud, et dagtilbud, et tilbud om råd og veiledning per telefon og oppfølging i reetableringsfasen. Kommunene skal sørge for god kvalitet på tilbudet blant annet gjennom at de ansatte har kompetanse til å ta vare på de særskilte behovene til brukerne. Krisesentertilbudet skal være et lavterskeltilbud, gratis for brukerne og uten krav om timeavtale eller henvisning fra andre instanser.

Krisesentertilbudet har vært preget av en høy andel ufaglærte ansatte. I 2007 hadde 17 % av de ansatte i brukerrettede stillinger ved krisesentrene ungdomsskole eller lavere utdanning, 33 % hadde videregående opplæring og 38 % hadde høyere utdanning. 11 % hadde annen utdanning. Blant dem som hadde høyere utdanning, var sosionom, barnevernspedagog, vernepleier, førskolelærer, lærer, spesialpedagog, sykepleier med og uten psykiatriutdanning, psykolog og psykotraumalog mest vanlig. Det var også ansatte med samfunnsfaglig bakgrunn og økonomisk-adminis-

trative fag. Vel halvparten av de ansatte i de brukerrettede stillingene i 2007 hadde erfaring fra sosial- eller helsefaglig arbeid.<sup>5</sup>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) tilrår i en rapport fra 2008 at medarbeiderne blant annet bør ha kunnskap om å møte mennesker i krise, mulige reaksjoner, virkninger av voldsbruken og andre tilstander som følger med det å være utsatt for vold i nære relasjoner. NKVTS peker også på at de ansatte bør ha kunnskap om hvor voldsutsatte kan få hjelp i det øvrige tjenesteapparatet og hvilken form for hjelp det er mulig å få.

Krisesenterloven inneholder en forskriftshjemmel som åpner for å stille krav til kompetanse (jf. § 2). I forarbeidene til loven pekes det særlig på behovet for barnefaglig kompetanse og kompetansekrav til daglig leder av et krisesentertilbud. Det er per i dag ikke besluttet om en slik forskrift skal utarbeides.

## Helse- og omsorgstjenestene

### Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en retningsreform. 1. januar 2012 er begynnelsen på en langsiktig omstilling i helse- og omsorgstjenestene og i kommunene for øvrig med økt vekt på folkehelsearbeid, forebygging og tidlig innsats for å fremme helse, forebygge sykdom og hindre eller utsette sykehusinnleggelse. Samtidig med at folkehelsearbeidet og den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes og videreutvikles, skal spesialisthelsetjenesten utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Det skal legges vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. Utredning og behandling av

<sup>5</sup> Jonassen, Sogn, Olsvik og Hjemdal (2008): *Kunnskap – kvalitet – kapasitet. En nasjonal utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet*. NKVTS rapport 2/2008.

hyppig forekommende sykdommer/tilstander skal desentraliseres der dette er mulig. Samtidig skal utredning og behandling av sjeldent forekommende sykdommer/tilstander sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og ressursutnyttelse.

Utgangspunktet for reformen er den utfordringen samfunnet står overfor gjennom demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet. NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste* analyserte behovet for bedre samhandling i helsetjenestene. Utvalget fant at samhandlingen svikter i overgangen mellom tjenestene både på individ- og systemnivå, og foreslo reformer for å bøte på dette.

Samhandlingsreformen skisserer tre hovedutfordringer som er knyttet både til et pasientperspektiv og til et samfunnsøkonomisk perspektiv:

- pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok, og tjenestene oppleves som fragmenterte
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Reformen innebærer en økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, habilitering og rehabilitering, større brukerinnflytelse, avtalte behandlingsforløp og flere helse- og omsorgstjenester i kommunene. Til sammen skal dette sikre økt livskvalitet for den enkelte, redusert press på helsetjenesten, mer helhetlige og koordinerte tjenester og bedre kvalitet i tjenestene.<sup>6</sup> To lover og to stortingsmeldinger utgjør det juridiske og planmessige utgangspunktet for reformen.

Et viktig utgangspunkt for å vurdere kompetansebehovene i helse- og omsorgstjenestene som følge av Samhandlingsreformen beskrives i lovproposisjonen for den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Stortinget har i Innstilling 212 S (2009-2010) presisert at dersom de politiske mål for Samhandlingsreformen skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og de prioriterte fagområdene. Det må legges større vekt på å utdanne helse-, omsorgs- og sosialpersonell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgaver, og de myndighetsmessige rammebetingelsene må understøtte kanalisering av personell til den kommunale helse- og

omsorgstjenesten. I innstillingen uttales det videre at utdanningsinstitusjonene i for stor grad er rettet inn mot spesialisthelsetjenesten og at kommunene, på lik linje med spesialisthelsetjenesten, må gis en avtalemessig mulighet til å ivareta sine behov og interesser overfor utdanningsinstitusjonene.<sup>7</sup>

En sentral målsetning i Samhandlingsreformen er å utvikle kommuneroller slik at kommunene i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om helsefremmende arbeid, forebygging og tidlig innsats. Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, jf. Innst. 212 S (2009-2010) underbygger behovet for forebyggende innsats utover helsetjenesten og framhever behovet for at kommunene må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet:

«Komiteen vil påpeke at det er avgjørende viktig at kommunenes nye helseansvar kommer tydelig fram i lovgivningen slik at tiltak for å bedre helsetilstand får en helt annen plass på dagsorden i alle kommunale organ og sektorer. Komiteen mener folkehelseperspektivet må fremheves i det nye helseansvaret».

Dette innebærer blant annet at kompetanse om folkehelse, påvirkningsfaktorer for helse og effektive tiltak blir viktig både innenfor og utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Den ventede behovsveksten i helse- og omsorgstjenestene må i størst mulig grad finne sin løsning i kommunene, og dette må være styrende for prioriteringen av ressurser.

Det er nødvendig å heve kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten med tanke på nye og endrede oppgaver. Systematisk arbeid med kompetanseutvikling vil være viktig. Videre må det stimuleres til utvikling av større fagmiljøer for å øke mulighetene for faglig utviklingsarbeid, kvalitetsutvikling i tjenestene og trivsel på arbeidsplassen. Innholdet i avtalene med yrkesgrupper som fastleger og privatpraktiserende fysioterapeuter kan også trekkes inn i arbeidet med å sikre økt bredde og tverrfaglighet lokalt.

Spesialisthelsetjenesten må tilpasses både framtidens sykdomsbilde og medisinske utvikling og behovet for økt vekt på forebygging og samhandling mellom tjenester og mellom pasienter og behandlere. En viktig forutsetning for Samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten

<sup>6</sup> Meld. St. 16 *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.

<sup>7</sup> Prop. 91L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

må utvikle seg i takt med den kommunale helse- og omsorgstjenestens nye rolle og ansvar. I tillegg til at det vil skje en ytterligere spesialisering i tråd med den faglige utviklingen og krav til kvalitet, vil spesialisthelsetjenesten måtte utvikle sin desentraliserte rolle. Etter hvert som den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes, vil forventningene til spesialisthelsetjenester som understøtter de kommunale tjenestene, også bli tydeligere.

### Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Den nye kommunale helse- og omsorgstjenesteloven erstatter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Den opphever det rettslige skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester ved å innføre felles regelverk for bl.a. saksbehandling, klage- og tilsynsordning mv. Loven er utformet på en overordnet og profesjonsnøytral måte, slik at kommunene fortsatt har frihet til selv å velge hvordan tilbudene skal organiseres ut fra lokale forhold og behov. Den stiller krav om helhetlige og koordinerte tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Loven tydeliggjør oppgavefordelingen mellom de to forvaltningsnivåene, slik at spesialisthelsetjenesten rendyrkes for pasienter med behov for spesialistkompetanse, mens den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ivareta befolkningens primærbehov. Oppgavefordeling mellom de to forvaltningsnivåene skjer gjennom avtaler der kommuner og helseforetak sammen blir enige om hvordan ulike oppgaver skal løses. Nytt med helse- og omsorgstjenesteloven er en plikt for kommunene til å kunne gi døgntilbud til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.<sup>8</sup>

### Ny lov om folkehelsearbeid

Loven samler reguleringen av statlig, fylkeskommunalt og kommunalt folkehelsearbeid i én lov. Den største endringen er at kommunene får et helhetlig ansvar for folkehelsearbeidet. Det betyr at folkehelseperspektivet skal integreres i all kommunal virksomhet. Kommunen får ansvaret for å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og hvilke faktorer som har størst påvirkning på den, og for å identifisere viktige folkehelseutfordringer. Utfordringene skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven, og i dette arbeidet skal kommunens ledelse prioritere innsatsen på folkehelseområdet. For fylkeskommunene videre-

føres det eksisterende ansvaret for folkehelsearbeid, og det legges opp til økt samarbeid mellom forvaltningsnivåene samt at statlige helsemyndigheter får plikt til å bistå kommunesektoren.

Utgangspunktet for folkehelsearbeidet er «helse i alt vi gjør», tanken om at god og dårlig helse utvikles på alle samfunnsområder og i alle livssituasjoner. Kommunene møter befolkningen på mange arenaer i livet og har allerede bred folkehelsekompetanse i det eksisterende tjenestetilbudet. Det gjelder blant andre SLT-koordinatorer, rusrådgivere, helsesøstre, barnevernspedagoger, miljørettet helsevernpersonell, miljøvernrådgivere, personell innenfor friluftsliv, kulturkonsulenter, fysioterapeuter og planleggere. De senere årene er det bygd opp studietilbud med vekt på folkehelse ved flere universiteter og høyskoler, slik at det er gode muligheter til å sikre tilstrekkelig kompetanse på dette området. I folkehelseloven er behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene særlig omtalt.

Folkehelsearbeidet skal skje innenfor alle sektorer, og det er derfor nødvendig med ulike typer kompetanse, avhengig av lokale behov. Det er et særlig behov for folkehelsefaglig og tverrfaglig kompetanse og bedre generell «samfunnskompetanse», dvs. kompetanse om temaer som levekår og samfunnsforhold og forvaltning og planarbeid relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid. Kravet om analytisk og planmessig arbeid med folkehelse stiller også krav til kompetansen hos kommunale ledere og beslutningstakere.

Regjeringen forutsetter at kommunene aktivt utnytter eksisterende folkehelsekompetanse til å forebygge dårlig fysisk og psykisk helse og fremme befolkningens helse generelt. Det er også viktig at de evner å tenke nytt om folkehelse og kompetanse, og at de kan oppdage kompetansemangler. Loven går ikke inn på konkrete personellgrupper, men overlater den nærmere vurderingen av kompetansebehovene til kommunene.

«Helse i alt vi gjør»-perspektivet innebærer nye krav til de helse- og sosialfaglige utdanningene både når det gjelder retning og innhold. For at kommunene skal kunne realisere intensjonen om å sikre tilstrekkelig folkehelsekompetanse i alle sektorer, kreves det at utdanningsinstitusjonene og kommunene har god dialog om kompetansebehovene.

### Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015

St.meld. nr. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* legger en helhetlig strategi for helse- og omsorgstjenestene og folke-

<sup>8</sup> Meld. St. 16 *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.

helsearbeidet de neste fire årene. Meldingen er en plan for innfasingen av Samhandlingsreformen.

Kompetanseheving gjennom utdanning, forskning og fagutvikling vil stå sentralt i planperioden. I lys av det økte behovet for samhandling i helse- og omsorgstjenestene understrekes det i stortingsmeldingen at «det kan bli ønskelig og nødvendig at personellgrupper samarbeider tettere, og at enkelte grupper kan erstattes av personell med annen relevant fagutdanning. Ved for eksempel gradvis å øke kapasiteten på tannpleiere, kan tilgangen på tannleger være tilstrekkelig.» Økt oppmerksomhet om samspillet mellom utdanningsgrupper som samarbeider i tjenesteutøvelsen, samt sammensetningen av kompetanse, blir en viktig del av Samhandlingsreformens første år.

Økt vektlegging av helhetlige pasientforløp og brukervedvirkning har også betydning for utdanningene, både i teori og praksis. Mer oppmerksomhet omkring folkehelsearbeid og forebygging forutsetter kunnskap om helseeffekter av levevaner og hvordan befolkningen kan motiveres til en sunnere livsstil.

Spesialistutdanningene må rettes inn mot behovene for spesialisert behandling i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er også et behov for flere personer med både forsker- og spesialistutdanning.

Overordnet sett vil det bli et behov for kompetanseøkning i kommunene og helse- og omsorgstjenestene som resultat av Samhandlingsreformen. Nasjonal helse- og omsorgsplan understreker at alle kompetanseområdene som framheves i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelseloven, er viktige for å nå målene i planperioden. I tillegg er det behov for økt kompetanse knyttet til grupper med sammensatte behov innenfor rehabilitering, habilitering, psykisk helse og rus.

For å nå målene er det en forutsetning at personell som allerede arbeider i helse- og omsorgstjenestene, får økt kompetanse. Det innebærer at flere voksne ufaglærte får fagbrev, og at flere får tilbud om etter- og videreutdanning.

### **Kompetansesammensetning og framtidige behov**

Tabell 1.3 viser antall sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene etter utdanningsbakgrunn.

Tabellen viser at det er en relativt stor andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Innholdet i kategorien er sannsynligvis noe forskjellig i de ulike

tjenestene siden begrepet omfatter både ufaglærte og personer med utdanning fra universiteter og høyskoler innenfor fag som ikke defineres som helse- og sosialfag. Som eksempel kan nevnes det økende antallet med teknisk kompetanse som kreves i helseforetakene for å betjene avansert teknisk utstyr.

### **Den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Hovedstrategien i Nasjonal helse- og omsorgsplan er å benytte perioden fram til 2020 til å bygge ut kapasiteten og kompetansen i omsorgstjenesten slik at den står rustet til å møte den sterke veksten i antall eldre fra om lag samme tidspunkt. Dette er en utbygging som må spres over flere år og over flere utdanningskull. Strategien består blant annet i å redusere andelen ufaglærte, som i dag utgjør om lag 35 % av de sysselsatte. Samtidig vil det naturlig skje en betydelig økning i andelen med høyere utdanning, ettersom det er flere med høyere utdanning blant nyansatte enn blant dem som går av med pensjon.

Veksten i yngre brukere under 67 år med omfattende og sammensatte behov har pågått siden reformene tidlig på 1990-tallet og innebærer behov for mer kompetanse i omsorgstjenestene. Det er i all hovedsak denne sterke veksten blant de yngre brukerne som har utløst økte personellressurser de siste 15 årene, spesielt innenfor hjemmesykepleie.<sup>9</sup>

Personellsammensetningen i omsorgssektoren vil også i framtiden bestå av de tradisjonelle utdanningsgruppene: helsefagarbeidere (38 % av de sysselsatte i dag), sykepleiere (16 %), vernepleiere (3,6 %), leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, barnevernspedagoger m.v. Det er et mål å skape større faglig bredde, med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet. I dette ligger blant annet økt vekt på aktivitet (fysioterapeuter, ergoterapeuter, aktivitører osv.), ernæring, riktig legemiddelbruk og en styrking av den medisinske kompetansen (leger/legespesialister).

Samhandlingsreformen vil medføre økt personell- og kompetansebehov i kommunene, men skal samlet sett legge til rette for en bærekraftig ressursbruk i helse- og omsorgssektoren. De kompetanse- og bemanningsmessige konsekvensene er ikke ferdig utredet. Det vises for eksempel til mangel på kompetanse i kommunesektoren i samfunnsmedisin og miljørettet helsevern, samt få farmasøyter og stillinger med spesifikk ernæringskompetanse.

<sup>9</sup> NIBR-rapport 2010:2.



Tabell 1.3 Antall sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene etter utdanningsbakgrunn (2009)

Personellgrupper	Spesialisthelsetjenesten		Kommunale helse- og omsorgstjenester		Derav pleie- og omsorgstjenesten		Tannhelse-tjenesten
	Antall sysselsatte	Andel av alle sysselsatte	Antall sysselsatte	Andel av alle sysselsatte	Antall sysselsatte	Andel av alle sysselsatte	Antall sysselsatte
Personer uten helse- og sosialfaglig utdanning	30 624	25 %	78 102	38 %	65 516	39 %	
Tannhelsesekretærer							4 462
Sum personell med videregående opplæring <sup>1</sup>	16 643	13 %	67 286	32 %	64 232	38 %	
Sykepleiere	44 051	36 %	33 884	16 %	27 444	16 %	
Sum ergo- og fysioterapeuter	3 067	2 %	3 708	2 %	1 131	1 %	
Sum barneverns-pedagog, sosionom, vernepleier	4 461	4 %	15 380	7 %	7026	5 %	
Annet høyskoleutdannet personell	8 216	7 %	4 197	2 %	1542	2 %	
Tannpleiere							672
Sum personell med 1-4 års høyere utdanning	59 795	48 %	57 169	27 %	39 705	23 %	
Leger og legespesialister	12 352	10 %	4 744	2 %	239	0 %	
Tannleger og tannlegespesialister							4 055
Psykologer	3 087	3 %	178	0 %	29	0 %	
Øvrig universitetsutdannet personell	854	1 %	351	1 %	274	0 %	
Sum personell med > 4 års høyere utdanning	16 293	14 %	5 303	3 %	542	0 %	
Sum sysselsatte 2009	123 355	100 %	207 860	100 %	169 995	100 %	9 189
Årlig vekst 2008-2009	0,8 %		1,5 %		0,3 %		

<sup>1</sup> Helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsesekretærer og øvrige med videregående opplæring  
Kilde: NSD

## Kompetanseløftet 2015

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* beskriver de langsiktige utfordringene for framtidens omsorgstjenester og angir både strategier og konkrete tiltak for de nærmeste årene. Regjeringens tiltak for å styrke omsorgstjenesten oppsummeres i Omsorgsplan 2015. Kompetanseløftet 2015 inngår i Omsorgsplan 2015 og har som hovedmål å bidra til å sikre den kommunale omsorgstjenesten tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning til å dekke de krevende oppgavene sektoren står overfor i årene framover.<sup>10</sup> Det inneholder et fireårig rullerende handlingsprogram med årlige oppdateringer innenfor en planperiode på ni år fra 2007 fram til 2015.

Kompetanseløftet har følgende delmål:

- øke bemanningen i de kommunale omsorgstjenestene med 12 000 nye årsverk i perioden 2008-2015 målt ved utgangen av året
- heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene blant annet gjennom å øke andelen personell med høyere utdanning
- bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år
- skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet
- styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Kompetanseløftet 2015 består blant annet av følgende tiltak:

- «Bli helsefagarbeider!»
  - Finansiering av rekrutteringssatsingen «Bli helsefagarbeider!», som er et samarbeid mellom arbeidsgiverorganisasjonene KS, Virke og Spekter. Målet er å bidra til god rekruttering til den nye helsefagarbeiderutdanningen og å etablere tilstrekkelig mange læreplasser i kommuner og helseforetak. Kampanjen er nå inne i sitt fjerde år.
- Kvalifisering av personell
  - Det gis stimuleringstilskudd til kvalifisering av personell til helsefagarbeidernivå. God kompetanse skal sikres ved å kvalifisere ulike personellgrupper som ikke har helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole gjennom opplæring, tilleggs-

utdanning, fagprøve og vurdering av realkompetanse.

- Desentraliserte høyskolestudier
  - Det gis stimuleringstilskudd til desentraliserte studietilbud på høyskolenivå for å sikre stabil dekning av høyskoleutdannet personell i distriktskommuner.
- Fagskoleutdanning for personell med videregående opplæring
  - Det er etablert en tilskuddsordning til fagskoleutdanning innenfor helse- og sosialfag. Muligheten for videreutdanning på fagskolenivå er særlig viktig for å øke kompetansen, redusere avgangen fra sektoren og bidra til økt rekruttering til helse- og sosialfag i videregående opplæring.
- Videre- og etterutdanning for høyskoleutdannet personell
  - Det gis stimuleringstilskudd til videreutdanning av høyskoleutdannet personell, blant annen innenfor demens, geriatri, rehabilitering og veiledning. Dette bidrar til å styrke kompetansen og stabilisere personellsituasjonen.

Det utarbeides årlige rapporter med status for de ulike tiltakene.

## Opptappingsplanene for psykisk helse og for rusfeltet

Gjennom og i etterkant av opptappingsplanene for psykisk helse er det bl.a. gitt lønnsstilskudd til kommunene for å stimulere høyskoleutdannet personell til å ta tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid for barn og unge.

Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012) har fem hovedmål som igjen har konkrete delmål og tiltak som skal bidra til å oppfylle målene. Ett av hovedmålene er bedre kvalitet og økt kompetanse. Personer med rusmiddelproblemer har rett til tjenester av god kvalitet. Kunnskap, kompetanse, spredning, fagutvikling og rekruttering henger sammen. Opptappingsplanen har derfor lagt opp til et kunnskaps- og kvalitetsløft, som tar hensyn til at rusfeltet er mangfoldig og tverrfaglig, og at det omfatter både offentlige virksomheter og private og frivillige organisasjoner.

Det er gjennomført flere tiltak i planperioden knyttet til å styrke kompetansen og øke rekrutteringen. Eksempler er delfinansiering av videreutdanning i rusproblematikk ved høyskolene, å tilby kommunalt ansatte tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, utvikle kompetansen blant medarbeidere og ledere i sosi-

<sup>10</sup> Det er redegjort for utviklingen i personellsituasjonen i forkant av Kompetanseløftet i Sosial- og helsedirektoratet (2005), *Rapport nr. 2. Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006*.

altjenesten og i andre deler av kommunenes arbeid med rusmiddelproblemer, øke kurstilbudet til leger og psykologer i regi av Universitetet i Oslo, styrke helsefaglig kompetanse om rusproblematikk og øke rekrutteringen av personell i tverrfaglig spesialisert behandling, øke kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester og hvilke mekanismer som ligger bak og utvide tilbudet om opplæringstiltak for ufaglærte. Mange ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten har benyttet seg av ulike tilskuddsordninger til videre- og etterutdanning. Det er utviklet og satt i gang ulike utdanningstilbud i flere fylker. Et eksempel er videreutdanning i Motiverende intervju ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Tilbudet ble utviklet i samarbeid med Fylkesmannen i Nord-Trøndelag.

I tillegg er det etablert en rekke kompetansesentre som kunnskapsstøtte til tjenestene: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA), de regionale kompetansesentrene for rusfeltet, regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) og de regionale kunnskapssentrene for barn og unge (RKBU). Også innenfor vold- og traumeområdet er det etablert et nasjonalt kompetansesenter (NKVTS) og regionale kompetansesentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

### Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal levere kvalitativt gode tjenester til befolkningen som tar opp i seg

teknologi- og metodeutvikling innenfor medisin og helsefagene nasjonalt og internasjonalt. Samhandlingsreformen vil innebære en ytterligere spesialisering av tjenesten. Vekten på folkehelseperspektivet i lovtekst og overordnede føringer tilsier at kunnskaper, kompetanse og holdninger til folkehelsearbeid trenger å styrkes.<sup>11</sup> Det vil også være behov for økt ernæringskompetanse for å sikre god behandling, rutiner og prosedyrer i ernæringsarbeidet ved sykehusene samt å kunne bidra med kompetanse inn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### Tannhelsetjenesten

Det er økende etterspørsel etter tannleger med spesialistutdanning og/eller forskerutdanning i hele tannhelsetjenesten, og spesielt i fylkeskommunal sektor, for å dekke behovet i de regionale odontologiske kompetansesentrene, i den øvrige utøvende tannhelsetjenesten og i sykehus, samt for å fylle vitenskapelige stillinger på universitetene. En eventuell økning i offentlig finansiering av tannbehandling vil kunne medføre økt etterspørsel etter tannleger med og uten spesialistutdanning, og sannsynligvis etter tann teknikere. Samhandlingsreformens intensjoner om økt forebygging og mer folkehelsearbeid vil også kunne medføre økt etterspørsel etter tannpleiere.

---

<sup>11</sup> Helsedirektoratet, *Folkehelsearbeidet – god helse for alle*, IS-1846, 2010.

## Vedlegg 2

# Framskrivninger av behovet for arbeidskraft

HELSEMOD er en beregningsmodell for arbeidsmarkedet for helse- og velferdspersonell. Modellen er utarbeidet av SSB etter oppdrag fra Helse direktoratet. HELSEMOD har en tilbudsside og en etterspørselsside med alternative forutsetninger for utviklingen i arbeidsmarkedet fram mot 2030. På tilbudssiden tar modellen utgangspunkt i følgende forutsetninger:

- sysselsetting og yrkesdeltaking etter utdanning innenfor tjenesteområdene
- studiekapasitet, gjennomføringsgrad (2007, justert for økt studiekapasitet for noen grupper i 2009).
- beregnet avgang

Etterspørselssiden bygger på følgende forutsetninger:

- demografisk utvikling
- tjenesteomfang i ulike deler av helsetjenestene i 2007, og brukerfrekvenser som er spesifisert etter alder og kjønn, fra 2007 eller tidligere.
- økonomisk utvikling

Basert på disse forutsetningene har SSB gjort en rekke alternative beregninger for balansen i arbeidsmarkedet for gruppene av helse- og velferdspersonell. Helse- og omsorgsdepartementet fokuserer på noen hovedalternativer for balanse. Disse er:

- *demografialternativet*, som forutsetter utdanningskapasitet etter utvidelsen fra 2009 og yrkesdeltaking som i 2007 på tilbudssiden og uendret personelldekning i tjenestene (uendrede dekningsgrader og tjenesteomfang) på etterspørselssiden
- *referansealternativet*, som viser balansen når etterspørselen øker med ca. 0,5 % per år utover demografialternativet
- *vekstalternativet*, som forutsetter en sterkere vekst i etterspørselen, ca. 1,0 % årlig utover demografialternativet. Dette alternativet betyr en sterkere vekst enn forventet vekst i BNP.

I sin foreløpig siste beregning har SSB sett på balansen mellom tilbud og etterspørsel for i alt 20 grupper av helse- og velferdspersonell. Data-

grunnlaget er fra 2007, men beregningen er justert for oppdatering på tilbudssiden med opprettelsen av 880 nye studieplasser i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett høsten 2009. SSB er i gang med en oppdatering av HELSEMOD. Resultatene fra denne publiseres i 2012.

Framskrivningene i HELSEMOD tar utgangspunkt i dagens helsetjenester og de største personellgruppene. Forutsetningene om kompetansebehov endres i tråd med endringer i helseutfordringene.

## Alle utdanningsgrupper

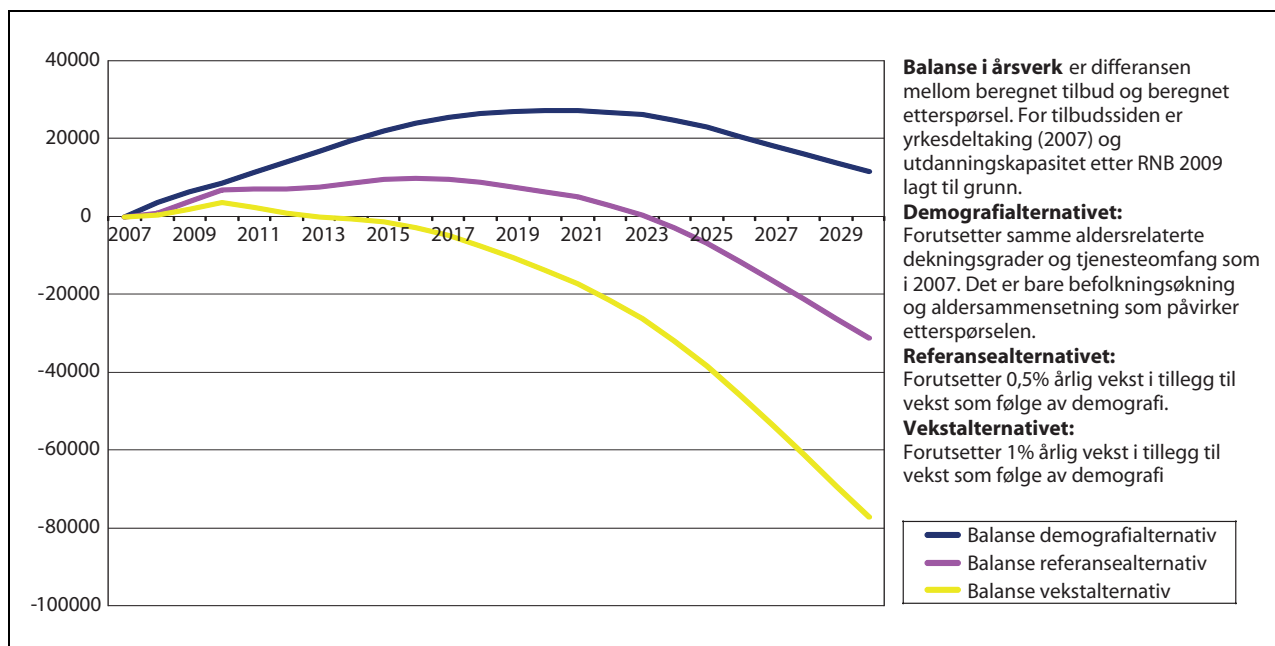
Figur 2.1 viser balansen i arbeidsmarkedet for alle utdanningsgrupper samlet fram mot 2030.

Beregningene i HELSEMOD viser at etterspørselen etter personell øker med mellom 83 000 og 166 000 årsverk i de tre alternativene i perioden 2010-2030. I samme periode vil tilbudet vokse med om lag 86 000 årsverk. Demografialternativet gir et overskudd på 3000 årsverk. Hvis det legges til grunn, vil en heving av standardene i tjenestene betinge at befolkningen har bedre helsetilstand i 2030 enn i dag, eller at ressursene i sektorene utnyttes mer effektivt.<sup>1</sup> Referansealternativet og vekstalternativet, med en årlig økning i etterspørselen på henholdsvis 0,5 % og 1 % ut over det som følger av befolkningsutviklingen, vil gi et underskudd målt mot veksten i tilbudet. Underskuddet er på 38 000 årsverk i referansealternativet, og på drøyt det dobbelte når vekstalternativet legges til grunn.

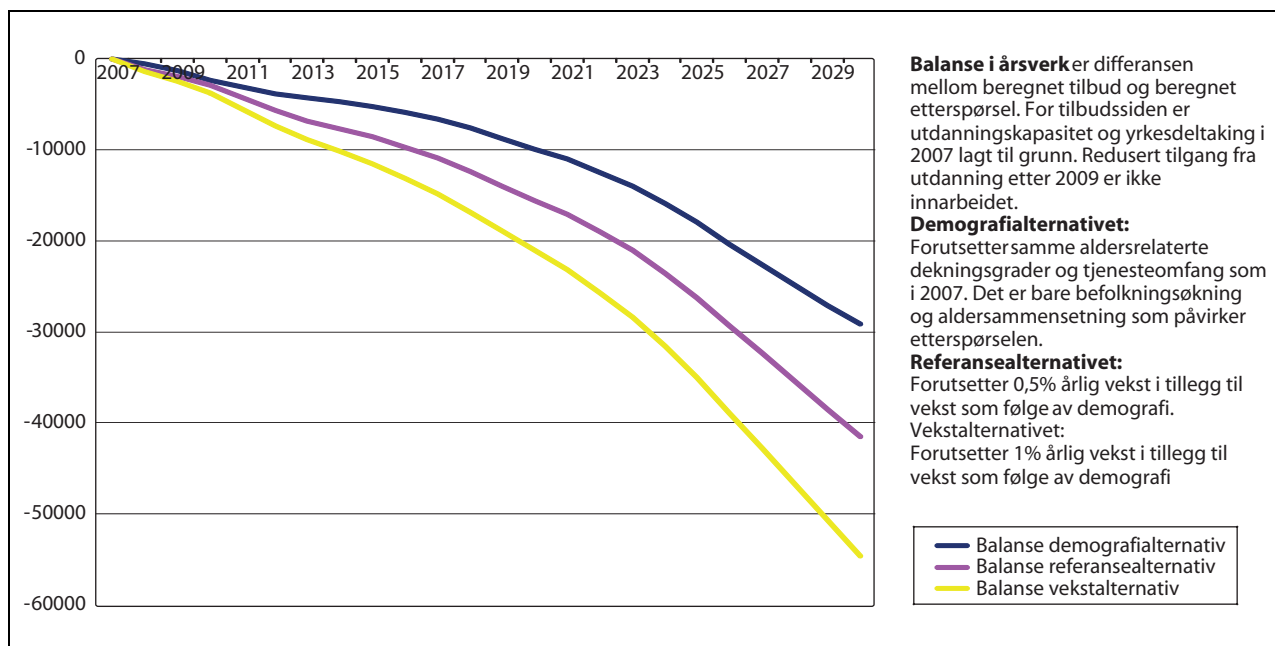
## Helsefagarbeidere

Med 69 000 årsverk er helsefagarbeiderne, inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere utdannet etter tidligere modell, den største utdanningsgruppen i helse- og velferdstjenestene. Beregningene i HELSEMOD viser at det kan oppstå man-

<sup>1</sup> Kunnskapsdepartementet, *Tilbud og etterspørsel etter høyere utdannet arbeidskraft fram mot 2020*, Rapport desember 2010, s. 69.



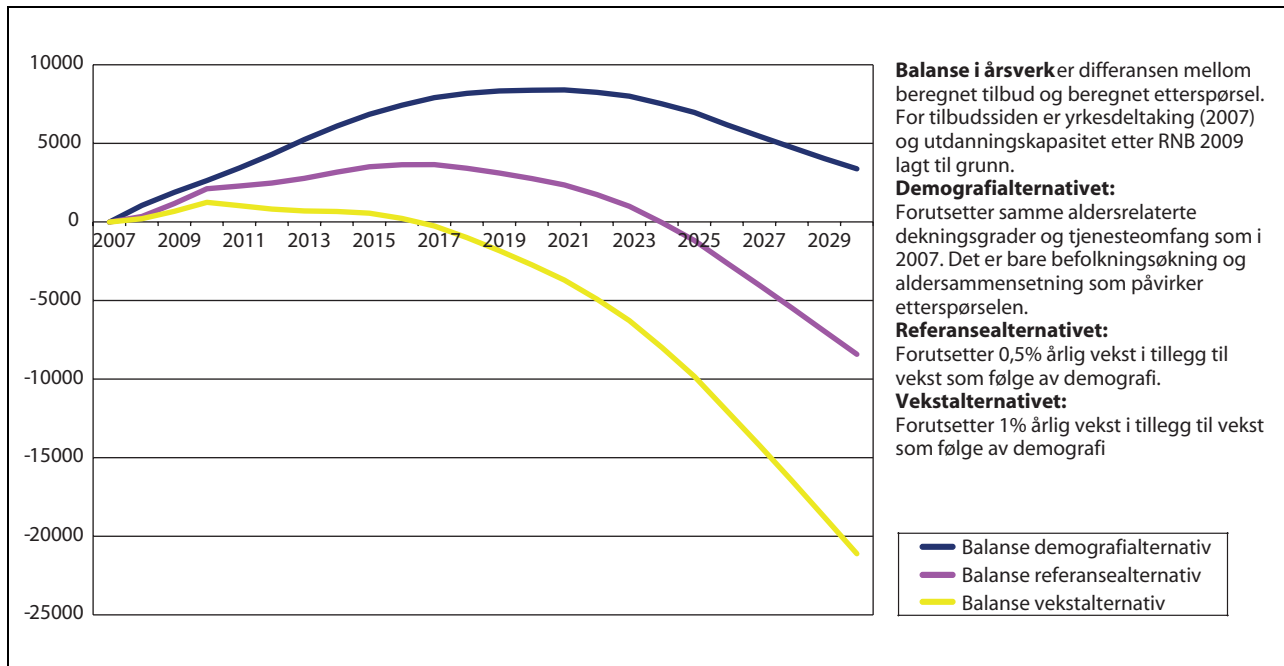
Figur 2.1 Balanse i arbeidsmarkedet for utdanningsgrupper samlet fram mot 2030 med 3 alternative utviklingsbaner for etterspørsel



Figur 2.2 Balanse i arbeidsmarkedet for helsefagarbeidere fram mot 2030 med 3 alternative utviklingsbaner for etterspørsel

gel på helsefagarbeidere relativt tidlig i beregningsperioden, noe som skyldes stor aldersrelatert avgang. Mangelen vil likevel øke sterkest i perioden etter 2020. I 2030 er underskuddet

beregnet til å bli på mellom 28 000 og 52 000 årsverk, avhengig av hvilken bane for etterspørsel som legges til grunn, jf. Figur 2.2.



Figur 2.3 Balanse i arbeidsmarkedet for sykepleiere fram mot 2030 med 3 alternative utviklingsbaner for etterspørsel

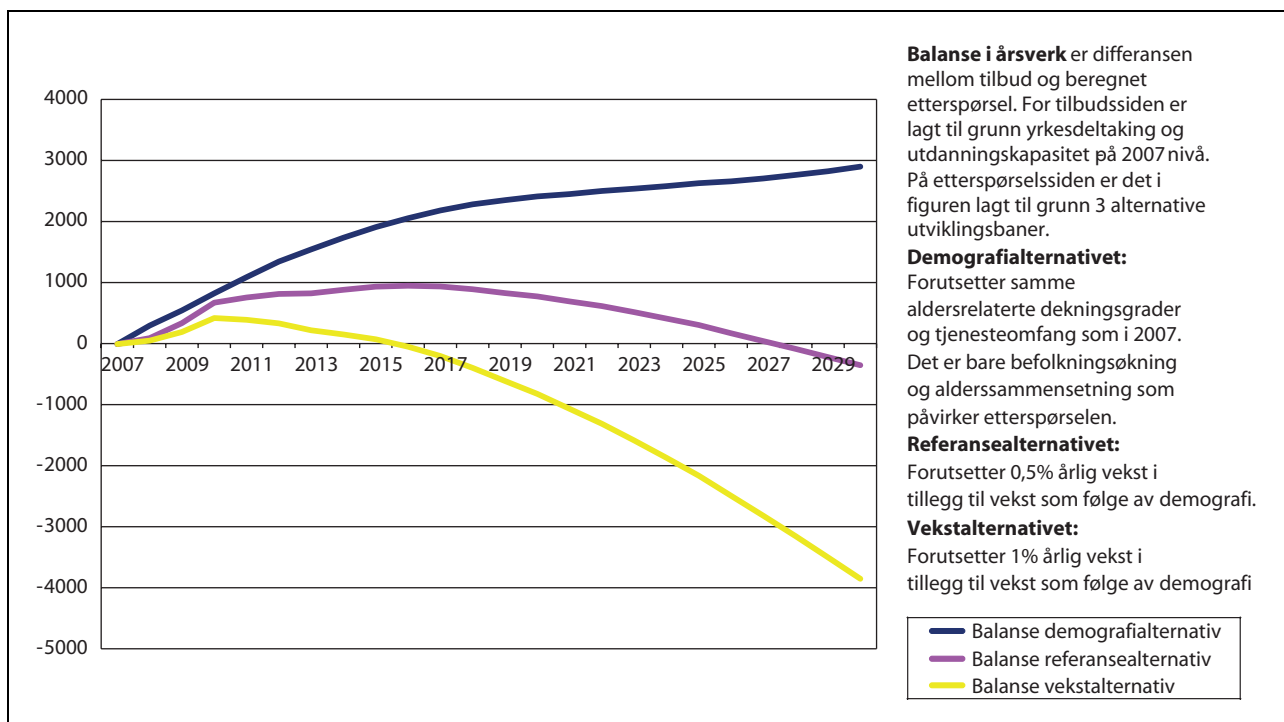
### Sykepleiere

Antallet studieplasser i sykepleierutdanningene ble økt med ca. 360 i forbindelse med RNB 2009. I beregningene er det forutsatt at dette innføres gjennom studieløpet. Med et studieløp på tre år vil det etter innføringsperioden være nesten 1100 flere sykepleierstudenter under utdanning samtidig.

Beregningene i HELSEMOD viser at det vil være god tilgang på sykepleiere de nærmeste årene.

### Leger

I utgangspunktet har Norge den beste legedekningen i Norden, med 369 legeårsverk per 100 000 innbyggere. Med dagens tilgang fra utdanning kan



Figur 2.4 Balanse i arbeidsmarkedet for leger fram mot 2030 med 3 alternative baner for etterspørsel

etterspørselen i demografialternativet dekkes med rimelig god margin (+ 2100 årsverk). I tråd med St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* skal det legges til rette for at veksten i legeressursene i hovedsak skal komme i kommunene. Der som dette innebærer vesentlig økt etterspørsel etter leger samlet sett, og ikke motsvares av en mindre personellvekst på sykehus, vil det kunne bli et underskudd i 2030 ifølge vekst-alternativet.

Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er at det ikke vil være behov for spesielle tiltak på nasjonalt nivå de nærmeste årene. Departementet vil imidlertid følge behovsutviklingen nøye.

### Vernepleiere

Antall studieplasser i vernepleierutdanningene ble økt med 20 i forbindelse med RNB 2009. Beregningene i HELSEMOD viser et overskudd i årene framover, fra 2300 til 5800 årsverk i 2030 avhengig av framskrivingsalternativ for etterspørsel. Utdanningskapasiteten er høy sett i forhold til antall yrkesaktive, og gjennomsnittsalderen blant de yrkesaktive er forholdsvis lav. På den annen side tar ikke beregningene hensyn til dagens lave kompetansenivå i pleie- og omsorgstjenestene for utviklingshemmede, der tvangsvedtak ofte gjøres av personell uten nødvendig fagkompetanse. De tar heller ikke hensyn til at vernepleierne stadig har fått nye arbeidsområder (demensomsorg, psykisk helsevern, veiledning av andre brukergrupper) i forhold til for noen få år tilbake da de i

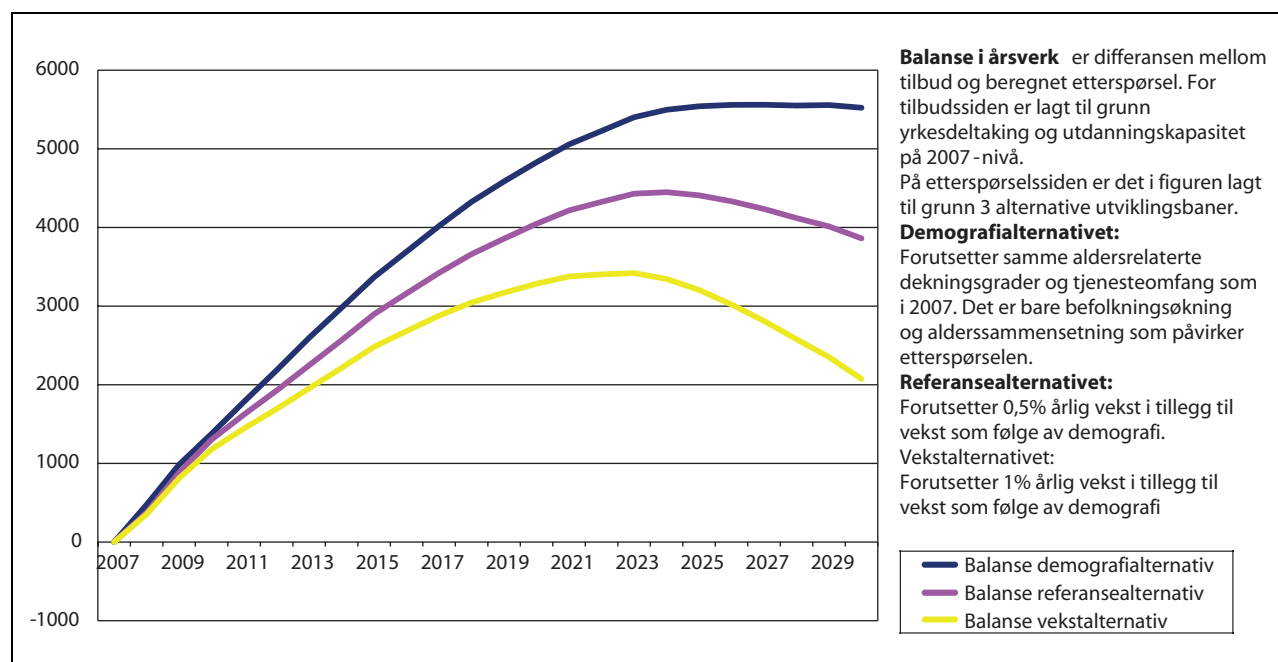
hovedsak arbeidet med psykisk utviklingshemmede. Denne utviklingen vil sannsynligvis fortsette. Den gode tilgangen kan gi en nødvendig styrket kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten.

### Fysioterapeuter

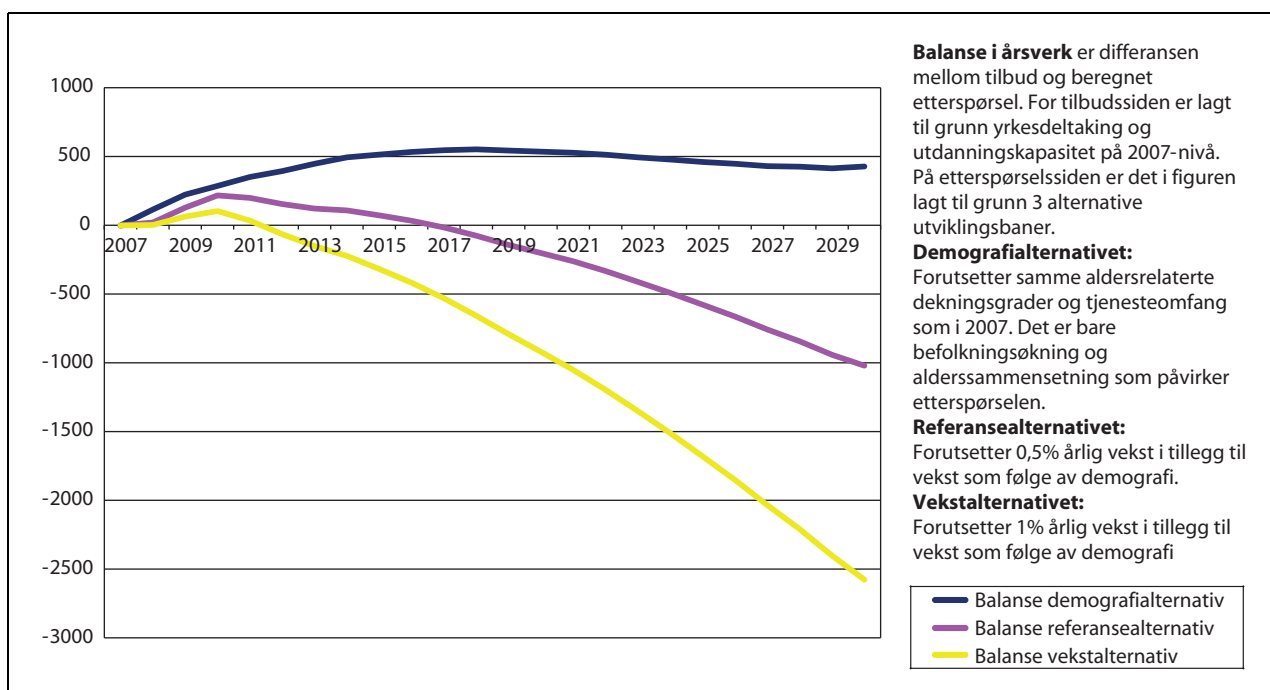
Legges bare vekst i etterspørsel som følge av befolkningsutviklingen til grunn, viser beregningene positiv balanse i hele perioden. Legges noen av hovedstrategiene i Samhandlingsreformen til grunn, med sterkere satsing på forebyggende arbeid, folkehelsearbeid og rehabilitering, vil dagens utdanningskapasitet (inkl. bruk av studieplasser i utlandet) kunne gi en underdekning fram mot 2030. Endringer i bruken av fysioterapeuter i helsetjenesten vil med andre ord kunne påvirke behovet. Norge ligger for øvrig i verdenstoppen når det gjelder andel fysioterapeuter i befolkningen.

### Ergoterapeuter

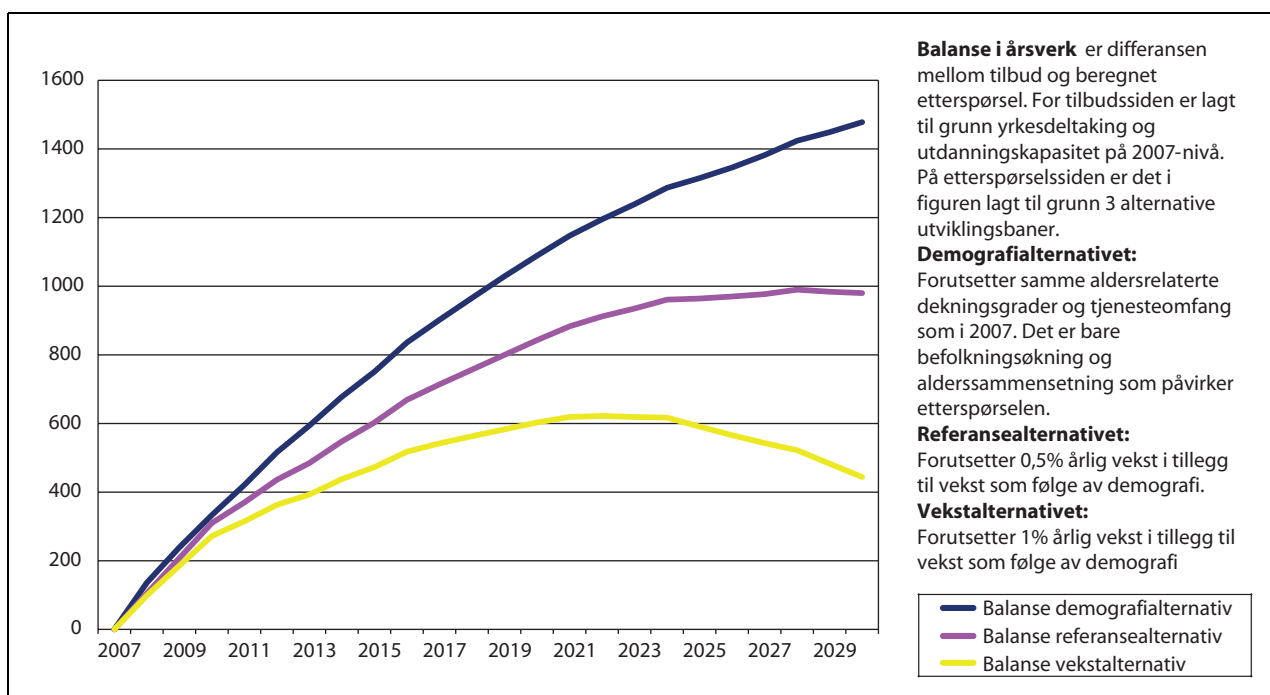
Beregningene i HELSEMOD viser at vi vil ha et overskudd av ergoterapeuter i hele perioden for alle tre alternativene for etterspørsel. Omsorgsplan 2015 og målsettingen om en mer aktiv omsorg og større grad av tverrfaglighet i pleie- og omsorgstjenesten bidrar til etterspørsel etter ergoterapeutkompetanse. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at utdanningskapasiteten minst er tilstrekkelig til å dekke eventuell økt etterspørsel fra kommunehelsetjenesten.



Figur 2.5 Balanse i arbeidsmarkedet for vernepleiere fram mot 2030 med 3 alternative baner for etterspørsel



Figur 2.6 Balanse i arbeidsmarkedet for fysioterapeuter fram mot 2030 med 3 alternative baner for etterspørsel



Figur 2.7 Balanse i arbeidsmarkedet for ergoterapeuter fram mot 2030 med 3 alternative baner for etterspørsel

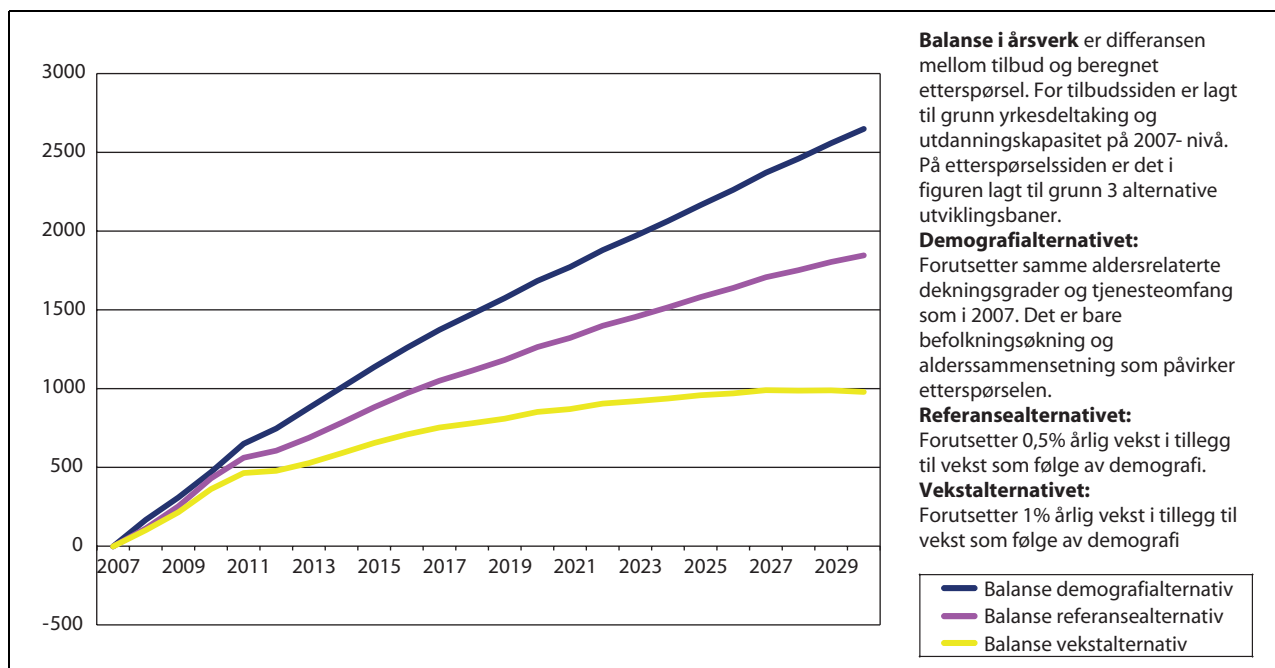
## Psykologer

Beregningene i HELSEMOD viser et overskudd av psykologer i alle framskrivingsalternativene. Økt opptak i 2009 med 40 nye studieplasser vil styrke tilbudssiden ytterligere fra 2016. Det er derfor mulighet for styrking av psykologtjenesten i kommunene ut fra disse beregningene.

## Tannleger og tannpleiere

For tannleger viser beregningene en underbalanse i perioden, ca. 100 årsverk i 2030 etter demografialternativet, stigende til 1450 årsverk etter vekstalternativet. Et forhold som kan påvirke veksten i etterspørsel, er tilgangen på tannpleiere som kan utføre noen av de samme oppgavene som



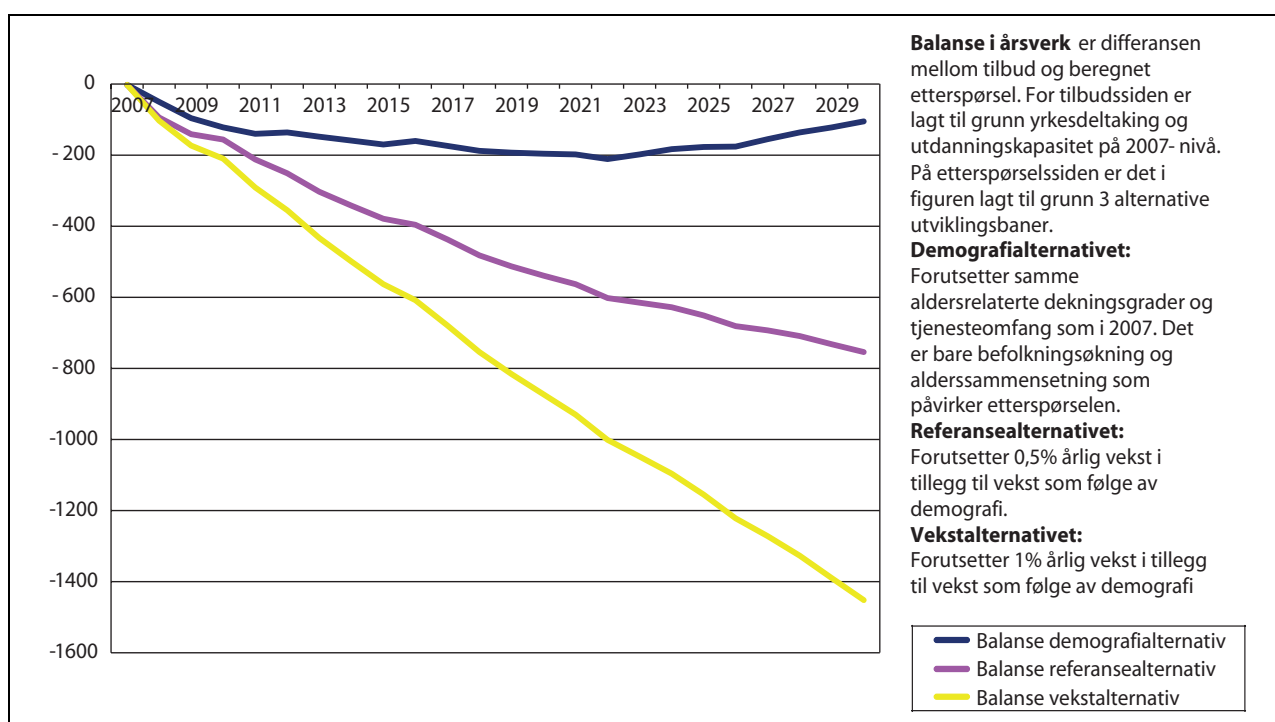


Figur 2.8 Balanse i arbeidsmarkedet for psykologer fram mot 2030 med 3 alternative baner for etterspørsel

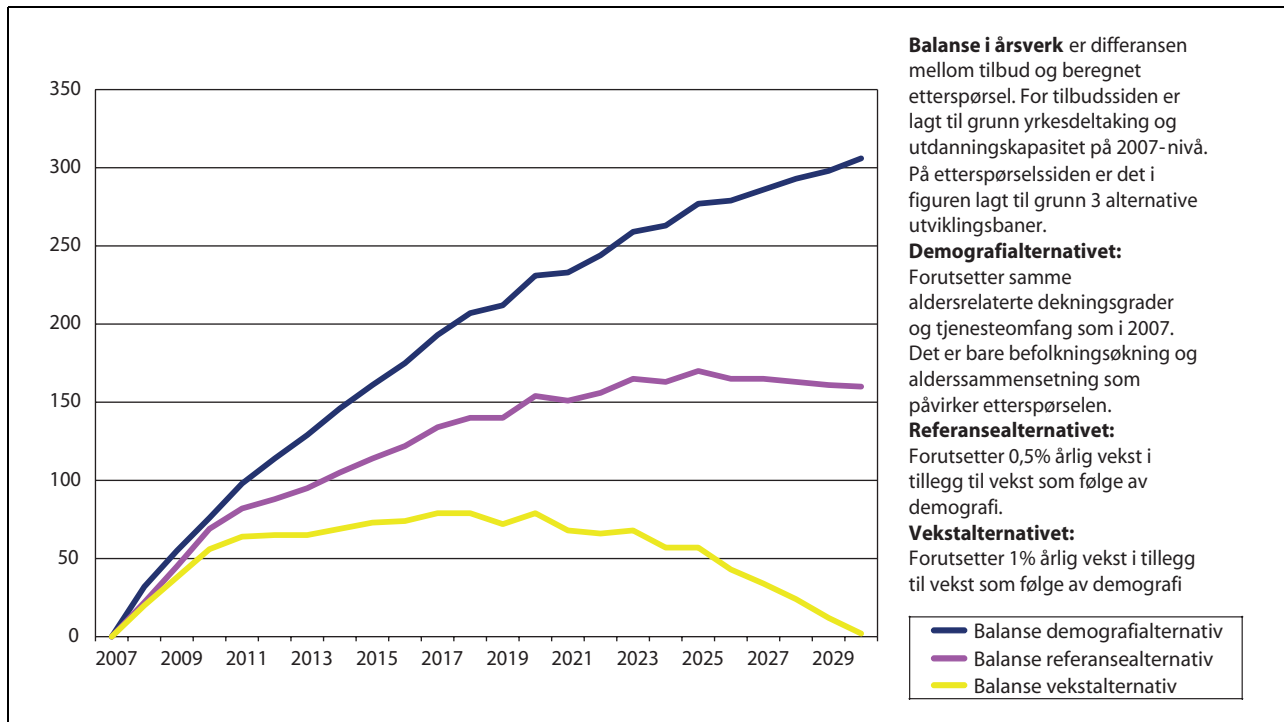
tannlegene utfører i dag (substitusjon). HELSEMOD viser et framtidig lite overskudd for denne gruppen, og her ble utdanningskapasiteten økt med 40 plasser fra høsten 2009.

Tannpleierne er den minste enkeltgruppen som har inngått i denne beregningsrunden av HELSEMOD. En økning i opptaket av tannpleiere på for eksempel 50 i året vil bety relativt mye for

markedssituasjonen til en så liten gruppe. I alle etterspørselsalternativene beregnes det å bli et overskudd ved slutten av framskrivingsperioden, fra om lag 800 i demografialternativet til oppunder 200 i alternativet med høy etterspørsel. Imidlertid vil det stadig bli en underdekning om den raske substitusjonen legges til grunn. Det skal altså til en større økning i utdanningskapasiteten for tann-



Figur 2.9 Balanse i arbeidsmarkedet for tannleger fram mot 2030 med 3 alternative baner for etterspørsel



Figur 2.10 Balanse i arbeidsmarkedet for tannpleiere fram mot 2030 med 3 alternative baner for etterspørsel

pleiere for at den nokså sterke omfordelingen av personellet i tannhelsetjenesten skal kunne realiseres.

Regjeringen er i gang med å følge opp forslag fra St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidens tannhelsetjenester*. Det tas sikte på et kompetanseløft gjennom å øke antall tannleger med spesialistutdanning og forskerkompetanse. I tillegg ønskes en sterkere oppgaveglidning fra tannlege til tannpleier og sterkere vekt på forebygging i tannhelsetjenesten. Økt opptakskapasitet i tannpleierutdanningen samt å flytte mer av den odontologiske kliniske praksisundervisningen ut i tannhelsetjenesten skal også bidra til kompetanseløftet.

### Andre utdanningsgrupper

Bortsett fra det forventede underskuddet på helsefagarbeidere er bildet relativt udramatisk for utdanningsgruppene i videregående opplæring. Det går mot en underdekning av aktiviteter, men dette er en liten gruppe. For helse- og tannhelsesekretærene går det mot balanse mellom tilbud og etterspørsel, gitt referansealternativets forutsetninger. I framskrivingene opererer SSB med en siste samlegruppe på vgo-nivå (ambulansesjåfører, apotekteknikere, fotterapeuter og andre). Da tilstrømmingen til disse fagene var relativt høy i

2007, kommer samlegruppen ut med en relativt sterk vekst på tilbudssiden og et samlet overskudd gjennom framskrivingsperioden.

For noen høyskolegrupper viser beregningene i HELSEMOD at vi kan få betydelige overskudd i arbeidsmarkedet med dagens utdanningskapasitet. Det gjelder i første rekke sosionomer og barnevernspedagoger. Forutsetningene som er lagt til grunn for etterspørselen, er imidlertid usikre. Tidligere framskrivinger i HELSEMOD (2002 og 2005) som også indikerte at utdanningskapasitet og -tilbud var høyere enn det markedet kom til å etterspørre, har ikke slått til. Sosionomene har hatt kommunal sosialtjeneste som nå er blitt en del av NAV som sitt arbeidsområde, og yrkesrollen er under endring med betydelig usikkerhet om framtidig etterspørsel. Dette er også en utdanningsgruppe som har betydelig sysselsetting i andre næringer, 28 % arbeider utenfor helse- og velferdstjenestene. Etterspørselen etter barnevernspedagoger er sterkt knyttet til utviklingen i barnevernet, antall saker/barn under omsorg og politisk prioritering av tjenesten.

Utdanning til klinisk ernæringsfysiolog, som er eneste autoriserte helsepersonellgruppe på ernæringsområdet, er så langt ikke inkludert i HELSEMOD. I ulike studier og utredninger om ernæring i helsetjenesten de senere årene blir det pekt på behovet for slik kompetanse, og at kompetansen må sikres gjennom tilstrekkelig antall

utdanningsplasser fram mot 2020. Behov for å supplere særlig primærhelsetjenesten med ernæringskompetanse er påpekt i bl.a. St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen*, i Innst. 11 S (2009–2010) og (2010-2011), i Prop. 91 L (2010-2011), Meld. St.16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan* og i St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*.

Det er i 2011 nærmere 330 autoriserte kliniske ernæringsfysiologer, mens det er omtrent 140 årsverk for denne utdanningsgruppen i norsk helse-tjeneste. Rundt 3 % er i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratets beregninger tilsier behov for en framtidig økning på ca. 650 årsverk for kliniske ernæringsfysiologer.

---

**Vedlegg 3****Nærmere om helse- og sosialfaglige utdanninger****Høyere utdanning****Nøkkeltall**

Tabell 3.1 gir en oversikt over de helse- og sosialfaglige utdanningene i høyere utdanning som omtales i meldingen med nøkkeltall for søkning, antall studenter og gjennomføring.

**Hvor arbeider personer med helse- og sosialfaglig høyere utdanning?**

Figurene 3.1–3.7 bygger på tall fra SSB og viser sysselsetting for barnevernspedagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosionomer, sykepleiere og vernepleiere. To kull er inkludert i figurene (2003-kullet og 2010-kullet), og nærings-tilhørighet er målt 4. kvartal samme år som personene avsluttet utdanningen. Sysselsettingen er knyttet til den enkeltes hovedarbeidsforhold, og bare bosatte personer er regnet med.

Tabell 3.1 Nøkkeltall for helse- og sosialfaglige utdanningsprogrammer i høyere utdanning

Utdanningsprogram	Antall studietilbud	Samlet antall registrerte studenter høsten 2011	Kvalifiserte primærsøkere per studie-plass 2011	Poengsnitt kvalifiserte primærsøkere høsten 2011	Studie-poeng per heltidsekvivalent 2010	% frafall første år 2010-2011 <sup>1</sup>	Ferdige kandidater våren 2011
Audiograf	1	108	0,58	35,6	58,6	34,3	18
Barnevernspedagog	11	2 278	3,44	36,8	52,6	18,0	589
Bioingeniør	7	711	1,15	42,6	46,3	26,5	175
Døvetolk	3	185	1,80	39,4	53,1	24,0	38
Ergoterapeut	5	734	1,22	38,2	51,8	22,9	174
Ernæring <sup>2</sup>	2	125	22,20	52,8	58,0	6,3	23
Farmasi	3	598	1,18	45,6	51,5	12,6	86
Fysioterapeut	4	1 022	6,25	43,6	54,3	12,8	267
Medisin	4	3 498	5,00	53,4	58,0	13,1	360
Odontologi	3	745	2,33	50,0	53,8	21,5	102
Optiker	1	191	1,09	39,4	55,9	12,3	51
Ortopediingeniør	1	13	2,00	46,2	57,3		13
Psykologi	4	1 469	18,10	46,4	53,7	7,0	142
Radiograf	6	569	2,34	36,9	50,3	34,7	139
Reseptar	2	274	1,07	40,6	43,9	25,9	67
Sosionom	12	2 789	4,34	38,0	54,1	16,8	678
Sykepleier	28	13 796	1,88	37,9	50,8	15,3	2 891
Tannpleier	3	215	2,35	37,4	48,9	23,7	40
Tanntekniker	1	49	1,21	38,7	55,5		16
Velferdsviter	2	315	1,03	36,5	47,3	21,6	58
Vernepleier	12	2 950	2,38	36,2	54,6	14,9	630

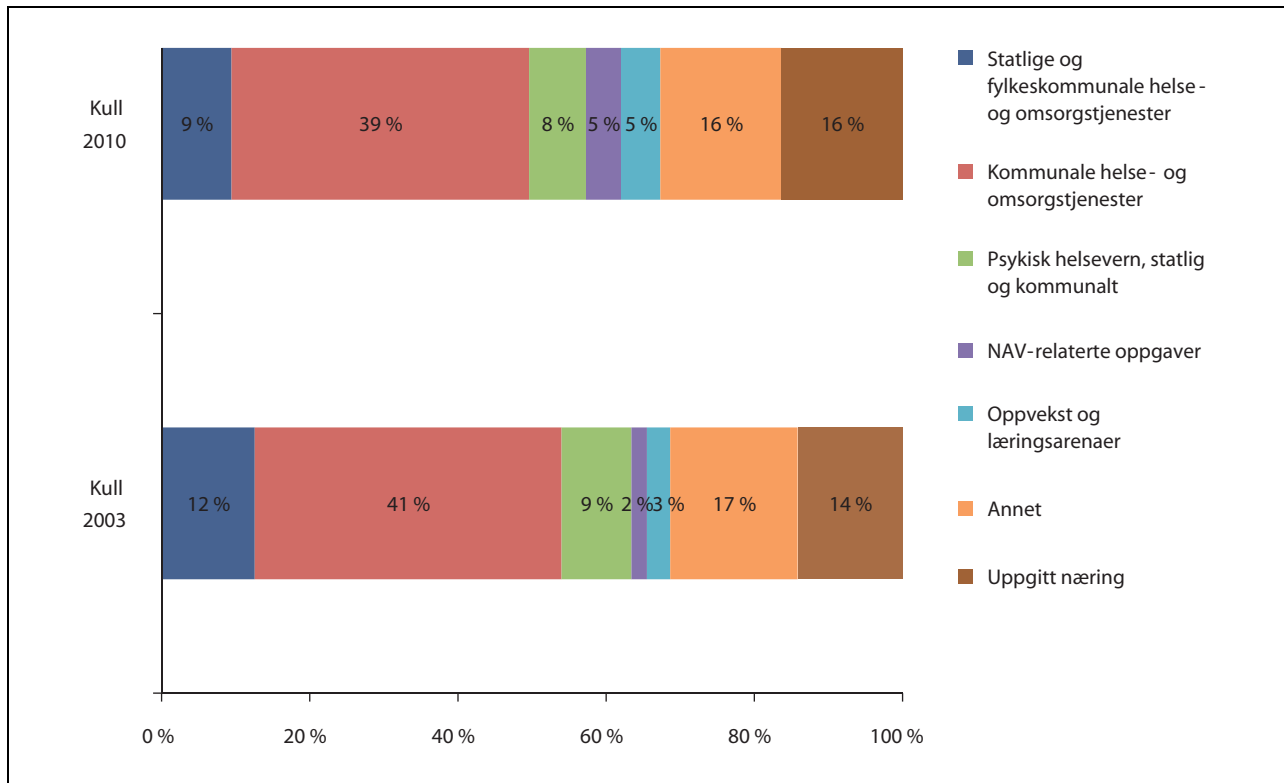
<sup>1</sup> Inkluderer studenter som bytter til et annet studium internt ved institusjonen eller ved en annen institusjon.

<sup>2</sup> Gjelder studiet i klinisk ernæringsfysiologi ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Oslo. Det kreves mastergrad for autorisasjon som klinisk ernæringsfysiolog. Tallene gjelder bachelor- og masternivået samlet.

Kilde: DBH.

Tallene er sortert i følgende ni hovedkategorier av næringer:

Statlige og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester	86.101 Alminnelige somatiske sykehus 86.102 Somatiske spesialsykehus 86.103 Andre somatiske spesialinstitusjoner 86.107 Rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner 86.212 Somatiske poliklinikker 86.230 Tannhelsetjenester 86.906 Medisinske laboratorietjenester 86.907 Ambulansetjenester 86.909 Andre helsetjenester
Kommunale helse- og omsorgstjenester	86.211 Allmenn legetjeneste 86.221 Spesialisert legetjeneste, unntatt psykiatrisk legetjeneste Hjemmebaserte tjenester (86.901 Hjemmesykepleie + 88.101 Hjemmehjelp) 86.902 Fysioterapitjenester 86.903 Skole- og helsestasjonstjeneste 86.904 Annen forebyggende helsetjeneste 87.302 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell hele døgnet 87.303 Bofellesskap for eldre og funksjonshemmede med fast tilknyttet personell deler av døgnet 87.101 Somatiske spesialsykehjem 87.102 Somatiske sykehjem 87.203 Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede 87.301 Aldershjem 87.304 Avlastningsboliger/ -institusjoner 87.909 Omsorgsinstitusjoner ellers 88.102 Dagsentra/aktivitetssentra for eldre og funksjonshemmede 88.103 Eldresentre
Psykisk helsevern, voksne, barn og unge; statlig og kommunal sektor	86.104 Institusjoner i psykisk helsevern for voksne 86.105 Institusjoner i psykisk helsevern for barn og unge 86.222 Legetjenester innen psykisk helsevern 86.223 Poliklinikker i psykisk helsevern for voksne 86.224 Poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge 86.905 Klinisk psykologtjeneste 87.201 Psykiatriske sykehjem
Rusomsorg, statlig og kommunal sektor	86.106 Rusmiddelinstitusjoner 86.225 Rusmiddelpoliklinikker 87.202 Omsorgsinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere 88.997 Sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere uten botilbud
Barne- og familieverntjenester, statlig og kommunal	87.305 Barneboliger 87.901 Institusjoner innen barne- og ungdomsvern 88.991 Barneverntjenester 88.992 Familieverntjenester
NAV-relaterte oppgaver	88.993 Arbeidstrening for ordinært arbeidsmarked 88.994 Varig vernet arbeid 88.995 Sosiale velferdsorganisasjoner 88.998 Kommunale sosialkontortjenester 88.999 Andre sosialtjenester uten botilbud
Oppvekst og læringsarenaer	88.911 Barnehager 88.912 Barneparker og dagmammaer 88.913 Skolefritidsordninger 88.914 Fritidsklubber for barn og ungdom
Annet	Offentlig administrasjon Undervisning Øvrige næringer 88.996 Asylmottak (UDI)
Uoppgitt næring	Uoppgitt næring betyr for alle år at det ikke finnes opplysninger om personene i de benyttede filene, enten fordi de er under utdanning, er arbeidsledige, har utvandret med mer.



Figur 3.1 Ergoterapeuter utdannet studieårene 2002/03 og 2009/10 etter næring 4. kvartal 2003 og 2010

193 kandidater i 2003, 173 kandidater i 2010.

### Ergoterapeuter

Det er stor grad av likhet mellom 2003-kullet og 2010-kullet for ergoterapeuter. Figur 3.1 viser rundt 40 % av ergoterapeutene i begge kull var sysselsatt i kommunale helse- og omsorgstjenester ved måletidspunktene. De største gruppene internt i denne kategorien var hjemmebaserte tjenester, somatiske sykehjem, fysioterapitjenester og ulike omsorgsinstitusjoner for eldre og funksjonshemmede. Videre var relativt mange i begge kull registrert i annet-kategorien, den store majoriteten her var registrert i øvrige næringer. 14 % i 2003-kullet og 16 % i 2010-kullet var registrert med uoppgitt næring (under utdanning, arbeidsledig, utvandret med mer.)

Under 1 % i de to kullene med ergoterapeuter var sysselsatt i rusomsorg (statlig og kommunal) og i barne- og familieverntjenester (statlig og kommunal). Disse er lagt inn i annet-kategorien.

### Barnevernspedagoger

Figur 3.2 viser at over 10 prosentpoeng flere i 2010-kullet av barnevernspedagoger var sysselsatt i barne- og familieverntjenester (statlige og kommunale) samme år som utdanningen ble

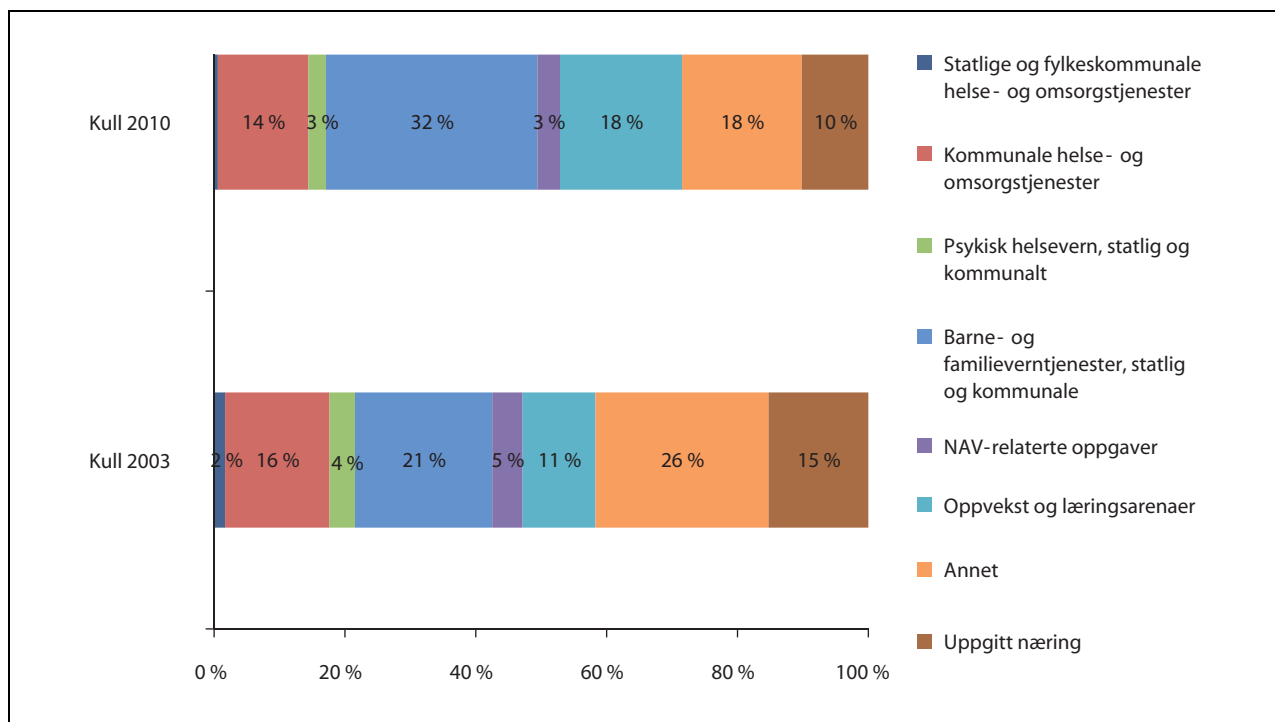
avsluttet. Dette skyldes en økning på om lag 75 % i andelen sysselsatt i institusjoner innenfor barne- og ungdomsvern og en noe mindre økning (35 %) i andelen sysselsatt i barneverntjenester sammenlignet med 2003-kullet. Videre var 8 prosentpoeng færre registrert i annet-kategorien i 2010-kullet enn i 2003-kullet, og andelen registrert med uoppgitt næring var sunket med 5 prosentpoeng.

Under 1 % av kullene var registrert i rusomsorg (statlig og kommunal) og er derfor lagt inn i annet-kategorien.

### Fysioterapeuter

Figur 3.3 viser at ti prosentpoeng flere kandidater i fysioterapi fra 2010-kullet var sysselsatt i de to samlekategoriene for helse- og omsorgstjenester. Særlig stor forskjell var det mellom kullene i andelen personer som var sysselsatt i fysioterapitjenester og i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. I 2003-kullet var 25 % av hele kullet registrert med uoppgitt næring, mens denne andelen hadde sunket til litt over 9 % i 2010-kullet. En lavere andel av 2010-kullet var også sysselsatt i øvrige næringer.

Under 1 % av kullene var sysselsatt i kategoriene for rusomsorg, barne- og familieverntjenester,



Figur 3.2 Barnevernspedagoger utdannet studieårene 2002/03 og 2009/10 etter næring 4. kvartal 2003 og 2010

548 kandidater i 2003, 529 kandidater i 2010.

NAV-relaterte oppgaver og oppvekst- og læringsarenaer. Disse er lagt inn i annet-kategorien.

### Psykologer

Figur 3.4 viser at det er til dels store forskjeller mellom 2003- og 2010-kullet av psykologer. Den største endringen er at en betydelig høyere andel i 2010-kullet var sysselsatt i psykisk helsevern samme år som utdanningen ble avsluttet sammenlignet med 2003-kullet. Den største årsaken var en økning i antallet kandidater sysselsatt i institusjoner i psykisk helsevern for voksne, men andelen sysselsatt i poliklinikker for både barn/unge og voksne var også høyere for 2010-kullet. Flere i 2010-kullet var også sysselsatt i rusomsorg. Samtidig har det vært en nedgang i andelen sysselsatt i statlige og kommunale helse- og omsorgstjenester, nedgang i antallet registrert i øvrige næringer og færre registrert med uoppgitt næring.

For psykologene inkluderer annet-kategorien også oppvekst- og læringsarenaer, som sysselsetter mindre enn 1 % av kullene.

### Sosionomer

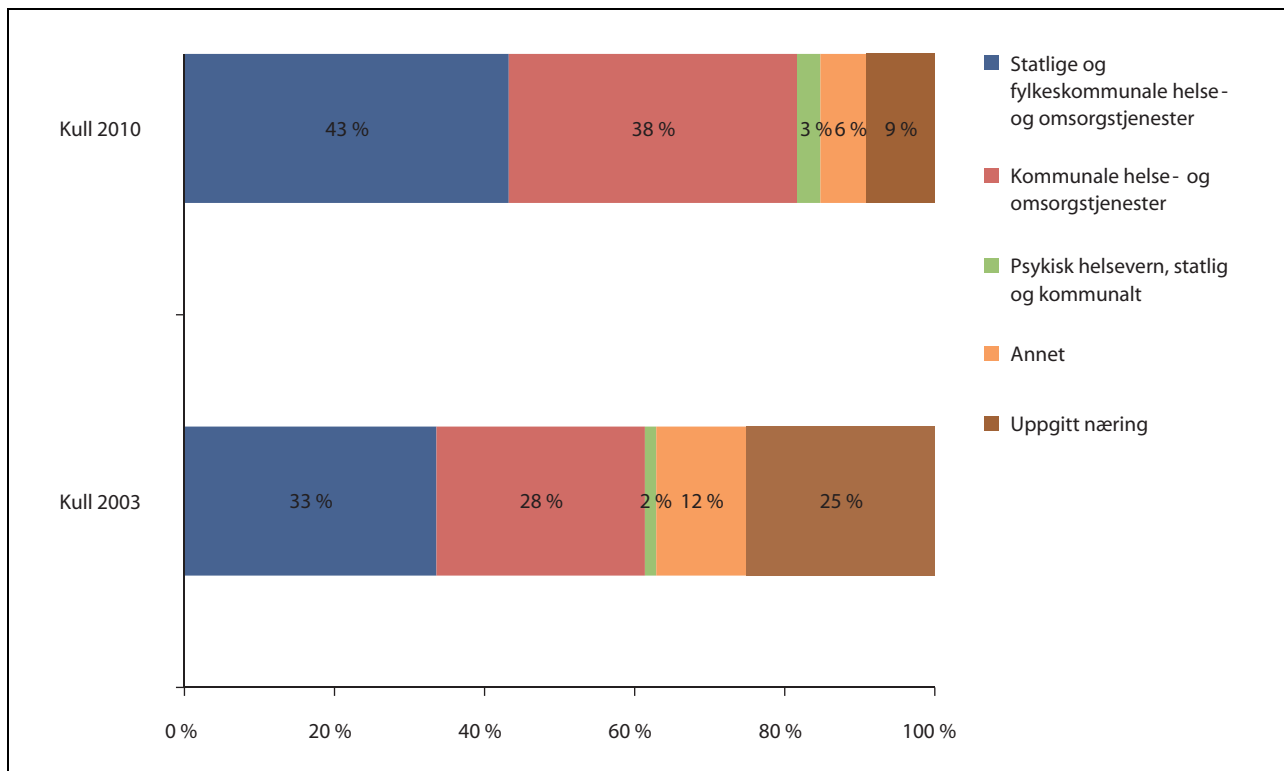
Figur 3.5 viser at tallene for 2003- og 2010-kullene av sosionomer er relativt like. I 2010 var 10 pro-

sentpoeng flere sysselsatt i statlige og kommunale barne- og familieverntjenester, noe som primært skyldes en økning i antallet sysselsatt i institusjoner innenfor barne- og ungdomsvern og i barneverntjenester. 2010-kullet hadde videre en lavere andel registrert med uoppgitt næring, og et lavere antall kandidater registrert i øvrige næringer under annet-kategorien.

### Sykepleiere

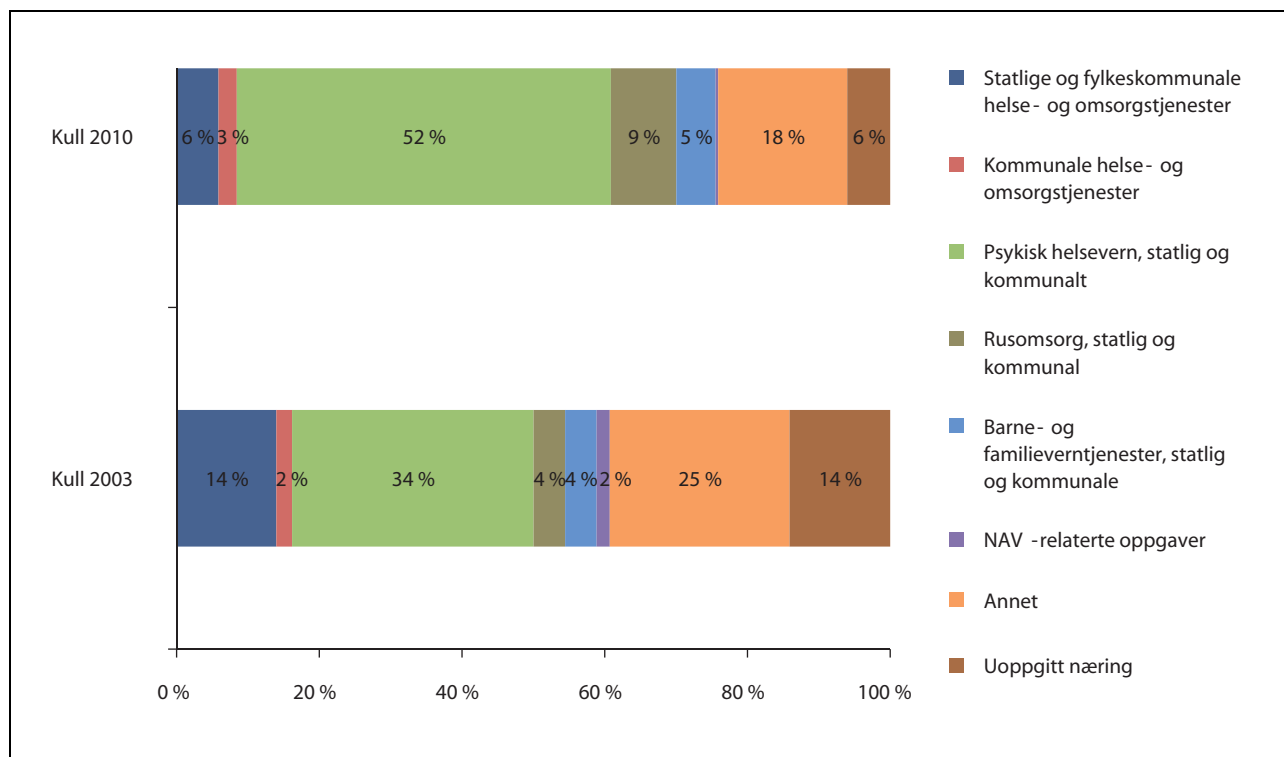
Figur 3.6 viser at det er stor grad av likhet mellom 2003-kullet og 2010-kullet for sykepleiere. Noen flere av 2003-kandidatene var registrert sysselsatt i statlige og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenester, mens noen flere av 2010-kandidatene var registrert i kommunale somatiske helsetjenester. I 2010-kullet var færre kandidater registrert i annet-kategorien, noe som primært skyldes at færre kandidater enn i 2003 var sysselsatt i offentlig administrasjon.

Kategoriene barne- og familieverntjenester og oppvekst- og læringsarenaer sysselsatte mindre enn 1 % av kullene, og tallene er lagt inn i annet-kategorien.



Figur 3.3 Fysioterapeuter utdannet studieårene 2002/03 og 2009/10 etter næring 4. kvartal 2003 og 2010

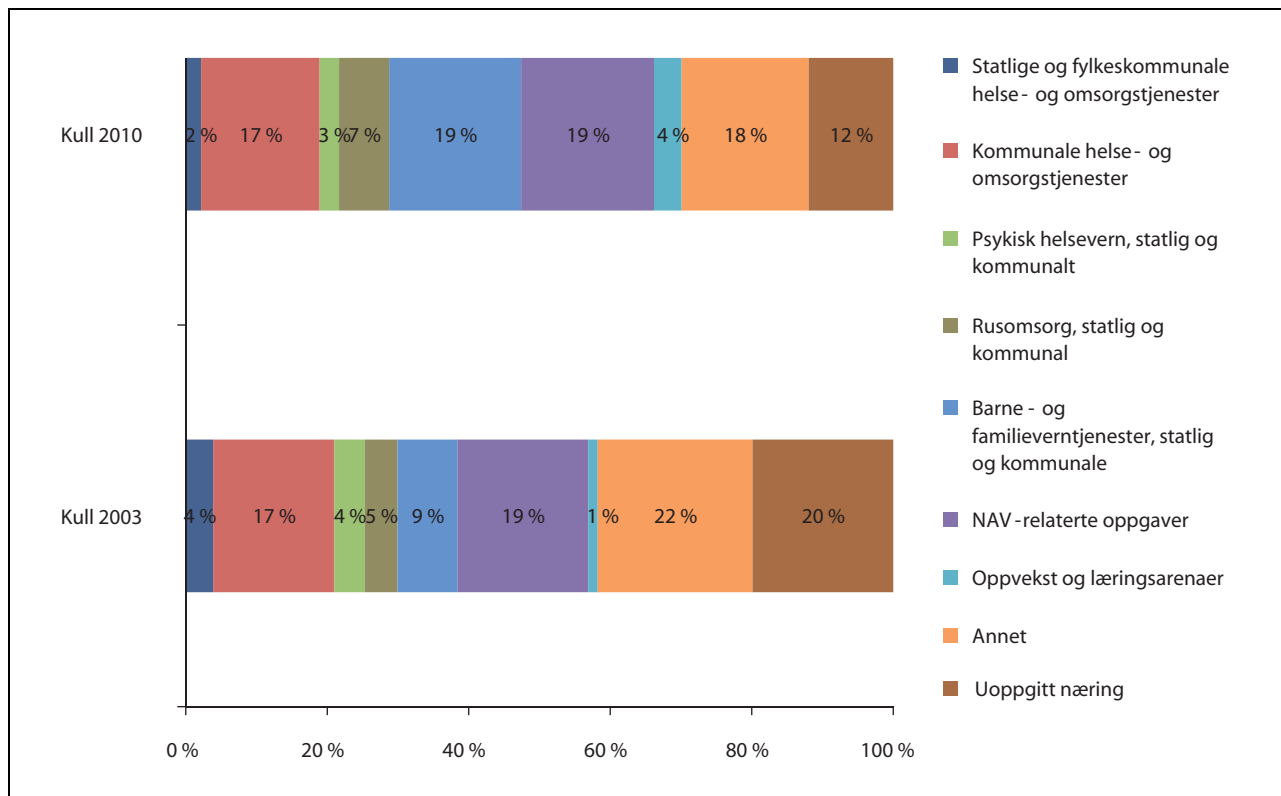
466 kandidater i 2003, 360 kandidater i 2010.



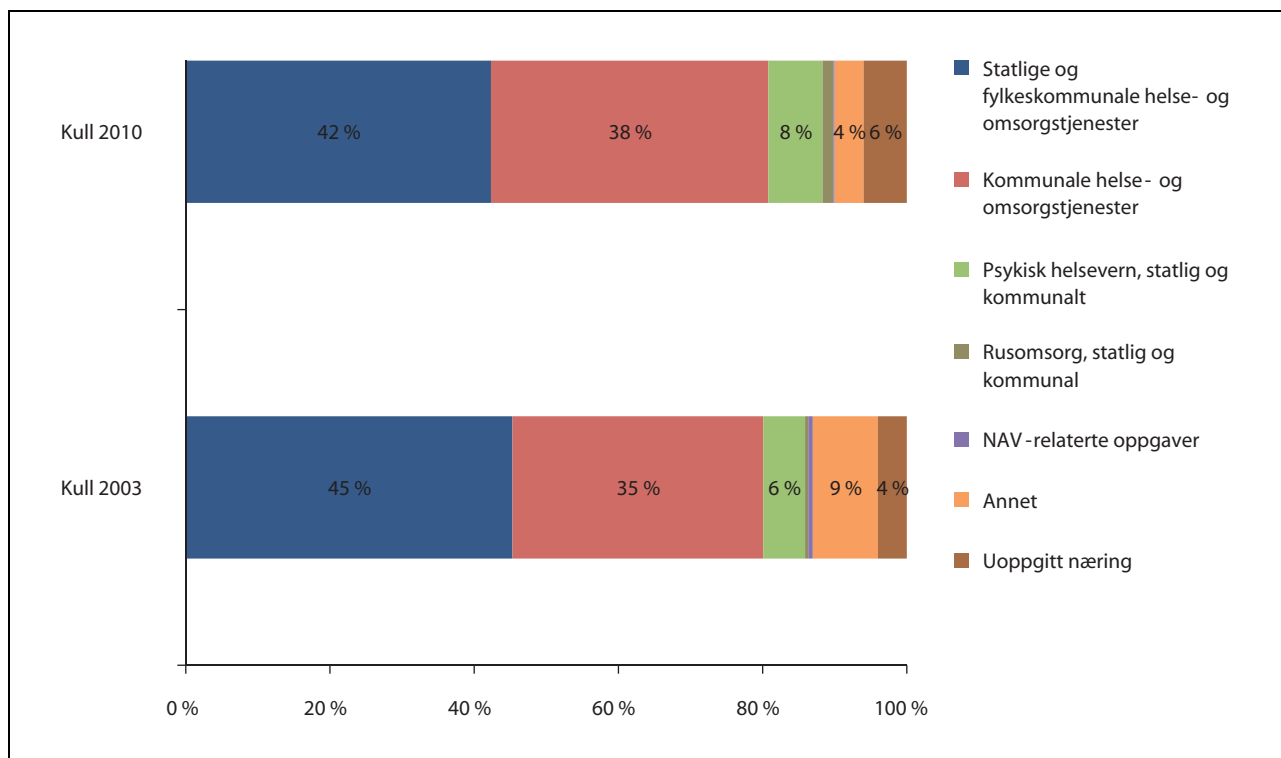
Figur 3.4 Psykologer utdannet studieårene 2002/03 og 2009/10 etter næring 4. kvartal 2003 og 2010

274 kandidater i 2003 og i 2010.

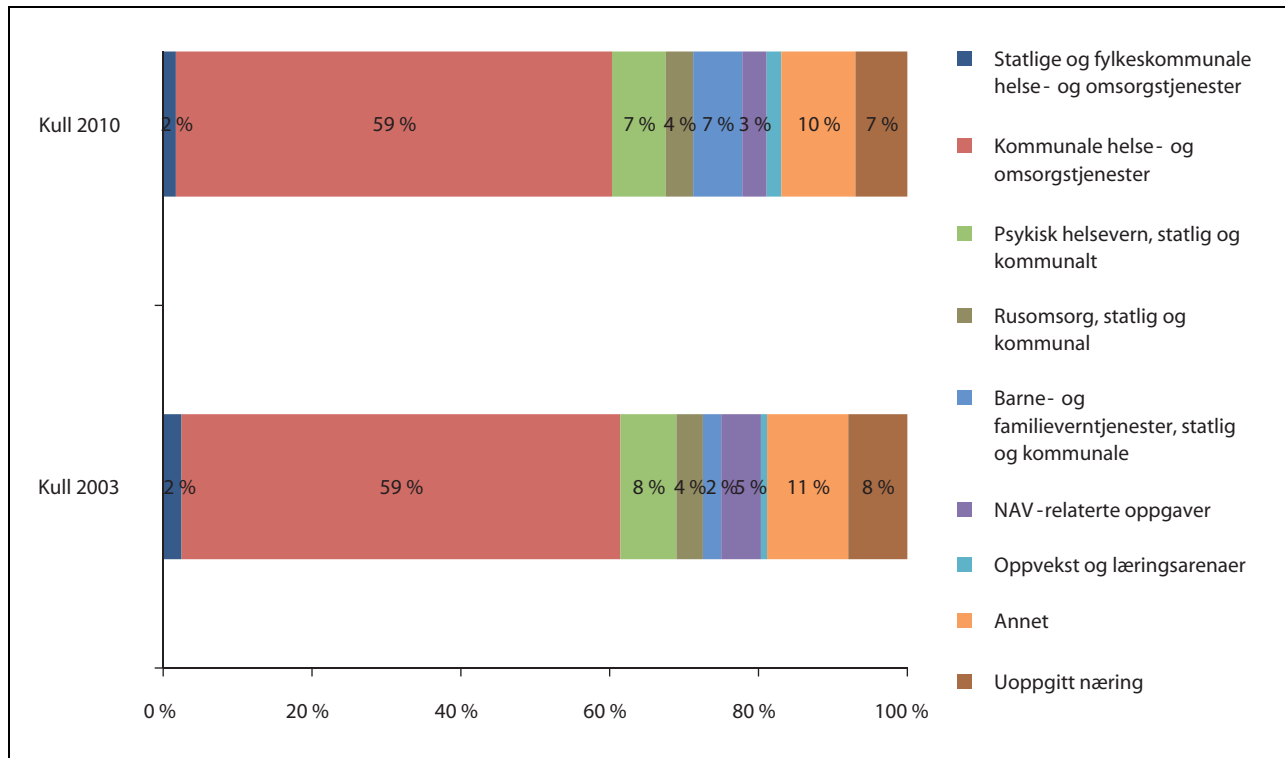




Figur 3.5 Sosionomer utdannet studieårene 2002/03 og 2009/10 etter næring 4. kvartal 2003 og 2010  
688 kandidater i 2003, 690 kandidater i 2010.



Figur 3.6 Sykepleiere utdannet studieårene 2002/03 og 2009/10 etter næring 4. kvartal 2003 og 2010  
3662 kandidater i 2003, 3266 kandidater i 2010.



Figur 3.7 Vernepleiere utdannet studieårene 2002/03 og 2009/10 etter næring 4. kvartal 2003 og 2010  
725 kandidater i 2003, 758 kandidater i 2010.

### Vernepleiere

Figur 3.7 viser at det er store likheter mellom de to vernepleier-kullene. Den klart største andelen i de to kullene var sysselsatt i kommunale helse- og omsorgstjenester 4. kvartal i uteksamineringsåret. I 2010-kullet var fem prosentpoeng flere av kandidatene sysselsatt i statlige og kommunale barne- og familieverntjenester enn i 2003. Dette skyldes en økning i andelen som var sysselsatt i institusjoner innen barne- og ungdomsvern og i barneverntjenester.

### Videregående opplæring

#### Overgang til arbeidsliv og høyere utdanning for elever som begynner på helse- og sosialfag i videregående opplæring

Figurene 3.8–3.14 bygger på data fra SSB, som viser:

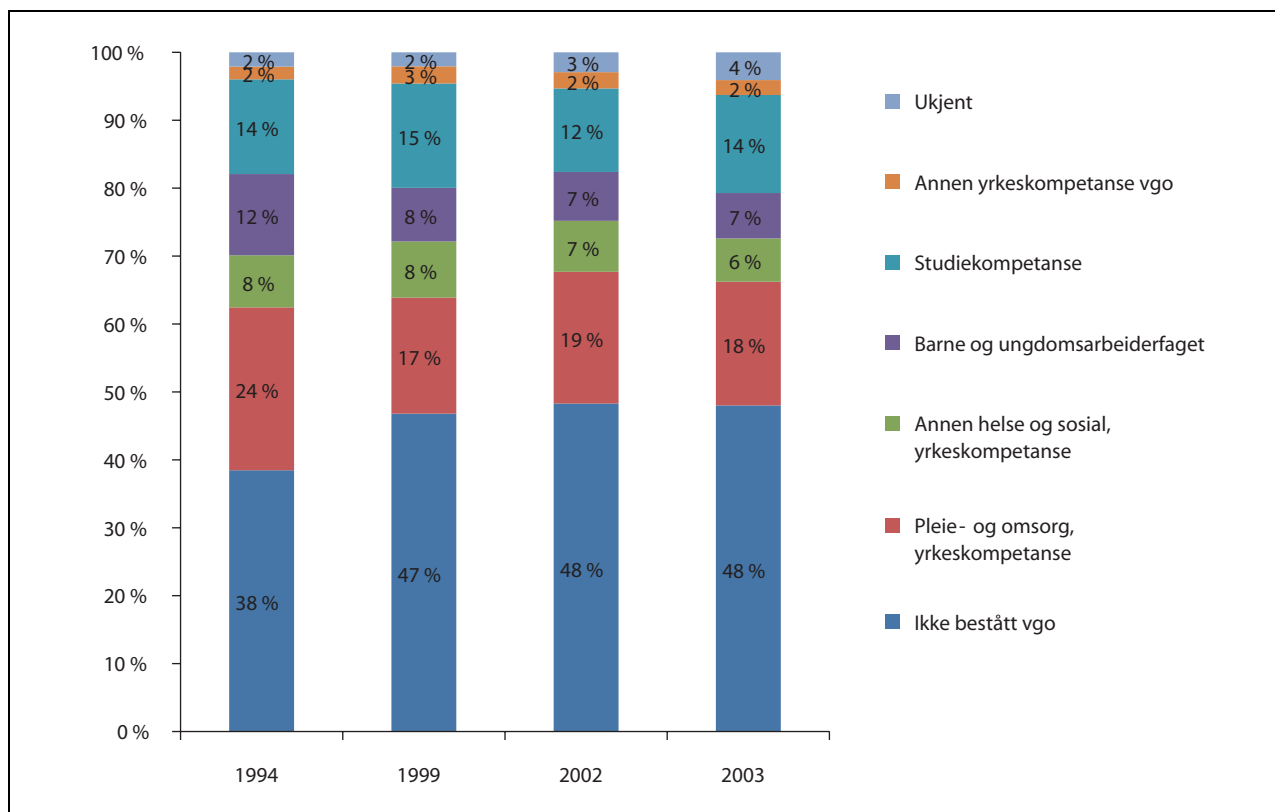
- Gjennomføring av videregående opplæring for alle elever som begynte på grunnkurs helse- og sosialfag (HS grunnkurs) i 1994, 1999, 2002 og 2003.
- Hva individene gjør (om de er registrert i utdanning, arbeid eller er utenfor utdanning og

arbeid) 6 år etter påbegynt HS grunnkurs for alle årskullene, og tilsvarende informasjon 10 år etter påbegynt HS grunnkurs for 1994- og 1999- kullet. Status for utdanning skiller mellom videregående opplæring og høyere utdanning. For både videregående opplæring og høyere utdanning skiller de som tar helsefaglige utdanninger fra dem som tar annen utdanning. Status for arbeid skiller ut dem som jobber i helse- og velferdssektoren.

Dataene om videregående opplæring er hentet fra fylkeskommunenes administrative register for videregående utdanning (VIGO). Data om høyere utdanning er hentet fra Norsk standard for utdanningsgruppering (NUS 2000). Data om arbeid er hentet fra NAVs Arbeidsgiver- og arbeidstakerregister (Aa-registeret).

Gjennomføring av videregående opplæring defineres på samme måte som SSB definerer det i sin gjennomføringsstatistikk: fullført med yrkes- eller studiekompetanse innen fem år etter påbegynt videregående opplæring.

For å defineres som «å være i arbeid» må vedkommende utføre inntektsgivende arbeid av minst en times varighet i referanseuken, eller være registrert som selvstendig næringsdrivende. Arbeid i helse- og velferdssektoren følger stan-



Figur 3.8 Kompetanseoppnåelse 5 år etter påbegynt grunnkurs

dard for næringsgruppering for jobbsektor (NACE).<sup>1</sup>

Figur 3.8 viser hvilken kompetanse elevene i de fire kullene er registrert med fem år etter påbegynt HS grunnkurs. Tendensen til å oppnå kompetanse har vært nedadgående i perioden. 1994-kullet skiller seg fra de andre kullene med høyere andel som har gjennomført med helsefaglig yrkeskompetanse og lavere andel som ikke oppnådde full kompetanse sammenlignet med de tre andre kullene. Den synkende andelen av elever som oppnådde yrkeskompetanse i helse- og sosialfag i perioden, skyldes at 10 prosentpoeng færre i de tre siste kullene har bestått videregående opplæring sammenlignet med 1994-kullet. Mellom 12 og 15 % i alle fire kullene oppnådde studiekompetanse, mens 2-3 % oppnådde annen yrkesfaglig kompetanse.

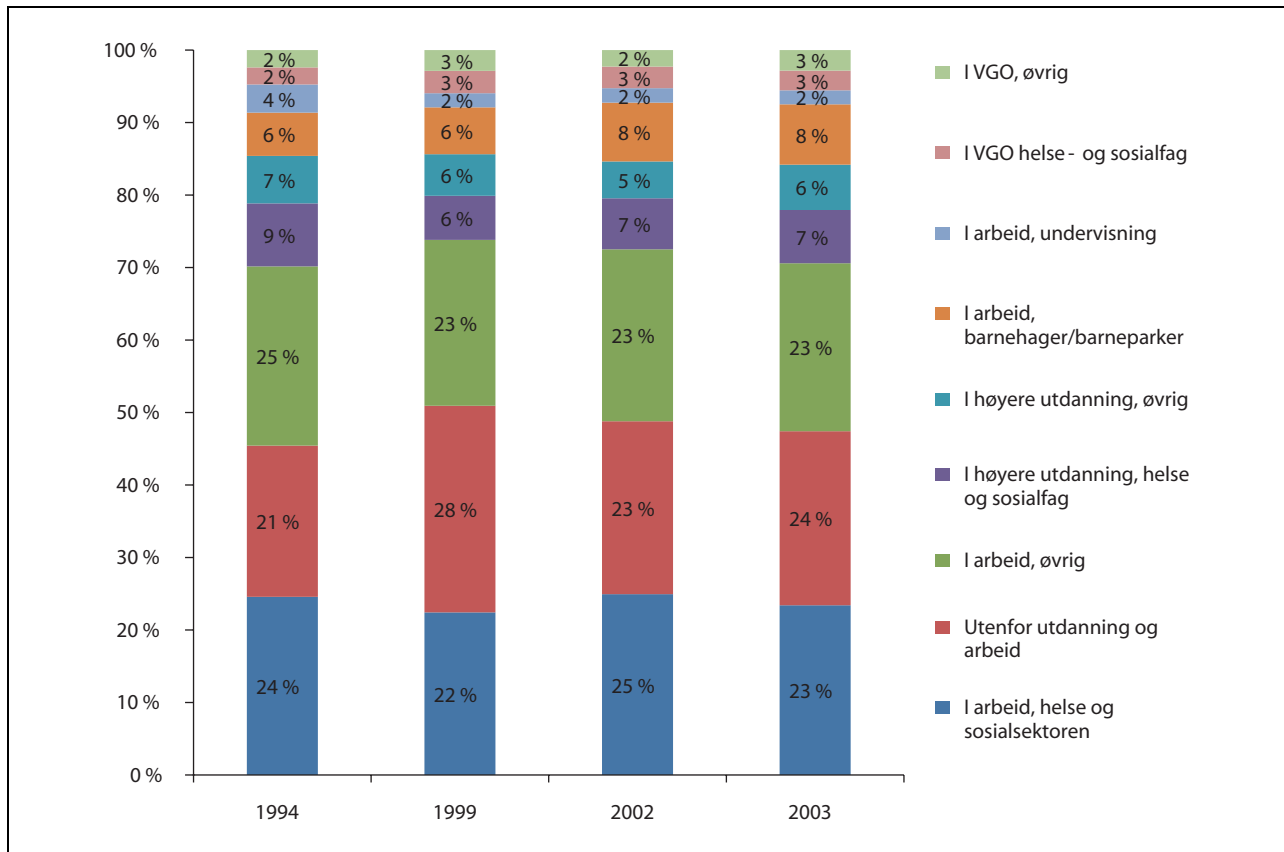
Flesteparten av elevene som oppnådde helse- og sosialfaglig kompetanse gjorde dette innenfor

pleie- og omsorgsfag.<sup>2</sup> Kategorien annen helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse er her sammensatt av elever som oppnådde yrkeskompetanse i fagene hudpleier, fotterapeut, tannhelsesekretær, apotektekniker, helsesekretær, renholdsoperatørfag og ambulansesfag. Andelen har ligget på rundt 8 %, men sank til 6 % i 2003-kullet. Andelen av det totale kullet som oppnådde kompetanse i barne- og ungdomsarbeiderfaget har sunket mer i perioden.

Figur 3.9 viser hva slags aktivitet elevene i utvalgsårene var registrert i 6 år etter påbegynt HS grunnkurs, det vil si to eller tre år etter at de i henhold til normert tid skulle vært ferdig med et yrkesfaglig løp. Det er relativt stor likhet mellom kullene: Rundt en fjerdedel var sysselsatt i helse- og velferdssektoren, en fjerdedel var registrert utenfor utdanning og arbeid, og en fjerdedel var sysselsatt i andre sektorer. Mellom 6 % og 9 % befant seg i helse- og sosialfaglig høyere utdanning, noen flere enn det som var registrert i annen høyere utdanning. 1999-kullet skiller seg noe fra

<sup>1</sup> Næringshovedområde Q Helse- og sosialtjenester (kategori 86-88). Omfatter en lang rekke aktiviteter fra helsetjenester utøvet av utdannede leger på sykehus og andre institusjoner med opphold som innebærer et visst omfang av pleie til sosialinstitusjoner uten pleie. Omfatter også jobber i barnevernet, SFO og barnehage. Se standard for næringsgruppering fra SSB for detaljer.

<sup>2</sup> Pleie- og omsorgsfag dekker omsorgsarbeider (et 4-årig lærefag) og hjelpepleier (3-årig skoleløp). Disse to fagene ble erstattet av det fireårige lærefaget helsefagarbeider med innføringen av Kunnskapsløftet.



Figur 3.9 Status 6 år etter påbegynt HS grunnkurs

de tre øvrige med en lavere andel sysselsatt i helse- og velferdssektoren og noen flere registrert utenfor utdanning og arbeidsliv.

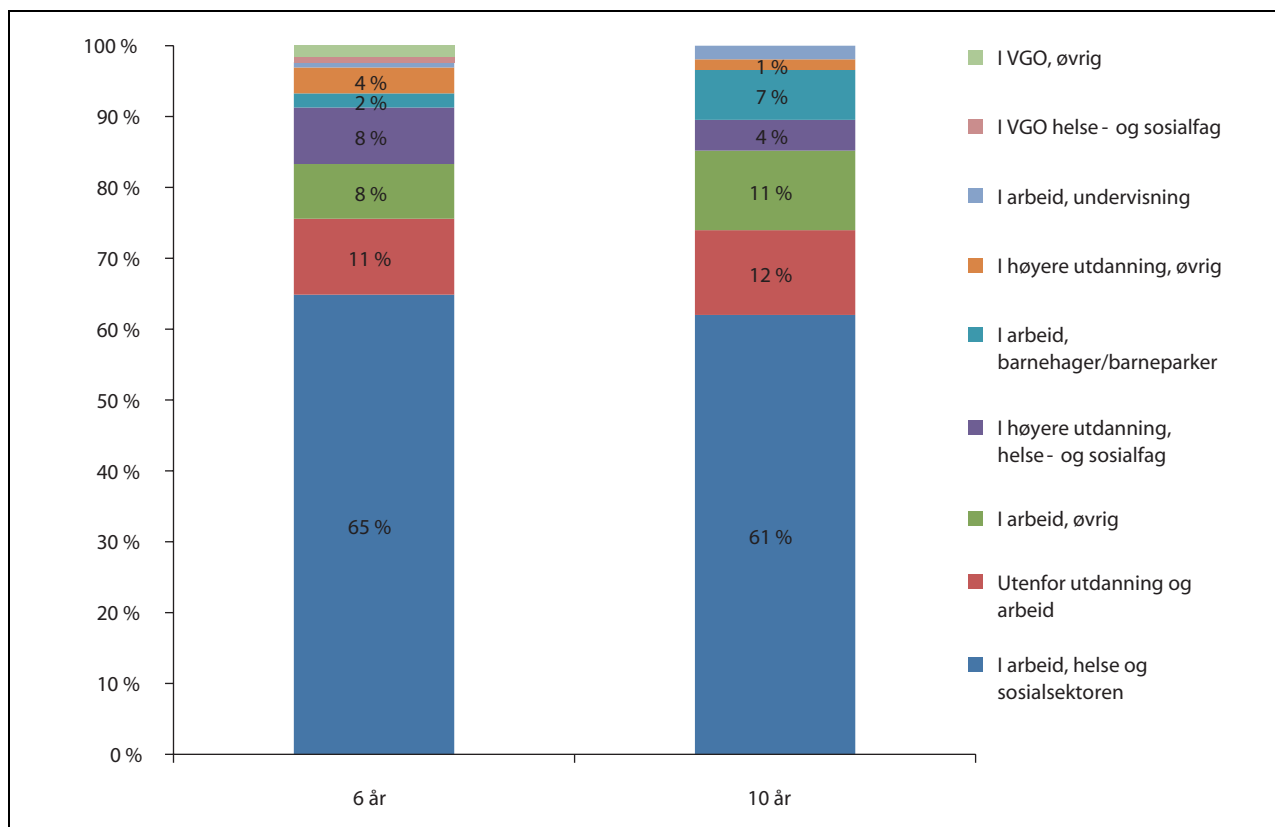
For 1994- og 1999-kullet, som også kan følges 10 år etter påbegynt HS grunnkurs, viser tallene at andelen som sysselsettes i helse- og velferdssektoren øker noe sammenlignet med 6 år etter at de begynte. For 1994-kullet steg andelen i arbeid i helse- og velferdssektoren med 9 prosentpoeng, for 1999-kullet med 6 prosentpoeng.

Figur 3.10 viser prosentandelen av elevene i 1999-kullet som var registrert sysselsatt i helse- og velferdssektoren henholdsvis 6 år (2005) og 10 år (2009) etter påbegynt HS grunnkurs inndelt etter hvilken kompetanse de oppnådde i videregående opplæring. Denne andelen var størst blant elevene som oppnådde pleie- og omsorgskompetanse, hvor over 60 % av elevene var i arbeid i sektoren både 6 og 10 år etter. Der andelen elever i 1999-kullet med pleie- og omsorgskompetanse sysselsatt i helse- og velferdssektoren sank fra 6 år til 10 år etter påbegynt grunnkurs, steg andelen i sektoren for 1994-kullets del med 8 prosentpoeng. I 2002- og 2003-kullet var også om lag 60 % av elevene med yrkeskompetanse i pleie- og omsorgsfag sysselsatt i sektoren 6 år etter påbegynt HS grunnkurs.

Bare 35 % av elevene i 1999-kullet som oppnådde annen helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse, var sysselsatt i sektoren i 2005, og denne andelen var omtrent den samme i 2009. Denne andelen var omtrent den samme i de øvrige tre kullene. Av elevene som oppnådde studiekompetanse, er det er relativt stor økning i andelen som arbeider i helse- og velferdssektoren mellom 6 og 10 år etter påbegynt grunnkurs. Det er grunn til å tro at denne veksten delvis skyldes at mange av disse elevene tar helse- og sosialfaglig høyere utdanning og trer inn på arbeidsmarkedet senere enn 6 år etter at de begynte på HS grunnkurs.

Andelen sysselsatt i helse- og velferdssektoren av elevene som var registret med ikke bestått videregående opplæring i 1994-, 2002- og 2003-kullet lå på mellom 12 % og 14 % etter 6 år.

Ser vi utelukkende på de av elevene som startet på grunnkurs i helse- og sosialfag og oppnådde pleie- og omsorgskompetanse innen 5 år, er majoriteten sysselsatt i helse- og velferdssektoren 6 og 10 år etter påbegynt VGO. For 1999-kullet var andelen noe lavere 10 år etter at elevene startet på helse- og sosialfag enn 6 år etter. Videre ser vi at litt over 10 % av elevene med pleie- og omsorgskompetanse befant seg utenfor utdanning og



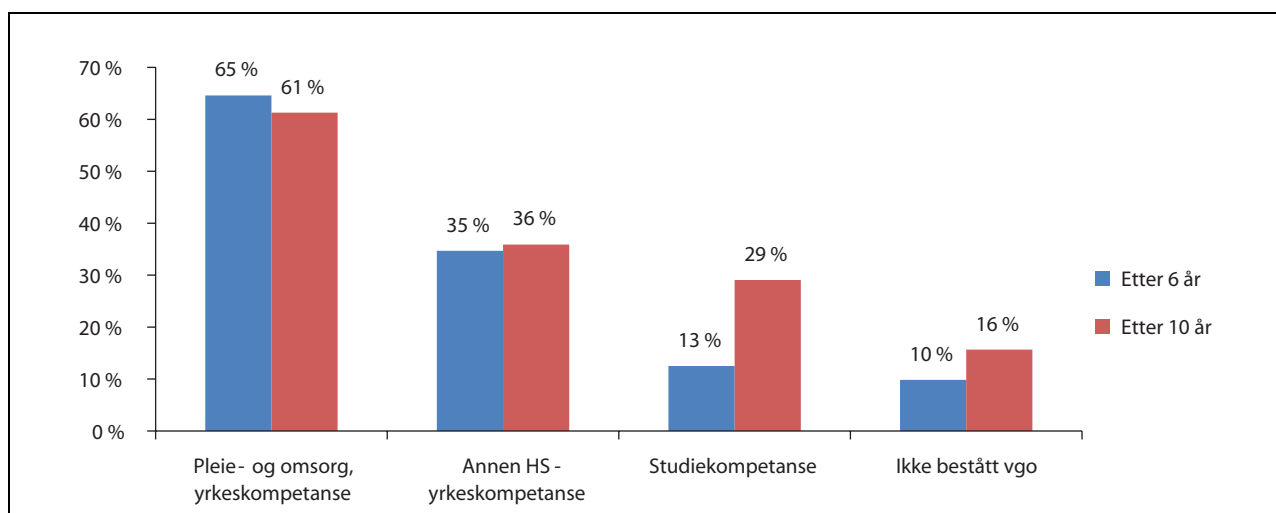
Figur 3.11 Elever med pleie- og omsorgskompetanse, status 6 og 10 år etter påbegynt VGO. Kull: 1999

arbeid både 6 og 10 år etter. Andelen av elevene med denne kompetansen som var registrert i øvrig arbeid, steg med 3 prosentpoeng fra 2005 til 2009. Andelen i utdanning sank mellom de to måletidspunktene.

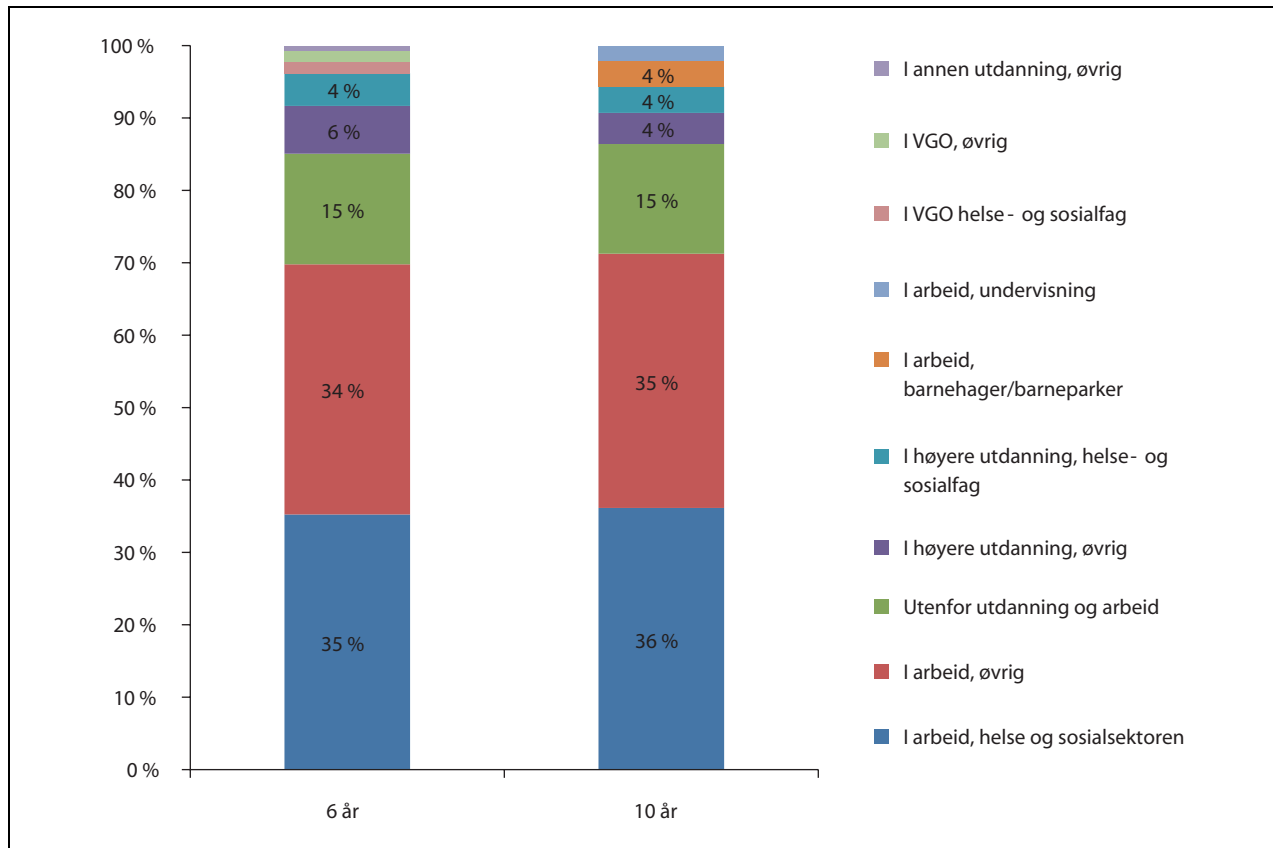
Sammenlignet med 1999-kullet var en lavere andel av elevene i 1994-kullet med pleie- og omsorgskompetanse sysselsatt i helse- og

omsorgssektoren etter 6 år (57 %). Målt etter 10 år hadde imidlertid denne andelen steget til 65 %. I 2002- og 2003-kullet var andelen henholdsvis 60 % og 59 % etter 6 år.

Figur 3.12 viser hvor elevene som oppnådde annen helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse (hudpleier, fotterapeut, tannhelsesekretær, apotektekniker, helsesekretær, renholdsoperatørfag



Figur 3.10 Andel sysselsatt i helse- og velferdssektoren etter 6 og 10 år, etter kompetanseoppnåelse. Kull: 1999



Figur 3.12 Elever med annen helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse, status 6 og 10 år etter påbegynt helse- og sosialfaglig videregående opplæring. Kull: 1999

og ambulansefag) befant seg 6 og 10 år etter påbegynt HS grunnkurs. Bare litt over en tredel av disse elevene var registrert sysselsatt i helse- og velferdssektoren etter 6 år, og andelen var omtrent den samme etter 10 år. Andelen av elevene med slik kompetanse sysselsatt i sektoren var omtrent den samme i de øvrige kullene.

Om lag like mange som var sysselsatt i helse- og velferdssektoren befant seg i øvrig arbeid, mens 15 % var utenfor utdanning og arbeid.

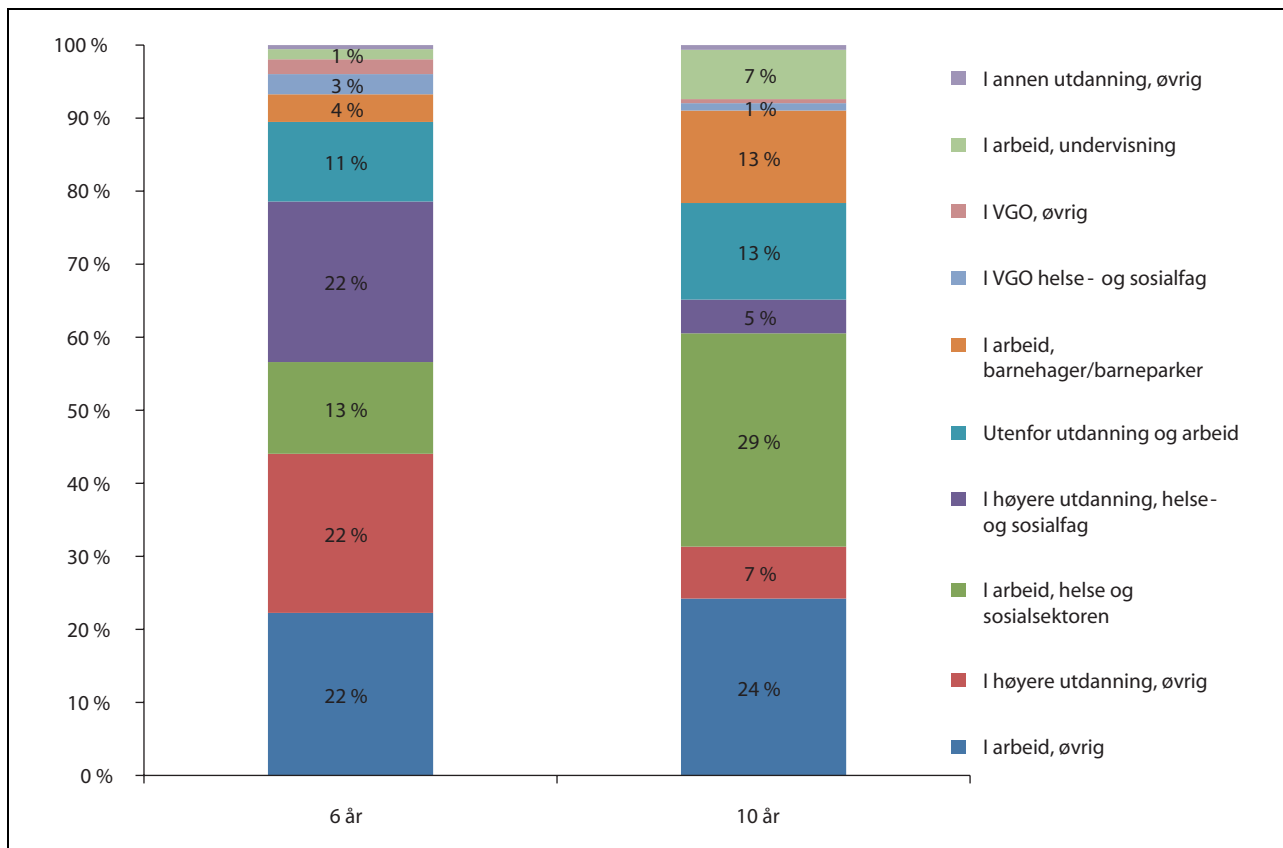
Figur 3.13 viser statusen til elevene i 1999-kullet som var registrert med studiekompetanse 5 år etter at de begynte på HS grunnkurs. Status er målt 6 og 10 år etter påbegynt videregående opplæring. I overkant av 20 % av elevene som begynte på grunnkurs i helse- og sosialfag for deretter å oppnå studiekompetanse, valgte å ta høyere utdanning innenfor helse- og sosialfagene etterpå. I fireårsperioden mellom de to målepunktene øker følgelig også andelen av elevene med studiekompetanse som er sysselsatt i helse- og velferdssektoren med 16 prosentpoeng.

Videre er i overkant av 20 % av elevene registrert i øvrig arbeid både 6 og 10 år etter påbegynt videregående opplæring. Figuren viser også at

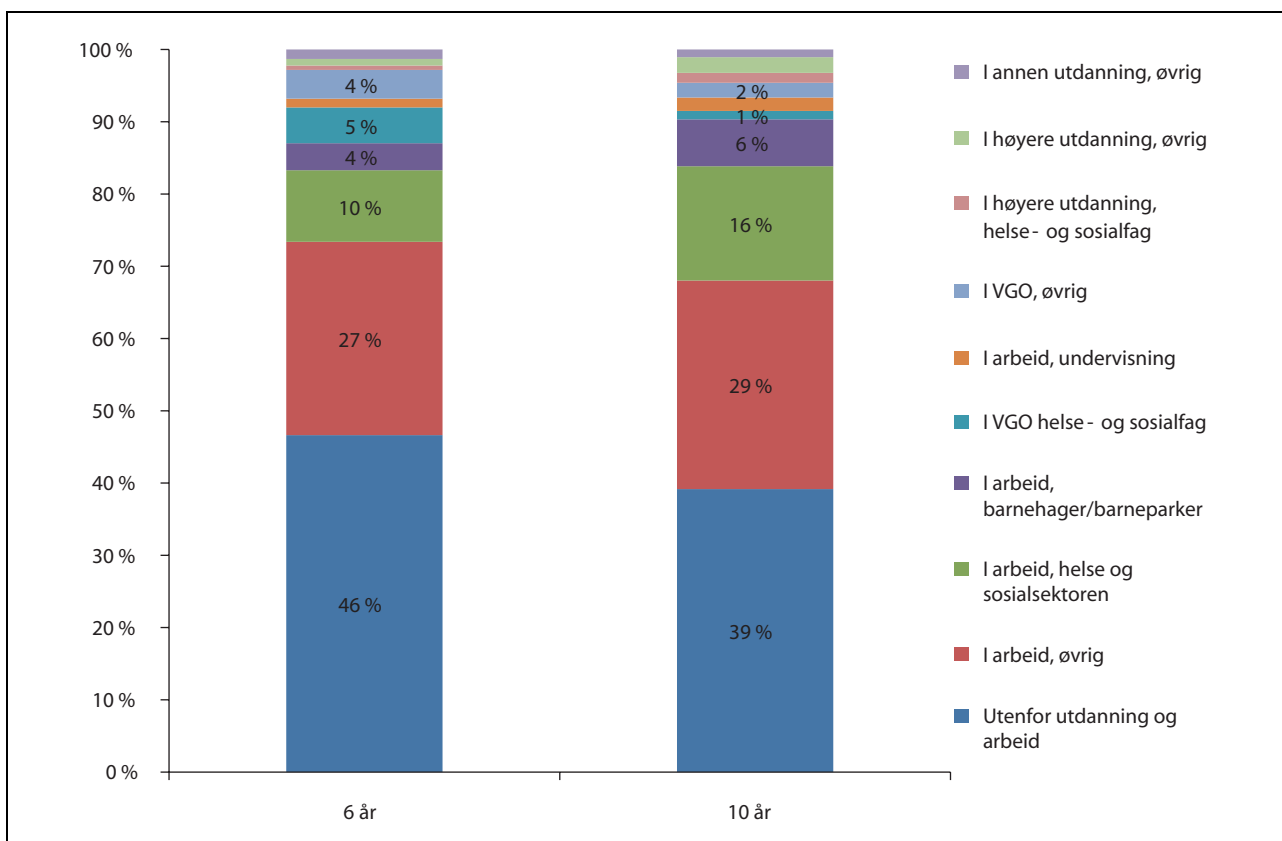
andelen av elevene som går over til annen høyere utdanning er like høy som andelen som går inn i helse- og sosialfaglig høyere utdanning. Det er små forskjeller når vi sammenligner de fire kullene.

Figur 3.14 viser status i 2005 og 2009 for elever som ikke var registrert med fullført studie- eller yrkeskompetanse 5 år etter påbegynt HS grunnkurs i 1999. Etter 6 år var nesten halvparten av disse registrert som utenfor utdanning og arbeid. Andelen som ikke var i arbeid eller studier, sank noe de påfølgende fire årene. Rundt 30 % av elevene som ikke hadde fullført, var registrert i øvrig arbeid. 10 % var sysselsatt i helse- og velferdssektoren etter 6 år, 16 % etter 10 år.

Det er relativt store likheter mellom kullene. I 1994-kullet var 39 % av disse elevene registrert utenfor utdanning og arbeid både 6 og 10 år etter påbegynt grunnkurs. I samme kull var også noen flere av elevene (13 % etter 6 år og 19 % etter 10 år) sysselsatt i helse- og velferdssektoren. Andelen utenfor utdanning og arbeid i 2002- og 2003-kullet var om lag den samme som i 1994-kullet, mens andelen sysselsatt i helse- og velferdssektoren var noe lavere (12 % og 14 %).



Figur 3.13 Elever med studiekompetanse, status 6 og 10 år etter påbegynt helse- og sosialfaglig videregående opplæring. Kull: 1999



Figur 3.14 Elever som ikke besto VGO, status etter 6 år og 10 år. Kull: 1999

**Oppsummering**

- En relativt lav andel av elevene som begynner på grunnkurs i helse- og sosialfag, fullfører videregående opplæring med helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse.
  - Totalt sett var litt over 20 % av elevene som startet på HS grunnkurs, sysselsatt i helse- og velferdssektoren 6 år etter at de begynte i videregående opplæring.
  - Av elevene som oppnår helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse fra videregående opplæring, er det elever med pleie- og omsorgskompetanse (over 60 %) som i størst grad arbeider i helse- og velferdssektoren. Bare 35 % av elevene som oppnår annen helse- og sosialfaglig yrkeskompetanse er sysselsatt i sektoren 6 og 10 år etter påbegynt grunnkurs.
  - Over 20 % av elevene som oppnår studiekompetanse etter først å ha begynt på HS grunnkurs, går over til helse- og sosialfaglig utdanning på høyere nivå. Andelen av elevene med studiekompetanse som var registrert sysselsatt i helse- og velferdssektoren steg med 16 prosentpoeng fra 6 til 10 år etter påbegynt grunnkurs.
  - Blant elevene som var registrert uten oppnådd kompetanse på videregående nivå, var den største gruppen registrert utenfor utdanning og arbeid 6 og 10 år etter påbegynt grunnkurs. Andelen registrert sysselsatt i helse- og velferdssektoren steg med 6 prosentpoeng (til 16 %) mellom de to måletidspunktene.
-



**Vedlegg 4**

## **Styring, organisering og kvalitetssikring av den videregående opplæringen**

### **Ansvar for den videregående opplæringen**

Det er statlige myndigheter som har det nasjonale ansvaret og som fastsetter de nasjonale rammebetingelsene for fag- og yrkesopplæringen. Fylkeskommunene har ansvaret for at den individuelle retten til videregående opplæring blir oppfylt og for gjennomføring av opplæringen i skole. Dette inkluderer ansvar for dimensjoneringen. De har også ansvaret for å godkjenne lærebedrifter.

Lærebedriftene og opplæringskontorene har i samarbeid med fylkeskommunale opplæringsmyndigheter ansvaret for opplæring av lærlinger. Partene i arbeidslivet har en sentral rolle i utviklingen av de nasjonale rammebetingelsene gjennom sin deltakelse i Samarbeidsrådet for yrkesopplæringen (SRY) og de faglige rådene. De har en tilsvarende rolle overfor fylkeskommunen gjennom deltakelse i yrkesopplæringsnemnda. Opplæringskontorer og opplæringsringer er også viktige aktører i arbeidet med kvalitet i fag- og yrkesopplæringen.

### **Struktur og innhold**

#### **Fag og struktur i opplæringen**

Fag- og timefordelingen i videregående opplæring er fastsatt i forskrift.<sup>1</sup> Tilbudsstrukturen av yrkesfaglige og studieforberedende utdanningsprogrammer skal kunne justeres og endres ved behov. Utdanningsdirektoratet mottar jevnlig forslag om endringer i tilbudsstrukturen. Etter intern utredning i Utdanningsdirektoratet skal forslaget sendes på høring, slik at berørte parter får anledning til å uttale seg og bli gjort oppmerksomme på at det kan komme en endring. Det er Kunnskapsdepartementet som foretar den ende-

lige fastsettingen. Større endringer kan kreve behandling i Stortinget.

Forslag om nye utdanninger, det vil si nye lærefag, fremmes av partenes organisasjoner på området, der slike fins. Lærefagets innhold må beskrives, det må avgrenses mot beslektede lærefag og det må redegjøres for behovet for faglærte og mulighetene for å tilby læreplasser i faget. Deretter behandles forslaget etter rutine beskrevet over.

#### **Læreplaner – innholdet i opplæringen**

Utdanningsdirektoratet har ansvaret for å utarbeide læreplaner i videregående opplæring. De utarbeides etter egne retningslinjer. Læreplanene beskriver formålet med opplæringen, strukturen, de grunnleggende ferdighetene for faget, kompetansemålene og vurderingsordningen. Til å utarbeide utkast til læreplaner oppnevner Utdanningsdirektoratet en gruppe fagpersoner bestående av lærere, fagkyndige og eventuelt andre. Læreplaner i yrkesfag behandles av det aktuelle faglige rådet, som gir sine anbefalinger. Utkast sendes på offentlig høring før læreplanen blir fastsatt. Forslag til endringer i læreplanene behandles av Utdanningsdirektoratet og det faglige rådet. Slike endringer skal også sendes på offentlig høring.

#### **Fylkeskommunens skoleeierrolle**

Fylkeskommunen er skoleeier for de offentlige videregående skolene og ansvarlig for den videregående opplæringen. Et førende politisk prinsipp har vært å utvikle et styringssystem med større og tydeligere lokal handlefrihet, sammen med et tydeligere ansvar hos skoleeier for kvaliteten på opplæringen og elevenes og lærlingenes resultater.

Fylkeskommunens rolle overfor lærebedriftene er veldig ulik rollen overfor egne skoler. Mens

<sup>1</sup> Forskrift til opplæringsloven § 1-3 og Rundskriv Udir 1-2011.

skolene er direkte underlagt fylkeskommunen, er lærebedriftene egne selvstendige virksomheter med et annet primærmål enn opplæring. Fylkeskommunen godkjenner lærebedriftene og har det overordnede ansvaret for at opplæringen foregår i tråd med læreplanene. Fylkeskommunen har det juridiske og overordnede ansvaret for at ungdom får oppfylt sin rett til videregående opplæring, og at opplæringen er i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

## Finansiering

Fylkeskommunens utgifter til opplæring blir i hovedsak finansiert gjennom frie inntekter (rammetilskudd og skatteinntekter).

Lærebedrifter får tilskudd fra fylkeskommunene etter satser fastsatt av departementet med hjemmel i forskrift til opplæringsloven §§ 11-1 og 11-4. Tilskuddet gis per lærling eller lære kandidat for ett år med fulltidsopplæring. Det gis ikke tilskudd for verdiskapingsdelen i bedriften. I tillegg til de ordinære tilskuddene til lærebedrifter ble det midlertidige tiltaket med økt tilskudd for å stimulere bedriftene til å videreføre eksisterende lærekontrakter og opprette nye læreplasser videreført med 195 mill. kr. i 2011, jf. Innst. S. nr. 139 (2008-2009) og St.prp. nr. 37 (2008-2009) *Om endringer i statsbudsjettet for 2009 med tiltak for arbeid*, Innst. 12 S (2010-2011) og Prop. 1 S (2010-2011). Videre gis det et tilskudd over Kunnskapsdepartementets budsjett til bedrifter som tar inn lærlinger og lære kandidater med særskilte behov.

## Organisering og gjennomføring av opplæringen

Fylkeskommunene og skolene har stor frihet i valg av metoder i opplæringen i de videregående utdanningene. Hovedmodellen for organisering av opplæringen i yrkesfag er to år som elev i skole og to år som lærling i bedrift. Noen fag følger ikke denne modellen. Utdanningsprogram for helse- og sosialfag er spesielt, i og med at hele utdanningen gis i skole i fem av ni fag. For skoledelen er det gitt rammer for timetall i de ulike fagene. I læretiden foregår opplæringen i lærebedriften. I enkelte tilfeller kjøper lærebedrifter opplæring for mindre deler av læreplanmålene fra videregående skoler, opplæringskontorer eller andre tilbydere.

Opplæringsarenaer for skoledelen er vanligvis klasserom eller verksted i skolen. Fylkeskommunen kan avgjøre at deler av opplæringen kan skje i

samarbeidsbedrifter også i løpet av de to årene i skole, avhengig av lokale forhold. I faget prosjekt til fordypning er det vanlig, i større grad i Vg2 enn i Vg1, at elever får dette tilbudet i en bedrift eller virksomhet. I yrkesfag hvor hele opplæringen skjer i skole og gir yrkeskompetanse, er det ikke krav om at deler av opplæringen skal skje i en virksomhet. I faget prosjekt til fordypning, som utgjør rundt 20 % av opplæringen, er det likevel en intensjon at elevene skal få prøve seg i arbeidslivet. Denne intensjonen oppfylles i stor grad i Vg2, men i mindre grad i Vg1.

Etter Reform 94 har det vært et tilbakevendende tema at teorifagene på de yrkesfaglige linjene har vært opplevd som for lite praksisrelevante. Kunnskapsdepartementet har i forbindelse med sitt arbeid for økt gjennomføring i videregående opplæring startet et arbeid for å styrke yrkesrettingen av fellesfagene i de yrkesfaglige utdanningsprogrammene.

## Vurderingsordninger

Læreplanene beskriver vurderingsordningene i faget. Utgangspunktet for vurderingen er kompetansemålene i læreplanen. I henhold til forskrift til opplæringsloven skal elevene ha standpunkt-karakter i hvert av programfagene, og i flere fag kreves en tverrfaglig praktisk eksamen ved avsluttet skoleår. Eksamensoppgavene er utarbeidet lokalt, og det er lokal sensur. Sluttvurderingen i lærefagene foretas ved en praktisk fagprøve. Innenfor rammen av kompetansemålene i læreplanen skal oppgaven prøve kandidaten i planlegging av arbeidet, grunngiving for valgte løsninger, gjennomføring av et faglig arbeid, vurdering av eget prøvearbeid og dokumentasjon av eget prøvearbeid. Fagprøven utarbeides og vurderes av en prøvenemnd oppnevnt av fylkeskommunen. Fylkeskommunen skal hente inn forslag til medlemmer i prøvenemnden fra partene i arbeidslivet.

Både elever og lærlinger har krav på halvårlig vurdering uten karakter. Målet med denne vurderingen er å gi veiledning om hvordan de kan øke kompetansen sin i faget.

## Kvalitetsvurderingssystem

Det er utviklet et omfattende nasjonalt kvalitetsvurderingssystem for skolen hvor et viktig element er nettstedet Skoleporten. Målet med Skoleporten er at skoler, skoleeiere, foreldre, elever og andre interesserte skal få tilgang til relevante og

pålitelige nøkkeltall for grunnopplæringen. Her presenteres en rekke opplysninger som antallet elever, fordeling mellom yrkesfaglige og studieforberedende utdanningsprogrammer, kjønnsfordeling mv. Videre opplyses det om resultater på nasjonale prøver og eksamenskarakterer, standpunkt karakterer, gjennomføringsgrad og ressursbruk. I elevundersøkelsen svarer elevene på en rekke spørsmål om sin opplevelse av læringsmiljøet.

Utdanningsdirektoratet har påbegynt arbeidet med et nasjonalt kvalitetsvurderingssystem for fag- og yrkesopplæringen. Det skal levere lett tilgjengelig dokumentasjon om tilstanden i fagopplæringen, både den delen som skjer i skolen og den som skjer i bedrift. Systemet skal dokumentere kvaliteten i opplæringstilbudet og gi råd om hvordan ulike aktører kan bruke denne informasjonen i sitt arbeid med kvalitetssikring og kvalitetsutvikling. Det vil gi nasjonale myndigheter mulighet til å vurdere i hvilken grad fylkeskommunene oppfyller målsettingene for fag- og yrkesopplæringen, og om skoleeiere, skoler, lærebedrifter og opplæringskontor følger opp kravene i loven og forskriftene. Mer spesifikt kan det dreie seg om å måle og vurdere

- læringsutbytte hos elever og lærlinger
- karriereveier
- oppnådd kompetanse i forhold til arbeidslivets behov
- kompetanse hos lærere og instruktører
- innhold og struktur i opplæringen

Opplæringsloven pålegger skoleeier (fylkeskommunene) å ha et forsvarlig system for å vurdere om og følge opp at skoleeier etterlever lovverket.

### Kvalitetssikring av lærebedrifter

Hver enkelt bedrift som driver opplæring av lærlinger, må være godkjent av fylkeskommunen etter en faglig vurdering foretatt av yrkesopplæringsnemnda. Lærebedrifter kan samarbeide gjennom et opplæringskontor for å kunne tilfredsstille kravene. Fylkeskommunen kan trekke tilbake godkjenningen av en lærebedrift dersom den ikke lenger oppfyller kravene til godkjenning.

Lærebedriften skal ha intern kvalitetssikring, slik at lærlingen eller lære kandidaten får opplæring i samsvar med opplæringsloven og tilhørende forskrift. En eller flere representanter for arbeidstakerne skal sammen med de faglige lederne jevnlig se til at lærebedriften følger pliktene etter opplæringsloven med forskrift. Lærebedriften skal

årlig rapportere til fylkeskommunen om opplæringen av lærlinger og lære kandidater.

### Tilsyn

Fylkesmannen har ansvaret for å føre tilsyn med om skoleeier (fylkeskommunen) og skolene innfrir forpliktelsene som ligger i lov og forskrift.

### Informasjonssystem for oppfølging av læreplanene for fag

Utdanningsdirektoratet har under utprøving et informasjonssystem for oppfølging av læreplanene for fag. Formålet er å undersøke hvordan læreplanene benyttes som styringsdokument på ulike nivåer, og om elever og lærlinger utvikler ønsket kompetanse, både i forhold til læreplanene og til etterspørselen fra arbeidslivet.

### Lærernes og instruktørens kompetanse

#### Yrkesfaglærer

Forskriften til opplæringsloven setter krav til kompetanse hos dem som kan tilsettes i undervisningsstilling i yrkesfag i den videregående skolen.<sup>2</sup> Ett av disse kravene må oppfylles:

- yrkesfaglærerutdanning
- universitets- og/eller høyskoleutdanning
- faglærerutdanning
- fagbrev, svennebrev eller fullført og bestått annen yrkesfaglig utdanning i videregående opplæring, 2 års yrkesteoretisk utdanning utover videregående opplærings nivå og 4 års yrkespraksis etter fullført videregående opplæring. I tillegg kreves pedagogisk kompetanse

Yrkesfaglærerutdanningen er under revisjon. En ny rammeplan for utdanningen er under utarbeidelse og skal tre i kraft høsten 2013.

#### Instruktør

For å få godkjenning som lærebedrift må bedriften ha faglig kvalifisert personale. Det er ikke krav om kompetanse utover dette. Alle fylkeskommunene gir tilbud om kompetanseheving for faglige ledere og instruktører. I enkelte fylker er det i praksis en forutsetning for godkjenning som lærebedrift at instruktører deltar på slike kurs. Utdan-

<sup>2</sup> Se § 14-3 i forskrift til opplæringsloven for mer detaljert beskrivelse.

ningsdirektoratet har fått utviklet et omfattende etterutdanningsmateriell beregnet for dem som jobber med opplæring av elever og lærlinger i fag-

og yrkesopplæringen. Dette kan brukes til selvstudium eller som materiale for tilbydere av kurs.

---

**Vedlegg 5**

## Internasjonale perspektiver

### Global tilgang på helsepersonell

Utenriksdepartementet har nylig lagt fram Meld. St. 11 (2011-2012) *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*, som beskriver helsepersonellsituasjonen globalt og formulerer Norges politikk på området.

Verden står overfor en betydelig mangel på helsepersonell der flere land har problemer med å dekke nåværende og anslåtte behov for personell. Utfordringen er desidert størst i utviklingsland. WHO anslår at det globalt mangler nesten 4,3 millioner helsearbeidere. Mangelen er størst i fattige land. Selv om behovene for helsetjenester varierer mellom land, opplever de aller fleste land utfordringer med hensyn til å dekke nåværende og forventet framtidig behov for helsepersonell. I mange tilfeller er utdanningskapasiteten for liten. I tillegg har flere land, spesielt utviklingsland, helsesystemer med manglende evne til å absorbere og effektivt utnytte det personellet som finnes eller som blir utdannet. Utfordringene og problemene som land møter er forskjellige og varierer ut fra lokalisering og utviklingsnivå, men for flere er situasjonen alvorlig og kan true landenes evne til å tilby sine innbyggere grunnleggende helsetjenester. Samtidig migrerer mange helsearbeidere for å arbeide i rikere land med bedre arbeidsvilkår. Denne situasjonen gjør det berettiget å snakke om en global helsepersonellkrise.

Mesteparten av verdens helsepersonell befinner seg i urbane strøk, mens om lag halvparten av verdens befolkning bor i utkantstrøk. Lik tilgang til tjenester lar seg ikke realisere så lenge disse geografiske ulikhetene består. Regjeringen legger derfor til grunn at oppfyllelse av retten til helse for enkeltindivider forutsetter en jevnere og mer rettferdig fordeling av helsepersonell. Helsepersonellkrisen er et globalt problem og krever derfor globale og helhetlige løsninger. Godt samarbeid og informasjonsutveksling på tvers av landegrensene for å finne helhetlige løsninger etterstrebes. Den globale helsepersonellmangelen medfører et stort behov for å øke kapasiteten for

utdanning globalt, samtidig som kvaliteten på utdanningen må ivaretas. Kunnskap hos helsepersonell i jobb må vedlikeholdes og videreutvikles for å gi bedre tjenester. Det er også viktig at arbeidsfordelingen mellom ulike typer helsearbeidere er best mulig tilpasset behov og kapasitet, og at utdanningssystemet gjenspeiler dette. Som en knapp ressurs må helsepersonell også brukes så effektivt som mulig, noe som stiller krav til kvalitet og evne til innovasjon i helsesystemene.

Aktiv rekruttering fra andre lands side bidrar til å tappe de fattigste landene for helsepersonell. Medlemslandene i WHO vedtok i 2010 frivillige retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell, der høyinntektsland blant annet blir oppfordret til å motvirke aktiv rekruttering fra land med kritisk mangel på helsepersonell. Arbeidet med retningslinjene følges opp i WHO og i Norge. Regjeringen har lagt til grunn at de internasjonale retningslinjene skal innføres i helse- og omsorgstjenesten. Norge skal avstå fra aktiv og systematisk rekruttering fra fattige land som selv har mangel på helsepersonell.

Dette innebærer å vektlegge forebygging av migrasjon fra fattige til rikere land, men også lokal migrasjon mellom landsbygda og urbane strøk, der hvor dette har negative konsekvenser for helsesystemene. Samtidig må helsearbeidere ha samme rett til å flytte som andre. Innsatsen for å unngå negative effekter av migrasjon består blant annet i å bedre helsearbeideres arbeids- og leveforhold der de befinner seg, også for å hindre avgang fra sektoren, og bistå med økt utdanning av helsepersonell hvor kvalitet på utdanning og yrkesutøvelse vektlegges. Dels støtter Norge selv arbeid for at de fattigste landene med stor sykdomsbyrde skal få tilgang på helsepersonell, blant annet gjennom Fredskorpsets ordning for helsepersonellutveksling, og dels koordinerer og investerer vi komplementært til annen internasjonal innsats som fremmer helsepersonelløsninger.

Regjeringen vil fortsette å arbeide ut fra en helhetlig tilnærming til helsepersonellkrisen som ivaretar både innenriks- og utenrikspolitiske hen-

syn med hensyn til rekruttering, forebygging av negative konsekvenser ved migrasjon og helsepersonellutdanning. Videre skal Norge bidra til gjennomføringen av WHOs retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

## Utdanning av helsepersonell for fremtiden

En bredt sammensatt gruppe uavhengige eksperter fra en rekke land har på eget initiativ utarbeidet en rapport om utdanning av framtidens helsepersonell.<sup>1</sup> Arbeidet ble finansiert av bl.a. Bill & Melinda Gates Foundation og Rockefeller Foundation, og rapporten ble publisert i det anerkjente medisinske tidsskriftet *The Lancet* i desember 2010. Foranledningen var hundreårsjubileet for en tilsvarende rapport, «The Flexner Report», som la mye av grunnlaget for moderne medisnutdanning.

Rapporten befatter seg hovedsakelig med utdanning innenfor medisin, sykepleie og folkehelse. Perspektivet er globalt, med stor vekt på likhet og sosial rettferdighet. Den påviser store skjevheter i fordelingen av ressurser til helsetjenester og utdanning av helsepersonell sett i forhold til folketall og sykdomsbyrde i ulike deler av verden: Mens nasjonalinntekten i de rikeste landene er i størrelsesorden 100 ganger høyere enn i de fattigste, er helseutgiftene per hode 1000 ganger høyere. Når det gjelder utdanning, er 31 land helt uten medisnutdanning, hvorav 9 er i Afrika sør for Sahara, mens ytterligere 44 land har bare én medisnutdanning (hvorav 17 i Afrika sør for Sahara). Et beslektet problem er hjerneflukt; et eksempel som nevnes, er at 61 % av legene som ble utdannet i Ghana mellom 1985 og 1994, hadde forlatt landet i 1997.

For alle deler av verden finner rapporten at investeringene i utdanning av helsepersonell er svært lave, i størrelsesorden 2 % av de samlede utgiftene til helsetjenester. I USA brukes det for eksempel mer på yoga, alternativ medisin og kost-

tilskudd enn de samlede budsjettene til de medisinske fakultetene inkludert forskning og klinisk virksomhet. Det anbefales derfor en kraftig økning i investeringene.

Forfatterne mener videre at utdanningene er stivnede, statiske, utdaterte og preget av kunstige profesjongrensar og revirtenkning, og anbefaler gjennomgripende reformer. I tillegg til konsekvensene av globaliseringen begrunnes behovet for endring med kjente utviklingstrekk: en aldrende befolkning, nye pasientgrupper, flerkulturelle samfunn, kroniske sykdommer og mer krevende pasienter og pårørende, sammen med økt vekt på omsorg, helhetlige pasientforløp og forebygging i tjenestene og dermed på primærhelsetjenesten. Studentene i alle typer helsefaglige utdanninger vil derfor trenge mer praksis i første linjen. En annen hovedanbefaling er å styrke kunnskapsgrunnlaget for profesjonsutdanning og profesjonsutøvelse gjennom satsing på praksisnær forskning.

Rapportens hovedanbefalinger er delt inn i pedagogiske og strukturelle tiltak (hhv. «instructional reforms» og «institutional reforms»):

«Instructional reforms»:

- kursbeskrivelser basert på læringsutbytte
- fremme tverrfaglighet, samarbeid og generiske ferdigheter (kommunikativ kompetanse, samarbeidsevner, ledelse osv.)
- utnytte IKT bedre i utdanningene
- trekke på global kunnskap, men tilpasse den lokalt
- bedre finansiering av utdanningene og kompetanseheving av personalet
- bryte ned profesjongrensene og fremme felles holdninger, verdier og atferd

«Institutional reforms»:

- tettere samarbeid utdanning – helsevesen
- mer vekt på og samarbeid med primærhelsetjenesten i utdanningene
- tiltak for å utjevne geografiske forskjeller, kjønnsforskjeller mv.
- danne globale allianser mellom utdanningsinstitusjoner der også andre relevante partnere er med

<sup>1</sup> [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext?\\_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext?_eventId=login)

**Vedlegg 6**

## Styring av universitets- og høyskolesektoren

### Styringsvirkemidler

Det ligger et element av styring i det meste av virksomheten i et departement og dialogen med underliggende sektor. Styringsdialogen mellom departementet og de statlige høyere utdanningsinstitusjonene (UH-institusjonene) holdes løpende gjennom hele året, og omfatter alt fra oppfølging av mindre hendelser som oppstår til større planlagte prosesser og etatsstyringsmøter.

Departementet ved statsråden har et konstitusjonelt og politisk ansvar for å styre og følge opp underliggende institusjoner innenfor de rammene som er trukket opp av Stortinget gjennom vedtak av budsjett, lover og behandling av stortingsmeldinger og eventuelle andre vedtak og føringer.

Grovt sett kan departementets styringsvirkemidler overfor UH-sektoren presenteres i tre kategorier:

### Lov og annet regelverk

#### Universitets- og høyskoleloven

Universitetene og høyskolenes virksomhet er relativt omfattende regulert gjennom universitets- og høyskoleloven, som er felles for både statlige og private virksomheter. Loven oppstiller de overordnede formålene og forventningene til UH-institusjonene innenfor deres kjerneområder: utdanning, forskning og kunstnerisk utviklingsarbeid og formidling. Loven gir nærmere presiseringer av hvordan virksomheten innenfor disse områdene skal innrettes for å bidra til samfunnsutviklingen, herunder nasjonal verdiskapning, deltakelse i samfunnsdebatten, institusjonenes samhandling med regionale og lokale aktører, museumsvirksomhet mv. Loven innebærer således en fastsettelse av UH-institusjonenes helhetlige samfunnsoppdrag.

Loven har også bestemmelser til vern om akademisk frihet og ansvar for å sikre grunnleggende akademiske verdier og UH-institusjonenes og den

enkelte vitenskapelig ansattes faglige uavhengighet. Videre setter loven UH-institusjonene i en særstilling i statlig forvaltning ved at de har ansvarlige styrer og er gitt en rekke fullmakter til selv å organisere sin virksomhet, opprette og legge ned studietilbud mv. Dette er fullmakter som forvaltningsorganer normalt ikke har, men som er gitt universitetene og høyskolene for å sikre faglig og institusjonell autonomi i tråd med akademiske tradisjoner og for å bidra til at institusjonene har handlingsrom og -evne til å kunne møte de utfordringene de står overfor.

For de statlige universitetene og høyskolene er det likevel gitt rammer for organiseringen, ved at det blant annet er fastsatt bestemmelser om styresammensetning og alternative modeller for organisering av den øverste ledelsen. Loven slår fast at styret selv kan bestemme om det skal ledes av en valgt rektor eller at institusjonen har tilsatt rektor og ekstern styreleder.

Loven har også en rekke bestemmelser som regulerer den konkrete virksomheten, særlig på utdanningssiden, for eksempel om eksamensgjennomføring, klageordninger mv. Dette har vært ansett som spesielt viktig for å sikre studentenes rettssikkerhet og nasjonale standarder og likebehandling. Det er også fulgt opp gjennom en rekke forskrifter til loven, blant annet om opptak, godkjenningssystemer og akkreditering. Universitets- og høyskoleloven har også bestemmelser om nasjonale godkjenningsordninger og faglig tilsyn, som ivaretas av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT). NOKUT er et faglig uavhengig tilsynsorgan som ikke kan instrueres av departementet utover rammene som er gitt gjennom lov og forskrift.

#### Rammeplaner

Selv om UH-institusjonene i utgangspunktet er faglig uavhengige og selv fastsetter sine studieplaner og det faglige innholdet i utdanningene, er det for en rekke profesjonsutdanninger fastsatt nasjonale rammeplaner som på overordnet

nivå regulerer innretning og innhold i utdanningene.

Rammeplanene med tilhørende forskrift angir mål og formål for utdanningene, viser utdanningenes omfang og innhold og gir retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsformer. Rammeplanene er forpliktende for institusjonene, de tilsatte, studentene og representantene for praksisopplæringen og skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige uavhengig av institusjon. Det finnes i dag rammeplaner for totalt 18 grunnutdanninger og 11 videreutdanninger. De fleste av disse er bachelorutdanninger i ulike helse- og sosialfag.

### Yrkeskvalifikasjonsdirektivet

Direktiv 2005/36/EF om godkjenning av yrkeskvalifikasjoner setter minimumskrav til utdanning for en del regulerte yrker. For helseyrker gjelder dette leger, herunder spesialistleger, tannleger, sykepleiere, jordmødre og farmasøyter.

### Andre lovverk

I tillegg til forskrifter og annet regelverk som er fastsatt av KD, må institusjonene forholde seg til et omfattende regelverk som gjelder for statlige forvaltningsorganer. Dette gjelder blant annet forvaltningsloven, økonomireglementet i staten, anskaffelsesregelverket og generelle retningslinjer og rundskriv fra andre departementer, herunder statens personalhåndbok, målbruksloven, arkivloven, særlige bestemmelser i likestillingsloven, offentlighetsloven mv.

### Finansiering

De statlige universitetene og høyskolene er nettobudsjetterte, hvilket innebærer at de får sine midler over statsbudsjettet tildelt som en ramme og har mulighet til å planlegge sin økonomi i et flerårig perspektiv og til å gjøre strategiske, økonomiske avsetninger mellom budsjettår. Institusjonene omtales ofte som forvaltningsorganer med særskilte fullmakter. Vide fullmakter har vært ansett som særlig viktig for UH-institusjonenes handlingsrom og frihet, og gir mulighet til å kunne foreta selvstendige prioriteringer og satsinger i en langt større grad enn for ordinære forvaltningsorganer som er såkalt bruttobudsjetterte, med spesifisert inntekts- og utgiftsside i statsbudsjettet.

Rammebevilgningen til UH-institusjonene er satt sammen av tre komponenter: 1) en langsiktig og strategisk bevilgning som er fastsatt på bakgrunn av særskilte prioriteringer over tid for de ulike institusjonene, 2) resultatbasert uttelling for resultater innenfor utdanning og 3) uttelling for resultater innenfor forskning.

Styret ved den enkelte institusjon har ansvar for å forvalte og prioritere den samlede bevilgningen best mulig for å nå målene for institusjonen og for sektoren. Styret har ansvar for strategisk og faglig utvikling av institusjonen og at den er i tråd med de målene myndighetene har satt og samfunnets behov.

Finansieringssystemet, dvs. summen av langsiktig og strategisk ramme og resultatbasert uttelling, er et nasjonalt system og er i hovedsak likt for alle institusjoner, uavhengig av type institusjon og av om de er statlige eller private. Et felles finansieringssystem støtter opp under UH-institusjonenes autonomi ved at de selv kan bestemme hvilke aktiviteter og områder de vil satse på. UH-institusjonene har imidlertid et selvstendig ansvar for å fastsette intern budsjettfordelingsmodell. Den enkelte institusjon må altså selv vurdere i hvilken grad de nasjonale insentivene for utdanning og forskning kan reflekteres i den interne fordelingen av midler, eller om det er behov for andre mekanismer for å støtte opp under egne strategier ved institusjonene.

Departementet kan i tillegg øremerke midler til spesielle tiltak og gjennom spesielle satsinger i budsjettsammenheng. De senere årene er det blitt mindre bruk av denne typen føringer i budsjettsammenheng, nettopp for å støtte opp om institusjonenes autonomi og for å ansvarliggjøre dem til selv å foreta egne avveininger av behov og utfordringer.

I tillegg kommer midler gjennom Norges forskningsråd og fra EU, og de føringene som slike programmer og tildelinger kan innebære. Disse holdes imidlertid utenfor i denne sammenheng.

### Eierstyring

De statlige universitetene og høyskolene er organisert som forvaltningsorganer med departementet som eier. Dette innebærer at UH-institusjonene er direkte underlagt departementets instruksjonsmyndighet, med mindre denne er avskåret i lov – hvilket er tilfelle for akademisk frihet og individuelle ansettelser og utnevnelser, jf. universitets- og høyskoleloven § 1-5 tredje ledd. Styret er



det øverste organet ved institusjonen, men departementet har altså et stort ansvar for UH-institusjonenes løpende virksomhet. Dette ansvaret følges løpende opp av Riksrevisjonen gjennom kontroll og korrespondanse med departementet og med institusjonene. Særlig på det økonomisk-administrative området har derfor departementet en løpende styringsaktivitet overfor sektoren, som kan innebære særlig oppfølging av institusjoner som har spesielle problemer eller utfordringer i virksomheten.

### Mål- og resultatstyring

Mål- og resultatstyring er det overordnede styringsprinsippet i staten. I henhold til økonomireglementet i staten skal Kunnskapsdepartementet legge dette til grunn i styringen av UH-institusjonene, og institusjonene skal bruke mål- og resultatstyring i planlegging og oppfølging av sin interne virksomhet. Departementet har på bakgrunn av dette fastsatt en målstruktur som et overordnet rammeverk for styring. Målstrukturen gjelder for alle de statlige universitetene og høyskolene, og institusjonene skal legge opp sin interne virksomhetsstyring etter denne. Institusjonene skal selv fastsette egne mål og strategier tilpasset den enkelte institusjons egenart, utfordringer og risiko.

Fra 2012 er målstrukturen for sektoren endret ved at institusjonene selv skal fastsette egne virksomhetsmål i stedet for at dette gjøres av departementet. Dette gir institusjonene enda større handlingsrom til å definere og utvikle egen virksomhet, samtidig som det gir institusjonene et utvidet ansvar for utvikling og styring.

### Tildelingsbrev

På bakgrunn av og i etterkant av Stortingets behandling av statsbudsjettet sender departementet egne tildelingsbrev til hver enkelt institusjon, der de stiller Stortingets tildeling til disposisjon. I tillegg til opplysninger om midlene som tildeles, inneholder tildelingsbrevet også informasjon om de forutsetningene som er satt for tildelingen, og presenterer de målene departementet har satt for institusjonene, jf. over. I tillegg inneholder tildelingsbrevet mer praktisk informasjon om fullmakter og krav til rapportering.

### Aktivitetskrav

I forbindelse med avskaffelsen av måltall innførte departementet aktivitetskrav for enkelte utdannin-

ger med særlig behov for å sikre nok kandidater til fagområder der det vurderes som nødvendig med nasjonal dimensjonering basert på samfunnets behov for kompetanse. Det er videre et politisk ønske at institusjonene tilbyr utdanninger som skal dekke de ulike regionenes behov for personell. Aktivitetskrav benyttes primært innenfor helsefag, og berører nesten alle statlige institusjoner og noen private. I 2012 omfatter de 21 utdanninger, hvorav sykepleierutdanningen er den desidert største. Kravet til den enkelte institusjon og fagfordeling framgår av *Orientering om forslag til statsbudsjett for universiteter og høyskoler* («Blått hefte»). For de fleste av utdanningene defineres kravet som antall 60-studiepoengsenheter som må være avlagt det første studieåret. For enkelte videreutdanninger innenfor sykepleie (ABIOK) som ikke har årlig opptak, defineres kravet som gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Departementet måler med andre ord ikke antall ferdige kandidater gjennom aktivitetskravene, men resultater i første studieår. Det innebærer at aktivitetskravene ikke korrigeres for eventuelt frafall underveis i studieløpet.

### Departementets oppfølging av sektorens resultater – etatsstyring

Departementet følger opp institusjonenes resultater og måloppnåelse gjennom en tilstandsrapport som utarbeides hvert år for hele sektoren, og gjennom egne analyser av resultatene ved den enkelte institusjon. På bakgrunn av disse analysene har departementet gjennomført årlige etatsstyringsmøter med hver enkelt institusjon der de på et overordnet nivå gir institusjonen tilbakemeldinger om resultater, strategier og forventninger framover. Det er nær sammenheng mellom målstruktur, tildelingsbrev og etatsstyringsmøtene, slik at endringer i ett ledd av «kjeden» må reflekteres i de andre.

I tillegg til etatsstyringsmøtene gjennomfører departementet egne dialogmøter med institusjoner der det foreligger spesielle forhold som krever oppfølging.

Departementet vil legge om etatsstyringsmøtefrekvensen fra og med 2013, der halvparten av institusjonene i sektoren innkalles til etatsstyringsmøter i 2013 og de øvrige i 2014. Departementet vil ha dialog med sektoren om rammene for og konsekvensene av en slik omlegging. Selv om departementet går over til å avholde etatsstyringsmøter annet hvert år, vil det uansett måtte gjennomføres en resultatevaluering av virksomhetene årlig med departementets tilbakemelding.

For institusjoner der det foreligger spesielle forhold, må det i tillegg vurderes om det skal avholdes etatsstyringsmøter i år der det opprinnelig

ikke er planlagt møte med den aktuelle institusjonen.

---

**Vedlegg 7**

## Definisjoner

Nedenfor defineres noen begreper knyttet til helse- og velferdstjenestene og de helse- og sosialfaglige utdanningene.

---

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)	Samlebetegnelse for den statlige Arbeids- og velferdsetaten (en sammenslåing av arbeidsmarkedssetaten og trygdeetaten) og de kommunale tjenestene som utføres ved NAV-kontorer.
Autorisasjon	Bekreftelse på at noen oppfyller de formelle og faglige kravene for godkjenning til å utøve et yrke.
Etterutdanning	Opplæring som ikke er formelt kompetansegivende på grunnskolenivå eller innenfor videregående opplæring, fagskoleutdanning eller høyere utdanning. Begrepet omfatter et vidt spekter av opplæringstiltak som varierer både i lengde, omfang og når det gjelder dokumentasjonstyper.
Fagskoleutdanning	Yrkesrettet utdanning av et halvt til to års varighet som bygger på videregående opplæring og gir kompetanse som kan tas i bruk i arbeidslivet uten ytterligere opplæring.
Folkehelse	Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.
Folkehelsearbeid	Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler. Omfatter innsats for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.
Kommunale helse- og omsorgstjenester	Offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.
Kunnskapsbasert praksis	Det å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.
Kvalifikasjonsrammeverk	Systematisk oversikt over kvalifikasjonene som kan oppnås i et utdanningssystem eller innenfor et utdanningsnivå. Beskriver læringsutbyttet det forventes at alle kandidater som har fullført utdanning på det aktuelle nivået skal ha ved endt utdanning. Læringsutbyttet beskrives i form av kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse.
Pasientforløp	En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.

---

Praksisbrev	Forsøksprosjektet med tilrettelagt videregående opplæring med vekt på praktisk opplæring de første årene, med mulighet til å avlegge en praksisbrevprøve etter to års opplæring.
Praksiskandidat	Privatist til fag- eller svenneprøve. Krav om fem års praksis i faget for å melde seg til prøven.
Praksisrettet forskning	Forskning som tar utgangspunkt i praksisutøvelse og erfaringskunnskap og som utføres i overensstemmelse med anerkjente vitenskapelige prinsipper. Feltet omfatter kunnskapsutvikling med ulike teoretiske perspektiver og metodiske tilnærminger, som for eksempel klinisk forskning eller annen empirisk forskning.
Rammeplan	Forskrift som fastsetter nasjonale standarder for innholdet i visse utdanninger med beskrivelse av mål, eventuelle obligatoriske emner, krav til praksis mv.
Spesialisthelsetjenesten	Et spesialisert nivå av helsetjenester, for eksempel sykehus, i motsetning til primærhelsetjenesten som pasientens første kontaktpunkt.
Spesialistutdanning	Kompetanseheving regulert i forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Gjelder leger, tannleger og optikere. De som godkjennes har tittelbeskyttelse i henhold til helsepersonelloven § 74. I tillegg bruker flere yrkesorganisasjoner betegnelsen spesialistutdanning knyttet til bransjebaserte ordninger der personer som har gjennomgått ulike utdanningsløp, får en bransjegodkjenning som spesialist innen et avgrenset fagområde.
TAF	Tekniske fag og allmennfag. Ordning i videregående opplæring som er initiert lokalt, og der skolen og lærebedriften til sammen gir en opplæring hvor eleven får både fag- eller svennebrev og studiekompetanse.
Tverrprofesjonell samarbeidslæring	Når studenter fra to eller flere yrkesretninger lærer om, av og sammen med hverandre, dvs. interaktiv læring der en både erfarer tverrprofesjonelt samarbeid og lærer om hverandres kompetanseområder.
Utdanningsprogram (videregående opplæring)	Tidligere kalt studieretning. Det er tre studieforbereidende utdanningsprogrammer og ni yrkesfaglige utdanningsprogrammer.
Videreutdanning	En studiepoenggivende utdanning utover grunnutdanningen som gis ved universiteter og høyskoler. Videreutdanningene innebærer oftest en spesialisering i forhold til grunnutdanningen.
Y-vei	Adgang til opptak til tilrettelagte utdanningstilbud ved universitet eller høyskole for søkere med eksamen fra yrkesfaglig studieretning i videregående skole som mangler generell studiekompetanse

---

**Vedlegg 8****Litteratur**

- Aftenposten (2011): *Innvandrerhelse*. Nyhetsopp-  
slag 16.4.2011 <http://eavis.aftenposten.no/aftenposten/86271/archive/demo/?page=20>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartemen-  
tet (2009): *Handlingsplan for å fremme likestil-  
ling og hindre etnisk diskriminering 2009 –  
2012*.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartemen-  
tet (2009): *Norge universelt utformet 2025: Regjeringens handlingsplan for universell utfor-  
ming og økt tilgjengelighet 2009-2013*.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartemen-  
tet (2011): *Likestilling 2014: Regjeringens  
handlingsplan for likestilling mellom kjønnene*.
- Barnevernpanelet (2011): *Barnevernpanelets rap-  
port*.
- Birkelund, G. E. og T. Pedersen (2005): «Det nor-  
ske likestillingsparadokset. Kjønn og arbeid i  
velferdssamfunnet». I Frønes, I. og Kjølørød, L.  
(red.): *Det norske samfunn* (5. utgave). Gylden-  
dal Akademisk, Oslo.
- Bjørke, G. (red.) (2009): *Samarbeid på tvers av  
profesjongrenser: Kvalifisering for tverrprofesjo-  
nelt samarbeid i helse- og sosialsektoren*. HiO-  
rapport 2009 nr. 1.
- Bjørnstad, R., m.fl. (2008): *Tilbud og etterspørsel  
etter arbeidskraft etter utdanning, 1986-2025*.  
Rapporter 2008/29, Statistisk sentralbyrå.
- Brandt, E. (2005): *Kartlegging av praksisbasert  
høyere utdanning*. NIFU STEP skriftserie 8/  
2005.
- Brandt, E., T. Thune og O.B. Ure (2009): *Tilbud og  
etterspørsel av etter- og videreutdanning i  
Norge: En analyse av status, strategier og sam-  
spill*. NIFU STEP Rapport 6/2009.
- Brevik, I. (2010): *De nye hjemmetjenestene – langt  
mer enn eldresomsorg: Utvikling og status i  
yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-  
2007*. NIBR-rapport 2010:2.
- Carpenter, J. og H. Dickinson (2008): *Interprofessi-  
onal education and training*. Bristol: Policy  
Press.
- Clark, P. G. (2010): «Examining the interface be-  
tween interprofessional practice and education:  
Lessons learned from Norway for promoting  
teamwork». I *Journal of Interprofessional Care* 25.
- Clausen, S. E. og L.B. Kristofersen (2008): *Barne-  
vernsklienter i Norge 1990-2006: En longitudi-  
nell studie*. NOVA-rapport nr. 3/08.
- Direktiv 2005/36/EF.
- Eeg Larsen, Sissel (2003), *Forholdet mellom offent-  
lig og private helsetjenester*.  
[http://home.hio.no/~sissele/fag\\_samf/fag/  
helsepolitikk/forvaltning/privat.htm](http://home.hio.no/~sissele/fag_samf/fag/helsepolitikk/forvaltning/privat.htm)
- Eide, T.H. og V. Johansen: *Jakten på arbeidsgleden  
i ungdomsbedriften: Resultater fra følgevalue-  
ring av prosjektet*. Østlandsforskning, ØF-rap-  
port nr. 09/2007.
- Fauske, H. m.fl. (2006): *Utakter: Om helse- og sosi-  
alfaglige kompetanse i utdanning og praksis*.  
Oslo: Gyldendal.
- Folkehelseinstituttet (2010): *Folkehelse rapport  
2010: Helsetilstanden i Norge*. Rapport 2010:2.
- Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartemen-  
tet (2011): *Handlingsplan for samiske språk –  
status 2010 og videre innsats 2011*.
- Frøland, O. (2005): *Fra student til sykepleier:  
Dokumentasjonsrapport fra fase 1 og 2 av pro-  
sjektet «Sykepleiernes yrkesforløp og yrkesver-  
dier»*. FoU-rapport 1/2005, Diakonissehjem-  
met høgskole.
- Hansen, I. L. S. og A. B. Grønningsæter (2010):  
*Nye velferdssignaler: En analyse av stortings-  
meldinger og offentlige utredninger om velferds-  
politikken*. Fafo-rapport 2010:40.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007a): *Hand-  
lingsplan for bedre kosthold i befolkningen  
(2007-2011)*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007b): *Utgrei-  
ing om behov for videreutdanning i akuttmedi-  
sin/prehospitalt arbeid for ambulansepersonell*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *En hel-  
hetlig gjennomgang av de prehospitale tjenes-  
tene med hovedvekt på AMK-sentralene og  
ambulansepersonell*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010): *Samspill  
2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhand-  
ling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013*.
- Helsedirektoratet (2007): *Solidarisk politikk for  
rekruttering av helsepersonell*. IS-1490.

- Helsedirektoratet (2010a): *Nybyrjarstillingar for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar*. IS-1783.
- Helsedirektoratet (2010b): *Folkehelsearbeidet – god helse for alle*. IS-1846.
- Helsedirektoratet (2010c): *Årsrapport 2009: Omsorgsplan 2015*. IS-1848.
- Higher Education Strategy Associates (2010): *Global Higher Education Rankings 2010: Affordability and Accessibility in Comparative Perspective*.
- Høst, H. (2004): *Kontinuitet og endring i pleie- og omsorgsutdanningene*. Rokkansenteret rapport 4/2004.
- Høst, H. (2010): *Helsefagarbeiderutdanning for voksne*. NIFU STEP rapport 25/2010.
- Innst. S. nr. 139 (2008-2009).
- Innst. 11 S (2009-2010).
- Innst. 212 S (2009-2010).
- Innst. 12 S (2010-2011).
- Johansen, V., A. Skålholt og T. Schanke: *Entreprenørskapsopplæring og elevenes læringsutbytte*. Østlandsforskning, ØF-rapport nr. 08/2008.
- Jonassen, W. m.fl. (2008): *Kunnskap – kvalitet – kapasitet: En nasjonal utredning om krisesentrenes kompetanse og tilgjengelighet*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2008 rapport 2.
- Kunnskapsdepartementet: Forskrift om opptak til høyere utdanning.
- Kunnskapsdepartementet: Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning.
- Kunnskapsdepartementet: Forskrift til opplæringslova.
- Kunnskapsdepartementet: Lov om universiteter og høyskoler.
- Kunnskapsdepartementet (2010): *Tilbud og etterspørsmål etter høyere utdannet arbeidskraft*. Rapport.
- Kunnskapsdepartementet (2011): *Forskningsbarometeret 2011: Kunnskap for framtida*. Rapport.
- Kunnskapsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet og Nærings- og handelsdepartementet (2009): *Handlingsplan for entreprenørskap i utdanningen – fra grunnskole til høyere utdanning 2009-2014*.
- Kyvik, S. (2007): *Høyskolesektorens rolle i utdannings- og forskningssystemet i Vest-Europa*. NIFU STEP-rapport 37/2007.
- Kyvik, S. og I. M. Larsen (2006): *Tolv år etter høgskolereformen – en statusrapport om FoU i statlige høgskoler*. NIFU STEP Rapport 7/2006.
- Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.
- Meld. St. 9 (2011-2012) *Om landbruks- og matpolitikken*.
- Meld. St. 11 (2011-2012) *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*.
- NAKU (2007): *Helseoppfølging av personer med utviklingshemming*. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming, desember 2007.
- NAV (2010): *NAVs organisasjon og virkemåte*. Delrapport 1 fra Ekspertgruppen som vurderte oppgave- og ansvarsfordelingen i NAV. Avgitt 30. april 2010.
- NIFU (2011): *Evalueringsrapport av Kompetanseløftet 2015: Underveisrapport nr. 3*. Rapport 1/2011.
- NIFU (2011): *Evalueringsrapport av norske forskningsmiljøer innen muskel- og skjelettlidelser*. Rapport 2/2011.
- Norges forskningsråd (2011): *Public Health and Health-related Research*. Evaluering.
- NOU 1998:9 *Hvis det haster*.
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt: En sammenhengende helsetjeneste*.
- NOU 2008:3 *Sett under ett: Ny struktur i høyere utdanning*.
- NOU 2008:18 *Fagopplæring for framtida*.
- NOU 2009:08 *Kompetanseutvikling i barnevernet*.
- NOU 2010:5 *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering*.
- NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*.
- Ot.prp. nr. 39 (2006-2007): *Om lov om endringer i lov 20. juni 2003 nr. 56 om fagskoleutdanning*. Kunnskapsdepartementet.
- Pedersen, A.R. m.fl. (2009): *En helhetlig gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentralene og ambulansetjenesten*. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2010-2011).
- Prop. 91L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2011-2012). Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Rambøll (2010): *Utredning av hvordan tilbud innenfor høyere utdanning kan bidra til å dekke langsiktige kompetansebehov i arbeids- og velferdsforvaltningen*. Sluttrapport for Arbeidsdepartementet.
- Rønning, R., Schanke, T. og Johansen, V. (2009): *Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen*. Østlandsforskning, ØF-rapport nr. 11/2009.
- Sande, S.A. m.fl. (2009): *Rapport fra utvalg for utredning av modeller for farmasøytisk utdanning i Norge 2009*. Til det Nasjonale profesjonsrådet for farmasiutdanning.

- Sentio Research Norge (2011): *Rapportering fra krisesentrene 2010*.
- Sjetne, I.S. (2011): *Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus: Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009*. Notat fra Kunnskapscenteret 2011.
- Smeby, J.-C., og Vågan, A. (2008). «Recontextualising professional knowledge – newly qualified nurses and physicians». *Journal of Education and Work*, 21(2), 159-173.
- Smeby, J.-C. og S. Mausestaden (2011): «Kvalifisering til 'velferdsstatens yrker'». I SSB: *Utdanning 2011*.
- Sneltvedt, T., Odland, L.H. og Sørli, V. (2009): «Standing on one's own feet: New graduate nurses' home health care challenges and work experience». *Home Health Care Management & Practice*, 22, 262-268.
- Sneltvedt, T., og Sørli, V. (2011): «Valuing professional pride and compensating for lack of experience: Challenges for leaders and colleagues based on recently graduated nurses' narratives». *Home Health Care Management & Practice*. Publisert online 2011: <http://hhc.sagepub.com/content/early/2011/07/05/1084822311412592>
- Sosial- og helsedirektoratet (2005a): *Rapport nr. 2. Rekruttering for bedre kvalitet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005b): *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. IS-1162.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Utredning om eventuell etablering av kiropraktorutdanning i Norge*.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007): *Utgreining av behov for videreutdanning i akuttmedisin/pre-hospitalt arbeid for ambulansepersonell*.
- Statistisk sentralbyrå (2007): *Sosial trygghet: Flest unge på sosialhjelp. Samfunnsspeilet 5-6/2007*.
- Statistisk sentralbyrå (2009): *Innvandrere og ikke-bosatte 15-74 år med helse- og sosialfaglig utdanning sysselsatt i helse- og sosialtjenester*. <http://www.ssb.no/06/01/hesospers/tab-2011-06-09-08.html>
- Statistisk sentralbyrå (2010) *Barn og unge i barnevernet*. <http://www.ssb.no/emner/03/03/barnevern/>
- St.meld. nr. 42 (1997-1998) *Kompetansereformen*.
- St.meld. nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring: Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*.
- St.meld. nr. 43 (1999-2000) *Om akuttmedisinsk beredskap*.
- St.meld. nr. 15 (2000-2001) *Nasjonale minoriteter i Norge*.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer*.
- St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – framtidas tannhelsetjeneste*.
- St.meld. nr. 39 (2006-2007) *Frivillighet for alle*.
- St.meld. nr. 7 (2007-2008) *Statusrapport for Kvalitetsreformen i høgre utdanning*.
- St.meld. nr. 18 (2007-2008) *Arbeidsinnvandring*.
- St.meld. nr. 14 (2008-2009) *Internasjonalisering av utdanning*.
- St.meld. nr. 44 (2008-2009) *Utdanningslinja*.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*.
- St.meld. nr. 6 (2010-2011) *Likestilling for likelønn*.
- St.meld. nr. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*.
- St.prp. nr. 46 (2004-2005) *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*.
- St.prp. nr.37 (2008-2009) *Om endringer i statsbudsjettet for 2009 med tiltak for arbeid*.
- Torp, Tor R. (2010): «Er vernepleierutdanningen fortsatt ønsket – og er den relevant?» *Vernepleierboka 2010 – 20 år etter reformen*, s.154-86. Fellesorganisasjonen (FO), Oslo.
- Universitets- og høyskolerådet (2010): *Fokus på praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene*. UHR-rapport, april 2010.
- Universitets- og høyskolerådet (2011): *Skikkethetsarbeid i UH-institusjonene*. UHR-rapport, mars 2011.
- Utdanningsdirektoratet (2010): *Utdanningsspeilet 2009: Tall og analyse av grunnopplæringen i Norge*.
- Utdanningsdirektoratet (2011): *Utdanningsspeilet 2011*.
-

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:  
Departementenes servicesenter  
Internett: [www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:  
Fagbokforlaget  
Postboks 6050, Postterminalen  
5892 Bergen  
E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)  
Telefon: 55 38 66 00  
Faks: 55 38 66 01  
[www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

Publikasjonen er også tilgjengelig på  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)

Omslagsillustrasjon: Anne Leela, Gjerholm Design

Trykk: 07 Oslo AS – 02/2012

