



Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres referanse: 22/2404
Vår referanse: 22/00001-222
Vår dato: 14.09.2022

Fellesorganisasjonen (FO)
Mariboegate 13
0183 Oslo

Postadresse:
Pb. 4693 Sofienberg
0506 Oslo

Telefon:
+47 919 19 916

E-post:
kontor@fo.no

Bankgiro: 9001.06.35674

Bankgiro kontingent:
9001.08.71394

Org.nr:
870 953 852 MVA

fo.no

FOs innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Fellesorganisasjonen (FO) er fagforeningen for sosialarbeidere. Vi organiserer over 33 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere.

FO takker for muligheten til å gi innspill til kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan. FO arbeider blant annet for å bedre vilkårene til utsatte grupper i samfunnet. Våre innspill hensyntar derfor situasjonen- og behovet til personer med rusutfordringer, psykiske helseplager, barn i utsatte posisjoner og personer med funksjonsnedsettelse spesielt. FO har fått innspill fra medlemmer, fylkesavdelinger og faggruppen for medlemmer som arbeider i somatiske sykehus i forbindelse med dette innspillet.

Vansker med kommunikasjon mellom helsetjenestene

Mangel på kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen byr på store utfordringer¹. Ikke-integrerte og/eller utdaterte datasystemer fører til dårlig- eller ingen informasjonsflyt mellom helse- og omsorgstjenestene. Dette kan, helt konkret, gi utslag som at spesialisthelsetjenesten og/eller fastlegen ikke har tilgang til pasientens legemiddelkort². FO mener at arbeidet med «En innbygger, én journal» må prioriteres tungt. Slik situasjonen er nå, har pasient/bruker mange ulike journaler rundt omkring i helse- og velferdstjenestene. Aktørene i helsetilbudet har ikke tilgang til hverandres journaler. Dette fører til store mengder merarbeid, for eksempel når journaler må oppsummeres, og sendes videre. Dersom sikker overføring ikke er mulig, eller funksjoner ved datasystemene setter stopper for dette, må helseopplysninger sendes i

¹ [Samhandling om kvardagsrehabilitering – ein kvalitativ studie | Tidsskrift for omsorgsforskning \(idunn.no\)](#)

[Samarbeidsutfordringer i norsk helsetjeneste – betydning for klinisk arbeid | Tidsskrift for omsorgsforskning \(idunn.no\)](#)

² [Nasjonal handlingsplan for e-helse 2017-2022.pdf](#)

posten- eller via faks. Dette er uholdbart. Videre er det en utfordring at enkelte profesjoner, som barnevernspedagoger og sosionomer som arbeider i helsetjenestene ikke får de samme tilgangene til journalene som andre profesjoner, på bakgrunn av at de ikke er autorisert personell. Dette er feil praksis som ikke har grunnlag i lov, men er likevel en stor utfordring.

FOs faggruppe for medlemmer i sykehusene (sykehussosionomene) påpeker at det er et behov for en tilsvarende sosionomtjeneste i kommunene. Sosionomene kan utgjøre en vesentlig forskjell innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid. Faggruppen ser at sosionomer i kommunene i mindre grad er tilgjengelig for befolkningen, og at henvendelser når pasienten er i kontakt med spesialisthelsetjenesten ikke nødvendigvis henger sammen med årsaken til at pasienten er i kontakt. Det kunne vært forhindre med en bedre kartlegging i forkant. På samme vis mangler det et tilbud i kommunene som spesialisthelsetjenesten ikke har mulighet til å dekke, og det handler om utskriving av pasienter og videre oppfølging i kommunene.

SINTEFs evaluering av pakkeforløp for psykisk helse og rus fra 2021³, viser at det er store utfordringer knyttet til samhandling og samarbeid både internt og eksternt mellom tjenestetilbyderne. Videre kom det fram at tjenestetilbyderne var usikre på hvilke instanser som samarbeidet med hvem, og hvem som skulle ha hvilken informasjon. Dette gjaldt både offentlige og private aktører som var del av pakkeforløpene. Stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»⁴ slår fast at ordningen med individuell plan for pasienter/brukere med behov for koordinerte, sammensatte tjenester, ikke fungerer som den skal. Blant annet pekes det på at aktørene som bidrar i pasient/brukers individuelle plan jobber lite tverrfaglig, og samarbeider stykkevis basert på enkeltdiagnoser. Dette fører til oppstykket kommunikasjon. For å bedre tjenestetilbudet til pasient/bruker med behov for individuell plan, er det satt i gang et pilotprosjekt som tar sikte på å etablere tverrfaglige team rundt pasient/bruker. En statusrapport om denne piloten⁵, utarbeidet av SINTEF og NTNU, viser imidlertid at det har vært vanskelig for prosjektgruppa å få kommunisert ut hva som er nytt i dette prosjektet kontra arbeidet man allerede gjorde med individuell plan. Piloten tok i utgangspunktet sikte på å ferdigstilles i 2021. Blant annet på grunn av nettopp kommunikasjonsutfordringer har prosjektperioden blitt utvidet til 2023.

Et løft i kommunikasjonen mellom helsepersonell som behandler samme pasient/bruker, vil kunne forbedre- og effektivisere tjenestene. Antakelig vil pasient/bruker-tilfredsheten også bedres på denne måten. FO mener at anskaffelse av datasystemer som er enkle i bruk, hvor man i tillegg til å føre nødvendig helsedokumentasjon også kan kommunisere på tvers av tjenesteinstans, må prioriteres tungt. Dette fordrer selvfølgelig at personvern ivaretas. Der det er behov, bør et slikt datasystem også kunne benyttes til kommunikasjon på tvers av tjenestetilbud, eksempelvis til informasjonsutveksling mellom foreldrehjemmet, skole/arbeid og bolig/avlastning.

NAV er en svært sentral aktør i folkehelsearbeidet, og samarbeidet opp mot NAV er vesentlig for at særlig bekymringer for økonomi ikke skal bli en helseforverrende faktor når folk blir syke/skada. Her trengs bedre samhandlingsstrukturer. I Trondheim er for eksempel helseplattformen innført, men jobbspesialistene i IPS, en behandlingsretta metodikk for å få folk med helseutfordringer (psykisk helse, rus) i jobb får ikke være med i plattformen, selv om de jobber i integrerte helseteam der nettopp det å komme i og stå i jobb er en del av behandlingen. Dette skaper unødvendige hindre for god

³ [Microsoft Word - Rapport 2_pakkeforløp_revidert_1_mars \(sintef.no\)](#)

⁴ [Meld. St. 26 \(2014–2015\) \(regjeringen.no\)](#)

⁵ [2022-00096 Oppf%C3%B8lgningsteam hovedrapport signert.pdf \(unit.no\)](#)

samhandling mellom jobbspesialister, behandlere og de som nyttiggjør seg IPS-tilbudet.

Alle som har behov for koordinerte, sammensatte tjenester, har rett på en individuell plan (IP)⁶. I den forbindelse har man også rett på en koordinator for den enkeltes plan. Mange mennesker får verken individuell plan eller koordinator når de trenger det. Brukere opplever at det er forvirring knytta til hvem som har hvilket ansvar i koordinerende enhet. For å løse dette, må NAV prioritere å samarbeide tettere med koordinerende enhet, bruker og pårørende, Jfr lov om sosiale tjenester i Arbeids- og velferdsforvaltningen, §§12-14.

Helsetjenesten kommuniserer dårlig med pasient og pårørende

FO mener at god kommunikasjon- og informasjon mellom pasient/bruker er vesentlig for å kunne treffe selvstendige valg på vegne av egen helse. Dersom pasient/bruker har redusert kognitiv fungering, blir måten denne informasjonen meddeles på desto viktigere. Det bør derfor foreligge konkrete strategier for å bedre informasjonsflyten. Resultatene av en slik strategi må kunne måles og evalueres, slik at man hele tiden søker å forbedre kommunikasjonen og kan avdekke hvor utfordringene med kommunikasjon oppstår.

Både pasienter/brukere og behandlerne kan oppleve mangelfull informasjon i møte med ulike behandlingstilbud. I SINTEFs evaluering av pakkeforløp for psykisk helse og rus, fant man for eksempel at 45 prosent av deltakerne i studien ikke visste at behandlingstilbudet deres var en del av et pakkeforløp. Man fant også at de pårørende til pasienter/brukere som var i et pakkeforløp måtte «presse seg på» for å få den informasjonen de trengte. FO mener dette er spesielt problematisk når helsetjenestene er rettet mot personer som på grunn av funksjonsnedsettelse, rusutfordringer, psykiske helseplager eller som befinner seg i utsatte posisjoner, blant annet fremmedspråklige og innvandrere/flyktinger, skal motta helsehjelp. Personer innenfor denne gruppa kan ha vaker med å selv innhente- og prosessere slik viktig informasjon. Vi ønsker å understreke at det er helsetjenestens- og ikke de pårørendes- eller pasient/bruker selv sitt ansvar å formidle viktig informasjon om behandlingen som gis.

SINTEF har også evaluert pakkeforløp for behandling av kreft⁷. Der konkluderer de med at pasientene ofte ikke er bevisste på at de er en del av et pakkeforløp. Videre finner de også her at pasientene har stort informasjonsbehov når de står i en slik vanskelig livssituasjon. Man kan spørre seg om pakkeforløp i helsetjenesten er en ordning som skal videreføres.

I helsetjenestene til eldre kan det også se ut til at kommunikasjonen mellom tjenestetilbyder og pasient/bruker svikter. Sogstad og Bergland⁸ peker blant annet på lav bemanning og lite tid til den enkelte pasient/bruker som årsak til dette. Videre skriver de at kommunikasjonssvikten mellom tjenesteyter og bruker/pasient leder til mindre individuelt tilpassede- og mindre pasient/brukerstyrte helsetjenester.

Det er kjent at helsetjenestene kan ha utfordringer med å kommunisere om helse- og opplevelsen av egen helse med pasienter/brukere med minoritetsbakgrunn og deres pårørende⁹. Disse utfordringene kan lede til misforståelser og feilbehandling.

⁶ [Individuell plan - en rettighet - helsenorge.no](https://helsenorge.no/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter)
[Om individuell plan og koordinator - formål og rettigheter - Helsedirektoratet](#)

⁷ [Sluttrapport_Pakkefor%C3%B8p+for+kreft.pdf \(unit.no\)](#)

⁸ [Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter | Tidsskrift for omsorgsforskning \(idunn.no\)](#)

⁹ [Minoritetsbakgrunn | Naku](#)

I tillegg til dette er et av de store problemene i helsetjenestene er overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette gjelder både rus, psykisk helse og somatikk. Overgangene må bli bedre og smidigere, og her kan vi se for oss at sosialarbeidere i mye større grad kan være en del av dette. Sosialarbeidere som har ansvar for å være bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ville ha løst en rekke problemer knyttet til kommunes oppfølging. Sosionomutdanningen legger særlig vekt på å utdanne sosialarbeidere som er gode på tverrfaglig samarbeid, og hvor sosionomen ofte vil ha en koordinerende rolle. Vi mener en satsning på å tilsette sosionomer med koordineringsansvar i helse- og omsorgstjenestene i kommunene ville være et viktig bidrag til å sikre gode, sammenhengende og koordinerte behandlingstilbud.

Det er også behov for mer tverrfaglig arbeid innen andre helsefaglige lavterskeltilbud i kommunene. Spesielt vil vi trekke frem å styrke skolehelsetjenesten med miljøterapeuter med sosialfaglig kompetanse. Rapporten *Sosialfaglig kompetanse i skolen*⁷ viser hvordan miljøterapeuter med profesjonsutdanning som barnevernspedagog, sosionom eller vernepleier har kompetanse på å ivareta elevenes helhetlige behov. Flere ansatte med sosialfaglig kompetanse og en satsning på tverrfaglig skole og miljøterapeuter med sosialfaglig profesjonsutdanning for å indentifisere og følge opp barn som trenger ekstra bistand styrker det psykososiale miljøet.

Pårørende må utføre pleie- og omsorgstjenester

I dag utfører pårørende pleie- og omsorgstjenester tilsvarende 100 000 årsverk til sine nærpersoneer. Dette er omtrent like mye som helsepersonell utfører¹⁰. Likevel er oppfølgingen av pårørende lavt prioritert. Den norske befolkning blir eldre. Dette kan by på utfordringer når de pårørende også blir eldre, og hvor for eksempel både mor- og bestemor trenger omfattende hjelp og støtte i det daglige av for eksempel barn og barnebarn.

Helsevesenet kan ikke belage seg på at pårørende tar opp tråden og fullfører arbeidet når helsetilbudet kommer til kort. Alle innbyggere- uansett utgangspunkt, har rett til forsvarlig helsehjelp i Norge. Dette betyr at det må eksistere systemer som fanger opp økt bistandsbehov og behov for bredere- eller annen type oppfølging hos pasient/bruker. Det skal ikke være slik at de pårørende skal kjempe for at deres nærmeste skal få oppfylt grunnleggende rettigheter, som for eksempel BPA eller sykehjemsplass dersom de oppfyller kriteriene for å kunne motta disse tjenestene.

Barn og søsken som pårørende

I henhold til helsepersonellovens §§ 10a og 10b skal helsepersonell ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging barn har som følge av at foreldre eller søsken har psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller er alvorlig somatisk syk eller skadet.

Funn fra Multisenterstudien (11/2015)¹¹ viser at barn av psykisk syke foreldre rapporterer lavere livskvalitet enn normalbefolkningen og de opplever stress og belastninger som følge av foreldres sykdom. Studien viser også til at

¹⁰ [Myndighetenes forventninger til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester | Tidsskrift for velferdsforskning \(idunn.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paeroende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf)

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paeroende-resultater-fra-en-multisenterstudie/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf/attachment/inline/80ae6065-0af7-4daa-a6b7-57e6fb2949a8:dad0550eeafb0d50eacd3662f66ba833bd5dc05/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende%20E2%80%93%20Resultater%20fra%20en%20multisenterstudie.pdf>

spesialisthelsetjenesten og kommunene bare delvis følger opp loven om barn som pårørende. En av anbefalingene er at oppfølging av familiene må gjøres i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjeneste-tilbud og på tvers av voksen- og barnetjenester.

I tråd med pårørendeveilederen bør helseforetak og kommuner samarbeide systematisk om støtte til pårørende. Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale sykehus har nylig startet et samarbeid om barn og søsken som pårørende med kommunene i sitt opptaksområde. Et slikt samarbeid finnes også i andre regioner. Hvordan dette samarbeidet foregår, er pr i dag opp til de enkelte helseforetak og kommuner. Dette kan føre til at innsatsen blir fragmentert og tilfeldig, og gi ulikheter i tilbudet.

Ivaretagelse av barn og søsken som pårørende skal være en del av helsehjelpen, og er forebyggende for utvikling av vansker hos barna. En felles nasjonal standard for samhandling kan bidra til å sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet.

Utnytta kompetanse i helsetjenestene

Sosialt arbeid og sosialfaglig kompetanse benyttes for lite i helse- og omsorgstjenesten. Sosialarbeidere er utdannet til å se hele mennesket og til å gi støtte og veiledning i vanskelige livssituasjoner. Dette innebærer at sosialarbeiderne både arbeider individuelt med mennesket det gjelder, men også ser på helheten rundt, dette kan være barn, familie, nettverk, skole, arbeid, økonomi, bolig, traumer, omsorgssvikt, sykdom og så videre. Dette er livsområder som i stor grad kan påvirke den enkeltes sykdomsforløp og tilfriskning. Det handler også om samarbeid med NAV, barnevernstjenesten, leger, andre behandlere og andre hjelpetiltak. En bedre oppgavefordeling i helsevesenet vil bety bedre oppfølging av pasienter og pårørende, både medisinsk og sosialt, noe som er god samfunnsøkonomi ved blant annet å redusere sykefraværet for både de ansatte og dem de jobber med.

Under pandemien har sykepleiere varslet om manglende kapasitet på sykehus. Samtidig melder våre medlemmer om mindre tid til oppfølging av pårørende og sosialt arbeid, fordi det blir stadig færre sosionomer på norske sykehus. Sosionomer kan gi viktige bidrag i disse tjenestene¹²

Sverige trenger halvparten så mange intensivsykepleiere som Norge¹³ for å bemanne én intensivplass. Årsaken er at de satser på flere yrkesgrupper i helsetjenestene. Sverige har ca. 4000 sosionomer ansatt i offentlige sykehus og satser på sosialfaglig arbeid. I Norge er det langt færre. Per 2020 var det i overkant av 400 sosionomer tilsatt i somatikken. Intensivsykepleierne arbeider både medisinsk, praktisk og psykososialt. Dersom Norge gjør som Sverige og øker den sosialfaglige bemanningen, så vil det være med å løse en stor del av kompetansemangelen i helsevesenet. Sosionomene ivaretar pasientenes og de pårørendes psykososiale, praktiske og økonomiske behov. En større satsning på dette vil føre til at sykepleierne kan få tid til å gjøre den medisinske jobben de er best på.

Et annet eksempel er vernepleiere, som er autorisert helsepersonell og sidestilt med sykepleieren som helsepersonell. Likevel er de lite representert i somatisk helsetjeneste. Årsaken er trolig lite kunnskap om vernepleierens helsefaglige kompetanse blant virksomhetsledere og rekrutteringsansvarlige.

¹² <https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article5763-1356.html>

¹³ <https://www.nettavisen.no/nyheter/i-sverige-trengs-det-fem-sykepleiere-for-a-bemanne-n-intensivplass-i-norge-dobbelt-sa-mange/s/12-95-3424227784>

Vernepleiemangel

Norge mangler 20 000 vernepleiere¹⁴. Bare 10,7 prosent av tjenestene til personer med utviklingshemming ytes av vernepleiere. For å kompensere for denne mangelen, ansettes miljøterapeuter med annen treårig helse- og sosialfaglig bakgrunn, helsefagarbeidere og ufaglærte assistenter. I de største byene ytes helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming av over 37 prosent ufaglært arbeidskraft¹⁵. Som nevnt er vernepleieren autorisert helsepersonell. Videre har vernepleiere bred kompetanse på tjenester og lovverk som retter seg spesielt mot personer med utviklingshemming, for eksempel regelverket som knytter seg til tvangsløvgivningen i Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Vernepleieren har med andre ord en kompetanse man ikke finner hos personellet som ansettes i deres fravær. FO mener dette er en uholdbar situasjon som går dirkete ut over forsvarligheten- og kvaliteten på tjenestene til brukerne innenfor vernepleiernes virkeområder.

For å styrke norsk helsevesen, må det flere hender til. FO arbeider for at vernepleierutdanningen skal få flere studieplasser, slik at man på sikt kan møte rekrutteringsutfordringene og mangelen på vernepleiekompetanse spesielt, men også mangelen på helsepersonell generelt. Å få flere vernepleiere inn i helsetjenestene, vil kunne løse flere utfordringer. Eksempelvis vil eldre personer med utviklingshemming kunne bo hele livet hjemme. Siden vernepleieren er sidestilt med sykepleieren som helsepersonell, kan de virke på lik linje med en sykepleier for eksempel på et sykehjem.

Å få rekruttert flere vernepleiere inn i tjenestene til personer med utviklingshemming, vil styrke deres helse- og sosialfaglige tjenester. Det vil dessuten være en seier for rettssikkerheten til denne gruppa, ettersom vernepleiere er en yrkesgruppe med gjennomgående kjennskap til regelverket som omhandler bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemming (HOL kap. 9).

Økt digitalisering av helsetjenester både fremmer- og hemmer deltakelse

Det er et uttalt mål at norske helsetjenester skal bli mer digitale¹⁶. Utvidet digitalisering av norske helse- og omsorgstjenester kan bidra til bedre effektivisering og koordinering. Dersom tjenestene er tilstrekkelig tilrettelagt, kan de også bidra til økt selvstendighet og utvidet brukermedvirkning. FO ønsker imidlertid å påpeke at gode digitale løsninger ikke fullt og helt kan erstatte helse- og omsorgstjenester utført av personer som er fysisk til stede. Helsetilsynet løfter eksempelvis fram behovet for fysisk tilgjengelige tjenester i en landsomfattende undersøkelse av tilgjengelighet til sosiale tjenester i NAV¹⁷. FO ønsker spesielt å trekke fram lavterskeltilbud som instanser hvor det er viktig å opprettholde et fysisk oppmøtested hvor man motta veiledning og helsehjelp. Eksempler på slike lavterskeltilbud kan være helsestasjon for ungdom eller drop-in-helsetjenester til personer med rusutfordringer.

Mange brukere av helse- og omsorgstjenester kan ha mangelfull digital kompetanse og/eller dårlig tilgang på digitale hjelpemidler. En forutsetning for å motta helse- og omsorgstjenester digitalt, er å ha tilgang på det teknologiske utstyret som trengs. Løsninger for innkjøp av utstyr, for eksempel smarttelefon, nettbrett eller PC til personer som ikke selv har ressurser til å anskaffe dette må på plass. FO mener at det

¹⁴ [Vernepleiemangel - FO - Din fagforening](#)
[Rapport om kompetanse i tjenester til utviklingshemmede - nettversjon.pdf \(fo.no\)](#)

¹⁵ [Rapport komp i tjenester til utviklingshemmede.pdf \(fo.no\)](#)

¹⁶ [Nasjonal e-helsestrategi - ehelse](#)
[Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#)

¹⁷ [Rapport Digital ekskludering i NAV. SINTEF 2022.pdf](#) og [Digitalt hele livet \(regjeringen.no\)](#)

ikke er holdbart at helsetjenester som allerede er betalt over skatteseddelen i større og større grad kun blir tilgjengelig dersom man selv kjøper en smarttelefon/nettbrett/PC.

FO mener at det må finnes gode systemer- og rutiner som skal sikre at den enkelte bruker/pasient og dennes nærpersoener får nødvendig vedlikehold av utstyr/teknologi. Videre må det etableres rutiner for oppdatering av brukskompetanse for både bruker/pasient, pårørende og hjelpeapparatet. Velferdsteknologiske hjelpemidler som trengs for å få tilgang til elektroniske helsetjenester må finansieres av det offentlige. Dette må til for å sikre lik tilgang og like rettigheter. Den enkelte skal ikke være prisgitt den kommunes økonomiske rammer og/eller pårørendes initiativ og ressurser for å kunne motta helse- og omsorgstjenester.

Manglende selvbestemmelse og brukervedvirkning i utforming av tjenester

Personer med kognitive funksjonsnedsettelse, opplever ofte at de vurderes til å ikke ha samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse er ikke en ferdighet man enten har eller ikke har. Evnen til samtykkekompetanse skal vurderes fra sak til sak, og fra gang til gang¹⁸. Personer med utviklingshemming opplever at de i liten grad selv får muligheten til å bidra til å utforme sitt eget helse- og omsorgstilbud. Dette på tross av at Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-3¹⁹ fastslår retten til nettopp dette²⁰.

Alle pasienter/brukere har lovmessig rett til brukervedvirkning og selvbestemmelse i utforming og gjennomføring av egne helse- og omsorgstjenester. Der det gis god-, og tilgjengelig informasjon, vil mulighetene for brukervedvirkning og selvbestemmelse øke. Et samlet helsevesen må derfor tilrettelegge bedre for at pasient/bruker gis muligheten til å ta selvstendige valg der dette er mulig og forsvarlig. Mulighetene må presenteres på en tilgjengelig måte. Personer med redusert kognitivfungering og barn må bli presentert for valgmuligheter og behandlingsformer gjennom tilstrekkelig beslutnings- og kommunikasjonsstøtte.

Eldrebolgen treffer også utsatte grupper

Befolkningen blir som nevnt eldre enn før. Også personer med utviklingshemming, funksjonsnedsettelse og rusutfordringer blir eldre i dag²¹. Mens forventet levealder for personer med for eksempel Downs syndrom var på rundt 30 år på 1970-tallet, ligger den på rundt 60 år i dag²². Dette legger- og vil legge stort press på et allerede presset helsevesen.

Personer med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse utvikler ofte komorbide sykdomstilstander med alderen. Personer med Downs syndrom vil i 90 prosent av tilfellene utvikle demens. Ofte begynner tegn til demens å vise seg allerede ved 35-40 års alder hos denne gruppa. Siden personer med Downs syndrom og/eller andre funksjonsnedsettelse blir eldre enn før, blir det også flere i denne gruppa som vil trenge sammensatte helsetjenester som følge av aldersrelaterte utfordringer. Personer med utviklingshemming og/eller andre funksjonsnedsettelse, er i behov av spisskompetanse på aldringsprosesser- og utfordringer spesielt knytta til denne gruppa²³.

¹⁸ [Samtykkekompetanse - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)

¹⁹ <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§9-3>

²⁰ [Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming \(5\).pdf](#)

²¹ [Utviklingshemming, aldring og helse: Forskning | Naku](#)

²² [Eldrebolgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen - SSB](#)

²³ [ergoterapeuten-nr-6-2021-den-norske-downs-demens.pdf \(aldringoghelse.no\)](#)

Eldre mennesker som har- eller har hatt rusutfordringer over tid, har ofte store pleie- og omsorgsbehov som må ivaretas av helsepersonell²⁴. Norge møter med andre ord en mangfoldig- og stor gruppe eldre med større eller mindre bistandsbehov nå- og i framtida.

Personer med utviklingshemming og/eller funksjonsnedsettelse bør først og fremst få gå alderdommen i møte der de bor og ikke på sykehjem. Behovet for trygghet og forutsigbarhet kan være stort for personer i denne gruppa. Dette behovet øker når funksjonsnivået minker. Det er nærliggende å tro at muligheten for tett individtilpassede tjenester, i kjente omgivelser utført av kjent personal er langt større i hjemmebaserte tjenester enn på sykehjem. FO mener det bør bevilges midler til kompetanseheving innenfor fagfeltet funksjonsnedsettelse og aldring, slik at både tjenestene til eldre generelt- og til personer med utviklingshemming/funksjonsnedsettelse spesielt, bedres.

Helsetjenester til barn i utsatte posisjoner

Barn med funksjonsnedsettelse

Det er lite kunnskap om funksjonsnedsettelse og betydningen det har for å kunne uttrykke grunnleggende behov, som for eksempel utrygghet, ubehag og smerte.²⁵ Barn med funksjonsnedsettelse har i større grad enn andre barn utfordringer knyttet til språk og kommunikasjon, bevegelse og muligheter til å formidle egne behov i tillegg til økt sannsynlighet for sykdom og smerter. Det er ikke uvanlig å se at barn med språklig utfordringer, annerledes formidlingsevne ofte kompenserer gjennom atypisk atferdsmønster. Det krever høy grad av kompetanse for å møte barna og deres nærpå personer og kunne bistå slik at riktig og god medisinsk behandling gis, vernepleiere har en sentral kompetanse som ivaretar dette. Denne kompetansen finnes i liten grad på somatiske avdelinger slik det er i dag, med unntak av i barnehabiliteringen.²⁶

Det anbefales å arbeide for å øke antall stillinger innenfor helsetjenestene der det er krav til helse- og sosialfaglig kompetanse med særlig kunnskap om helseutfordringer til barn med funksjonsnedsettelse. Dessuten å stille krav til familiesentrert omsorg på avdelinger der barn er innlagt på somatiske sykehus, samt sikre at de somatiske avdelingene har den nødvendige tverrfaglige kompetansen til å ivareta de sammensatte behovene barn med funksjonsnedsettelse har. Vi har forventninger til ordningen med barnekoordinator, men tenker at den har muligheter for videreutvikling.

Barnevern og psykisk helse

Utfordringene i samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsetjenester blir satt på spissen når barn og ungdom som bor på barnevernsinstitusjon trenger hjelp. Som regel er det barn og ungdom som må tilpasse seg systemet som skal hjelpe. Barna og ungdommene trenger trygghet, rammer omsorg og behandling, og veldig ofte individuelle skreddersydde tiltak. Det er et stort behov for at hjelpetjenestene i mye større grad enn i dag jobber sammen for å finne de skreddersydde tiltakene til barna og ungdommene med de største utfordringene. Etter FOs syn er det et behov for å styrke samarbeidet og forankre en forpliktelse til felles ansvar mellom barnevern og psykisk helse. Videre er det behov for å avklare ansvar for hvilke psykiske helseutfordringer en barnevernsinstitusjon skal løse og hva psykisk helsetjenester skal gjøre. Det er også nødvendig å utarbeide en klar ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten, barnevernet og øvrige kommunale tjenester. Vi vil samtidig understreke at disse klargjøringene ikke handler om at tjenestene skal arbeide hver for seg, men at de er

²⁴ [Eldre med rusmiddelproblemer. Alderstilpasset utredning, tilrettelagte tiltak og spesifikk kompetanse.pdf](#)

²⁵ <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetilbud-til-ungdom-og-unge-voksne>, http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2014/03/Helse_paa_barns_premisser.pdf

²⁶ <https://sykepleien.no/2021/09/8-av-10-barneavdelinger-har-fa-barnesykepleiere>.

nødvendige tydeliggjøringer for å legge grunnlag for et bedre og tettere samarbeid rundt den enkelte.

Både psykisk helsevesen og barnevernstjenestene må rustes opp med ressurser og rett kompetanse. Det er behov for å utvikle tverrfaglige sammensatte tiltak med felles ansvar, som eksplisitt har psykisk syke barn og unge under offentlig omsorg som sin målgruppe. FO setter spørsmålstegn ved om det i dag er tilstrekkelig tilgjengelighet, kompetanse og nødvendige juridiske rammer for en slik virksomhet, jf Helsetilsynets rapport²⁷ fra 2019. Det er nødvendig å sikre stabile institusjonsplasser med riktig og tilstrekkelig kompetanse, hvor barnet kan bo så lenge det har behov både innenfor psykisk helse og barnevernet.

FO ønsker å understreke alvoret og behovet for å sette utfordringene høyt på dagsorden. Dette er som kjent ikke en ny problemstilling. Barnevernslovutvalget ba i sin NOU (2016:16) om en barnevernhelsereform med fokus på psykisk helse. FO støttet anbefalingen den gangen. Flere tiltak²⁸ er iverksatt, men en helhetlig gjennomgang knyttet til utfordringene er ikke gjennomført foreløpig

Dagens institusjoner Lunde behandlingssenter og Bodø behandlingssenter er viktige tilbud. De tar imidlertid ikke imot ungdom mot deres vilje. Opphold der krever at ungdommen er motivert. De er plassert etter § 4-12, men kan også ha § 4-24/§ 4-26, men kan ikke kun være plassert på tvangshjemlene. Etter vårt syn må derfor helsetilsynets konklusjon²⁹ om at man ikke har tilbud til de barna med de aller største psykiske helseutfordringene tas på alvor. Deres anbefalinger, blant annet om at det er behov for en egen lov, må vurderes grundig. Vi støtter Helsetilsynet i at det er nødvendig å se på rammene for behandlingsforløp som er rettet mot barn og unge med særlig komplekse utfordringer. De stiller spørsmål om det er mulig å få til reelt endringsarbeid når forløpet er begrenset til 9-12 måneder. For at disse barna skal kunne profittere på endringsarbeid, er det nødvendig at deres behov for, og ønske om, stabilitet og kontinuitet i omsorgen blir møtt, noe som dagens tilbud ofte ikke gjør³⁰. Institusjonene har ofte ikke kompetanse eller bemanning for å kunne ivareta de aller dårligst fungerende ungdommene. Ofte går det utover andre ungdommer på institusjonen og de får heller ikke et godt nok tilbud. Det må vurderes om det er behov for å ha institusjonsplasser med riktig og tilstrekkelig kompetanse, hvor barnet kan bo så lenge det har behov for det.

Lunde behandlingssenter og Bodø behandlingssenter jobber etter to ulike lover. Det vil være viktig å undersøke hvordan dette fungerer, og hvilke betingelser som ligger til grunn når det fungerer godt. Etter vårt syn er dette viktig å undersøke mht om og hvordan man får til god hjelp etter begge lovverk, knyttet både til samordning og skreddersøm. Vi mener det også er viktig å undersøke hvordan oppfølgingen av ungdommen fungerer etter oppholdet. Gode overganger og god oppfølging videre er nødvendig for at oppholdet også skal være vellykket på sikt. Vi får tilbakemeldinger fra tillitsvalgte at det ved behandlingsinstitusjonene generelt kan være en utfordring å få til god oppfølging i etterkant av opphold.

Noe annet som vil være viktig å undersøke er hvordan man organiserer seg rundt ungdommene. Ut fra tilbakemeldinger vi har fått kan det synes et behov for også å se nærmere på hvordan man ivaretar og styrker det helhetlige ansvaret rundt barnet i møte med samarbeidspartnere. Eksempelvis har ansatte hver sine oppgaver hvor en har oppfølging mht skole, en har helse, en har familie osv. Et eksempel vi har fått

²⁷ https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport9_2019.pdf

²⁸ Blant annet Lunde behandlingssenter og Bodø behandlingssenter, helsekartlegging og lovendringer knyttet til samhandling

²⁹ https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2019/helsetilsynetrapport9_2019.pdf

³⁰ <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/brev-og-horingsuttalelser-fra-statens-helsetilsyn/2019/forslag-til-ny-barnevernslov---horingsuttalelse/>

tilbakemelding om er 11 voksne som er med fast i møtene. Det betyr mange involverte med særkunnskap på eget felt og mange å forholde seg til på møter for ungdommen og samarbeidspartner. Hvordan sikres brukermedvirkning slik at stemmen til ungdommen blir hørt?

FO mener det vil være viktig å sikre psykisk helsekompetanse er tilgjengelig for institusjonene, enten at de innehar dette selv eller at dette sikres gjennom systematisk samarbeid med psykiske helsetjenester. Det er viktig at også av den psykiske helsen blir en del av et helhetlig tilbud i institusjon, også akuttinstitusjoner. Den psykiske helsen er ikke adskilt fra funksjonen i hverdagen, skole, søvn, osv, men henger tett sammen med det miljøterapeutiske arbeidet. Vi får tilbakemelding om at det finnes noe tilbud i dag, men at dette ikke er godt nok eller systematisk nok. Det er en utfordring at hjelpeapparatet rundt ungdom er for silobasert, for lite tverrfaglig og for lite tverretattlig. I praksis er det ungdommene som i for stor grad må forholde seg til ulike faglige enheter/tilbud. Disse henger ofte ikke sammen, samhandler heller ikke godt og fungerer ikke som en tverrfaglig oppfølging ut fra de sammensatte behov det enkelte barn/ungdom har. Vi har fått tilbakemeldinger om at dette kommer enda tydeligere frem i akuttinstitusjoner.

Vold og trusler

Helse- og sosialarbeidere som jobber med pasienter/brukere i utsatte posisjoner, utsettes for mye vold og trusler i sin arbeidshverdag. Det er derfor vesentlig at det finnes gode systemer- og rutiner for å fange det opp dersom det oppstår fysiske og/eller psykiske skader som resultat av vold/trusler/uønska seksuell oppmerksomhet. Hvert tjenestested må ha gode rutiner for avviksmeldinger, trening på faglig forsvarlige vergeteknikker, debrief-samtaler og andre tiltak som skal både forebygge vold/trusler/uønska seksuell oppmerksomhet, og ivareta ansatte som blir utsatt for denne typen atferd. Mange tjenestesteder har slike ordninger i dag. Spørsmålet er om ordningene er gode nok, og om alt av uønska hendelser blir rapportert og behandlet på en god, og faglig forsvarlig måte som ivaretar både pasient/bruker og de ansatte.

Å være en varsler kan være en stor belastning³¹. Helsetjenestene i kommunene, helseforetakene og de private helsetjenestetilbyderne må derfor jobbe mot stor åpenhet om avvik og legge til rette for avviksrapportering. Det må sikres at det er- eller arbeides mot en arbeidskultur hvor det er en selvfølge at det varsles om kritikkverdige-, uforsvarlige- eller ulovlige forhold. Avvik som rapporteres inn, må følges opp, og tiltak må iverksettes der det er nødvendig.

Med vennlig hilsen

Mimmi Kvisvik
Forbundsleder

Andreas Pedersen Kikvik
Rådgiver

Maria Strømman Berteig
Rådgiver

³¹ [FO-Kathrine ledet debatt om systemkritikk og ytringsfrihet - FO - Din fagforening](#)
[Varslet om ulovlige helsekjøp – har fryktet for egen sikkerhet – NRK Sørlandet – Lokale nyheter, TV og radio](#)

Helsepersonellkommisjonen

Fellesorganisasjonen (FO)
Mariboegate 13
0183 Oslo

Postadresse:
Pb. 4693 Sofienberg
0506 Oslo

Telefon:
+47 919 19 916

E-post:
kontor@fo.no

Deres referanse:
Vår referanse: 22/00016-5
Vår dato: 18.03.2022

Bankgiro: 9001.06.35674

Bankgiro kontingent:
9001.08.71394

Org.nr:
870 953 852 MVA

fo.no

Innspill til helsepersonellkommisjonen om utdanning – barnevernspedagog, sosionom og vernepleier

FO er fagforeningen for sosialarbeidere. Vi organiserer nærmere 33 000 barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Våre medlemmer har bred kompetanse, reduserer forskjeller og bistår mennesker i vanskelige livssituasjoner. Uten våre medlemmers fagkunnskap vil sosiale og helsemessige problemer ramme langt flere og hardere. Vernepleieren er definert som autorisert helsepersonell, og barnevernspedagoger og sosionomer som arbeider i helsetjenestene defineres som helsepersonell etter helsepersonelloven. FO arbeider med en rapport om autorisasjon for barnevernspedagoger og sosionomer, og den vil vi ettersende til kommisjonen. Dette innspillet trekker frem noen utdanningspolitiske utfordringer som er viktig at kommisjonen reflekterer over, samt noen generelle innspill knyttet til ulike helsefaglige felt våre grupper arbeider i. Vi kommer til å ettersende et dokument til som går grundigere inn i generelle innspill knyttet til sosialfaglige profesjoner i helsetjenestene.

Overordnet perspektiv

Sosialfaglig forståelse og sosialfaglig kunnskap har for lite plass i helsetjenestene. Det fører til at helsebegrepet blir for snevert og den sosiale dimensjonen i folks liv blir for lite vektlagt. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer ikke helse som kun fravær av sykdom, men som ivaretagelse av både fysisk, psykisk og sosialt velvære. Helsetjenestene trenger derfor også ansatte med sosialfaglig kompetanse slik at de blir mer helhetlige.

Barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere er faggrupper som ivaretar denne kompetansen og er derfor grupper som det må satses mer på i helsetjenestene enn det gjøres i dag. Det gjelder både i somatikken og i spesialisthelsetjenestene.

Vi vil særlig trekke fram sosionomenes naturlige plass i helsetjenestene. De blir ikke ansatt i den graden de burde. Denne mangelen fører til at helsetjenestene ikke blir helhetlige nok. Enkelt framstilt så er sosionomer utdannet til å ivareta menneskers psyko-sosiale behov, mens hovedoppgaven til helsepersonell er å gjøre folk fysisk friske. Ved å la sosionomer jobbe med pasientenes praktiske og sosiale behov, frigir tjenestene verdifull tid, slik at sykepleiere og annet helsepersonell kan bruke sin spisskompetanse der det nytter mest. Sosionomen som koordinerende funksjon både i og mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenestene kan utvikles i større grad.

Vernepleierens kombinerte helse- og sosialfaglige kompetanse er for lite kjent, og det ligger et stort potensial i å gjøre denne kompetansen kjent slik at den kan utnyttes innen helsesektoren generelt.

Barnevernspedagogenes sosial- og barnevernsfaglige kompetanse er særlig relevant i tjenester knyttet til barn og unges psykiske helse. Barnevernspedagoger er spesielt kvalifiserte til å identifisere behov hos barn og unge, gjennomføre barnesamtaler og til å se barn og familiens livssituasjon i en helhetlig sammenheng. De gjør dem særlig egnet både i poliklinikker og i institusjonsarbeid.

Utdanningene

Barnevernspedagog-, sosionom-, og vernepleierutdanningene er treårige bachelorløp. I tillegg har svært mange videreutdanninger, masterløp eller doktorgrader. En undersøkelse vi utførte i 2018 viste at over 60 % av våre medlemmer hadde en videreutdanning på minst 30 studiepoeng¹:

Tabell 7: Noen karakteristikk ved respondentenes utdanning.

	Barnevernspedagoger (n=1372)	Sosionomer (n=2154)	Vernepleiere (n=1866)	Alle (N=5450)**
Har videreutdanning*	62 %	63 %	57 %	61%
Tar videreutdanning nå	5 %	4 %	4 %	4 %
Har mastergrad	9 %	13 %	7 %	10 %
Er masterstudent	5 %	5 %	4 %	4 %
Har doktorgrad	0,1 %	0,6 %	0,1 %	0,3 %
Jobber med doktorgrad	0,1 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %

* Minst tilsvarende ett semesters studium (30 studiepoeng)

**Personer med «utenlandsk utdanning» utgjør en egen kategori i spørreskjemaet. Det var 59 som svarte at de hadde slik utdanning. De skilte seg i liten grad ut fra de øvrige respondentene, og er for få til at det gir mening å dele dem opp i undergrupper. De er inkludert i gruppen «Alle»

¹ <https://www.fo.no/getfile.php/1311765-1548957729/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/FOs%20medlemsunders%C3%B8kelse%20om%20Utdanningspolitikk.pdf>, side 12.

Kliniske godkjenninger

Barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere kan søke kliniske godkjenninger ut ifra gitte kriterier². De mest aktuelle godkjenningene kommisjonen må kjenne til er godkjenning som kliniker, som innebærer minst en 60 studiepoengs videreutdanning, fem års relevant arbeidserfaring, være godkjent veileder og ha mottatt 200 timer veiledning.

Klinikerne arbeider blant annet terapeutisk med mennesker med mentale, følelsesmessige eller adferdsrelaterte problemer. Arbeidet kan utføres som individuell oppfølging eller gruppeterapi. Vi vil også trekke frem godkjenning som klinisk spesialist som også krever masterutdanning/annen spesialistutdanning, samt krav om vedlikeholdsaktiviteter.

Dette er godkjenninger som er viktige i flere av tjenestene, spesielt i spesialisthelsetjenestene i arbeid med rus, psykisk helse, habilitering og familiterapi – og som med fordel kan brukes mer aktivt i tjenestene.

Utdanningsfaglige utfordringer

Gjeldende finansieringskategorier for utdanningene vi representerer ligger for lavt. Eksempelvis ligger sosionomutdanningen i laveste finansieringskategori (F). Gode profesjonsutdanninger er kostbart. Vi forventer derfor at myndighetene følger Hatlenutvalgets³ anbefaling om å kutte antall finansieringskategorier, og at det kommer profesjonsutdanningene til gode.

Praksis er en vesentlig del av helse og sosialarbeiderutdanningene og en viktig læringsarena for studentene. Ifølge Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene skal disse utdanningene være både praksisnære og forskningsbaserte med høy kvalitet og relevans. Det stiller krav til samarbeidet mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonene. For utdanningene FO representerer er utfordringene både å skaffe gode praksisplasser og godkjente veiledere på praksisplassene. Mange tjenester ser på det å ha studenter som en merbelastning og hvor det er få goder knytta til oppdraget. I mange sammenhenger er også oppfølgingen fra utdanningsinstitusjon for dårlig og tjenestene opplever at de i stor grad blir sittende alene med ansvaret for studentenes læring. Vi etterlyser derfor at det systematisk satses mer på praksisdelen av sosialfagutdanningene.

Vi er kjent med at det pågår et mer systematisk arbeid rundt dette i helsefagene og vi ønsker oss en tilsvarende satsning for sosialfagutdanningene. Vi viser i den forbindelse til helsedirektoratets rapport Praksis i kommunene⁴. Det er en utredning av de økonomiske- og administrative konsekvensene av en eventuell utvidelse av dagens kommunale medvirkningsansvar for praksisutdanning til et kommunalt sørge-for ansvar for praksisutdanning. Slik vi leser den rapporten så

² <https://www.fo.no/godkjenning/>

³ <https://khrono.no/files/2022/03/17/finansiering-av-universiteter-og-hoyskoler.pdf>

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/praksis-i-kommunene/Praksis%20i%20kommunene.pdf/> /attachment/inline/d416573f-ccaf-4df2-83a0-4e97ba320e84:310c12e6faef42e0be035ba99949406d3fd2982d/Praksis%20i%20kommunene.pdf

handler den først og fremst om helsefagene og helsetjenestene. Vi mener det også må på plass en tilsvarende utredning med anbefalinger for sosialfagene og sosialtjenestene.

I forlengelsen av dette vil vi også påpeke at det i den felles rammeplan blir lagt vekt på samhandling, både tverrfaglig, tverrprofesjonelt og tverrsektorielt. Vår oppfatning er at denne måloppnåelsen er vanskelig fordi de ulike fagdirektorat og departement ikke klarer samsnakke med tanke på utvikling av studiene, og opplegg for praksis. FO mener det trengs større grad av samordning og at KD tar en sterkere koordinerende rolle.

FO observerer at det er en tendens til flere profesjonsspesifikke master- og videreutdanninger. I en tjeneste som krever tverrfaglighet er vi opptatte av at det heller legges til rette for flere tverrprofesjonelle videreutdanninger og masterløp. Vi vil for eksempel trekke frem det nye masterløpet psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid for sykepleiere. Det er en viktig master, men dette fører til at sosialarbeidere ikke får tilsvarende utdanning, og dette vil ha negative konsekvenser for fagsammensetning⁵. Utdanningen vil for eksempel legge til rette for fordypning i faglig ledelse i disse feltene. Dette tilbudet finnes per dags dato ikke for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Utfordringer særlig knyttet til vernepleierutdanningene

Det er betydelige mangler når det gjelder vernepleiere i Norge. FOs undersøkelse «Det som skal til»⁶ trekker frem at det er behov for 20 000 nye vernepleiere i tjenester til utviklingshemmede. FO mener derfor det må lages en opptrappingsplan for å øke utdanningskapasiteten på vernepleiere med 10 % årlig over en 10 års periode. Ansatte i tjenester til personer med utviklingshemming uten formell kompetanse/ettårig formell kompetanse må få mulighet til å ta høyskoleutdanning i kombinasjon med jobb.

Det må videre legges til rette for at vernepleiere kan ta videreutdanning, samt drive fagutvikling og forskning også på egen arbeidsplass. Det må opprettes flere desentraliserte studieplasser for vernepleierutdanning, samt flere deltidsstudieplasser, i tillegg til opptrappingen av heltidsplasser. FO mener Y-veien for helsefagarbeidere må styrkes, slik at disse kvalifiserer til inntak på vernepleierutdanningen.

Med vennlig hilsen

Hanne Glemmestad
Marit Isaksen

Andreas Kikvik
Rådgiver

⁵ <https://www.fo.no/getfile.php/1339720-1630913398/Bilder/FO%20mener/FOs%20h%C3%B8ringssvar%20-%20Forskrift%20om%20nasjonal%20retningslinje%20for%20master-utdanning%20i%20psykisk%20helse.pdf>

⁶ <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/det-som-skal-til-en-undersokelse-om-faktorer-med-betydning-for-rekruttering-av-vernepleiere-article12237-1335.html>

Ole-Henrik Kråkenes

FOs forbundsledelse

Anine Terland
Seniorrådgiver

Helsepersonellkommisjonen

Fellesorganisasjonen (FO)

Mariboegate 13
0183 OsloPostadresse:
Pb. 4693 Sofienberg
0506 OsloTelefon:
+47 919 19 916E-post:
kontor@fo.no

Deres referanse:

Vår referanse: 22/00016-6

Vår dato: 10.05.2022

Bankgiro: 9001.06.35674

Bankgiro kontingent:
9001.08.71394Org.nr:
870 953 852 MVA

fo.no

Innspill fra FO til Helsepersonellkommisjonen om oppgavedeling i helsetjenestene

Innledning

Helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer fremover. Behovet for helse- og omsorgstjenester øker, samtidig reduseres de økonomiske rammene. Det mangler kvalifisert personell og det oppstår stadige nye krav og forventninger til tjenestene. Ny teknologisk utvikling gir nye muligheter, men også nye utfordringer. Forebygging og tidlig innsats, utvikling av koordinerte og sammenhengende tjenester og planmessig oppgavedeling og kompetanseutnyttelse er viktige løsninger på utfordringene.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som ivaretagelse av både fysisk, psykisk og sosialt velvære. Selv om definisjonen peker på at helse er mer enn fravær av sykdom, ser vi at det har blitt et endret fokus de siste årene *fra sosialfaglige til helsefaglige perspektiver* innenfor flere tjenester. Noen slike endringer er en direkte konsekvens av velferdsreformer og endringer i lovverk. Særlig har helsepolitikken overtatt sosialpolitikkenes domene og ordet *“sosial”* har sakte forsvunnet ut av det offentlige ordskiftet. Vi snakker ikke lenger om *“sosiale problemer”*, men om *“folkehelse”* og *“sosial ulikhet i helse”*. Parallelt med at ordet sosial har blitt mer eller mindre borte fra det politiske og offentlige vokabularet, har det skjedd et gradvis skifte i forståelsen av - og løsningen på ulike samfunnsutfordringer knyttet til utenforskap og marginalisering. Der vi tidligere pekte på strukturbetingelser og samfunnsforhold, pekes det nå i større grad på individuelle egenskaper hos den enkelte av oss.

FO er fagforeningen for sosialarbeidere. Medlemmene våre jobber i velferdsstatens førstelinje, blant annet i barneverntjenesten, Nav, forebyggende tiltak og oppsøkende virksomheter, barne- og ungdomsskoler og helse- og omsorgstjenester og andre tiltak for mennesker med ulike funksjonsvariasjoner, herunder utviklingshemming.

I dette notatet beskriver FO hva barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere kan bidra med i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Oppgavedeling i helsetjenestene

Sosialfaglige profesjoner er helt avgjørende personell for å sikre gode helse- og omsorgstjenester. FO mener sosialt arbeid og sosialfaglig kompetanse blir underbrukt i helsetjenestene, og at en mer hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom de ulike profesjonsgruppene i helsetjenestene vil kunne frigjøre tid og kapasitet hos for eksempel sykepleiere og leger. De sosialfaglige utdanningsgruppene består av barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Barnevernspedagog

Barnevernspedagoger er profesjonsutøvere som kan identifisere behov og gi rett hjelp til rett tid til barn, unge og familier i utsatte livssituasjoner. Barnevernspedagogen har kompetanse til å løse oppgaver innenfor barnevernet og på andre arenaer hvor barn og unge i en utsatt livssituasjon befinner seg¹.

Barnevernspedagoger har kompetanse på målrettet miljøarbeid og barneperspektiv og gir viktige bidrag i helsetjenestene. Særlig er barnevernspedagoger viktig innenfor helsetjenester som habilitering, rus og psykisk helsevern. Barnevernspedagogenes sosial- og barnevernsfaglige kompetanse er særlig relevant i tjenester knyttet til barn og unges psykiske helse. Barnevernspedagoger er utdannet til å snakke med barn og unge og til å se barn og familiens livssituasjon i en helhetlig sammenheng. De gjør dem særlig egnet både i poliklinikker og i institusjonsarbeid. Barnevernspedagogen kan også bidra med klinisk behandling basert på relevant videreutdanning og klinisk godkjenning.

Sosionom

Sosionomer er profesjonsutøvere som kan bistå enkeltpersoner, familier eller grupper med å forebygge, redusere og mestre sosiale og helsemessige problemer². Mennesker med sykdommer og helseproblemer har ofte sammensatte behov og vil trenge hjelp fra ulike instanser. Det forutsetter ansatte med kompetanse i å koordinere tjenester, og som har et overordnet blikk og en helhetlig forståelse av personens situasjon. Den kompetansen sosionomen har innenfor veiledning, forvaltning, tverrprofesjonelt samarbeid og kjennskap til det øvrige hjelpeapparat, kan bidra til økt tilfriskning og at pasientene kommer i gang med hverdagslivet så fort det lar seg gjøre. Sosionomen kan også bidra med traumebehandling og klinisk arbeid, basert på relevant videreutdanning og klinisk godkjenning.

Sosionomer er utdannet for å ivareta psykososial helse. Ved å la sosionomer jobbe med psykososiale behov i helsetjenestene frigis verdifull tid, slik at for eksempel sykepleiere kan bruke sin spisskompetanse der den kommer best til nytte.

¹ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-398>

² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-409>

Vernepleier

Vernepleieren er autorisert helsepersonell med legemiddelhåndteringskompetanse, og har en kombinert helse- og sosialfaglig kompetanse som er viktig i helsetjenestene. Vernepleieren har kompetanse om funksjonsnedsettelse og samfunnsmessige forhold som skaper funksjonshemming, og har særlig kompetanse innen miljøterapeutisk arbeid, habilitering og rehabilitering, helsefremming og helsehjelp³. Vernepleiere har relevante ferdigheter og kunnskap som vil styrke ulike deler av helse- og omsorgstjenestene, med økt kompetanse og større grad av tverrfaglighet. Vernepleierens metodiske miljøarbeid og ferdigheter i kommunikasjon og samspill, sammen med helsefaglig kompetanse er viktig for å tilrettelegge for ulike brukergruppes deltakelse og egenmestring. Vernepleieren kan også bidra med klinisk arbeid, basert på relevant videreutdanning og klinisk godkjenning.

Vernepleierens kompetanse er for lite kjent, og i en del sammenhenger for dårlig brukt. Vi mener det er stort potensial i å gjøre kompetansen bedre kjent så den brukes bedre og mer riktig innen helsesektoren generelt.

Klinisk kompetanse

FO har etablert kliniske godkjenningsordninger for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere⁴. Mange kliniske barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere arbeider i både ulike spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. En godkjenning som kliniker innebærer minst en 60 studiepoengs videreutdanning, fem års relevant arbeidserfaring, å være godkjent veileder og ha mottatt 200 timer veiledning. Klinikerne arbeider blant annet terapeutisk med mennesker med kognitive, følelsesmessige og/eller atferdsrelaterte problemer. Arbeidet kan utføres som individuell oppfølging eller gruppeterapi. Vi vil også trekke frem FOs godkjenning som klinisk spesialist, som i tillegg til krav til klinisk kompetanse, krever masterutdanning/annen spesialistutdanning, samt krav om vedlikeholdsaktiviteter. Alle FOs godkjenninger er viktige i helsetjenestene, spesielt i spesialisthelsetjenestene i arbeid med rus, psykisk helse, habilitering og familieterapi. Vi mener at barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere med klinisk godkjenning er for lite kjent og brukt i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Videre i notatet har vi valgt følgende inndeling i beskrivelsen av betydningen sosialfaglig kompetanse har i oppgavedeling i helsetjenestene

- Spesialisthelsetjenester, herunder somatikk og habilitering og rehabilitering
- Lindrende behandling og palliasjon
- Rus og psykisk helsetjenester
- Kommunal helse- og omsorgstjenester, herunder særlig tjenester til eldre og utviklingshemmede
- Samhandling og koordinering

Spesialisthelsetjenester

Somatiske spesialisthelsetjenester

Sosialarbeidere er utdannet til å se hele mennesket og til å gi støtte i vanskelige livssituasjoner. Dette innebærer at sosialarbeiderne både arbeider individuelt med

³ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

⁴ <https://www.fo.no/sok-om-fo-sine-godkjenningsordninger/category1233.html>

mennesket det gjelder, men også ser på helheten rundt, dette kan være barn, familie, nettverk, skole, arbeid, økonomi, bolig, traumer, omsorgssvikt, sykdom og så videre. Dette er livsområder som i stor grad kan påvirke den enkelte sykdomsforløp og tilfriskning. Det handler også om samarbeid med Nav, barnevernstjenesten, leger, andre behandlere og andre hjelpetiltak. En bedre oppgavefordeling i helsevesenet vil bety bedre oppfølging av pasienter og pårørende, både medisinsk og sosialt, noe som er god samfunnsøkonomi ved blant annet å redusere sykefraværet for både de ansatte og dem de jobber med.

Under pandemien har sykepleiere varslet om manglende kapasitet på sykehus. Samtidig melder våre medlemmer om mindre tid til oppfølging av pårørende og sosialt arbeid, fordi det blir stadig færre sosionomer på norske sykehus. Sosionomer kan gi viktige bidrag i disse tjenestene⁵

Sverige trenger halvparten så mange intensivsykepleiere som Norge⁶ for å bemanne én intensivplass. Årsaken er at de satser på flere yrkesgrupper i helsetjenestene. Sverige har ca. 4000 sosionomer ansatt i offentlige sykehus og satser på sosialfaglig arbeid. I Norge er det langt færre. Per 2020 var det i overkant av 400 sosionomer tilsatt i somatikken. Norge trenger altså dobbelt så mange sykepleiere per intensivplass som Sverige. Intensivsykepleierne arbeider både medisinsk, praktisk og psykososialt. Dersom Norge gjør som Sverige og øker den sosialfaglige bemanningen så vil det være med å løse en stor del av kompetansemangelen i helsevesenet. Sosionomene ivaretar pasientenes og pårørendes psykososiale, praktiske og økonomiske behov. En større satsning på dette vil føre til at sykepleierne gjøre den medisinske jobben de er best på.

Det er imidlertid et systemproblem med takstsystemet og stykkprisfinansiering av helsetjenestene. Systemet gjør at helseforetakene prioriterer oppgavene de kan kode og få betalt for. Dette er ikke alltid det samme som det pasienten har behov for, og FOs medlemmer forteller at dette fører til at det sosialfaglige arbeidet blir underprioritert. Et eksempel er sosionomer som opplever at sosialfaget får for liten plass i helseforetaket: All aktivitet skal blir målt og telt, som at en telefonsamtale kan kodes og gi inntekter. Dette generer noen fallgruver som at en inneliggende pasient ikke gir takst ved samtaler, eller at sosionom på poliklinikk en ikke kan ha samtale samme dag som lege siden dette ikke utløser dobbel takst.

Habilitering og rehabilitering av barn og voksne i spesialisthelsetjenestene
Habiliteringstjenester til barn og voksne (over 18 år) i spesialisthelsetjenesten er rettet mot pasienter med medfødt eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter som har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten. Habilitering i spesialisthelsetjenesten er et sammensatt fagområde som krever tverrfaglig kompetanse og samarbeid. Mange oppgaver grenser mot andre tjenesteområder og psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere har kompetanse som er viktig for å sikre forsvarlige tjenester. Vernepleiere har særskilt kompetanse i habilitering, rehabilitering og målrettet miljøarbeid.

⁵ <https://www.fo.no/somatiske-sykehus/hvordan-arbeider-sosionomene-i-sykehusene-article5763-1356.html>

⁶ <https://www.nettavisen.no/nyheter/i-sverige-trengs-det-fem-sykepleiere-for-a-bemanne-n-intensivplass-i-norge-dobbelt-sa-mange/s/12-95-3424227784>

Lindrende behandling og palliasjon

Tverrfaglige team med sosialfaglig kompetanse er viktig for god og forsvarlig lindrende og palliativ behandling uavhengig av pasientens diagnose og om tjenestene gis på sykehus eller i kommunen.

Alvorlig sykdom hos pasienten kan, i tillegg til store helsemessige utfordringer, gi kompliserte situasjoner med sosiale utfordringer. Derfor er det viktig med sosialfaglig kompetanse i teamene som behandler mennesker i livets slutfase. Sosialfaglig kompetanse i behandlingsteamene kan sikre og koordinere sosialfaglige tiltak tilpasset pasienten og pårørendes behov. Familier er ulike, og det er store sosiale forskjeller i Norge. Ansatte med sosialfaglig kompetanse fanger tidlig opp behov for sosial støtte og bistand som krever oppfølging. Samarbeid med barnevern, familievern, øvrige helse- og omsorgstjenester, Nav og skole er viktige tiltak som også forutsetter god koordinering. I behandlingen kan sosiale og eksistensielle spørsmål ta mye oppmerksomhet og energi fra familien, og det kan være behov for støttesamtaler, kartlegging av rettigheter og finne muligheter og tiltak. Om barn er involvert som pårørende må deres behov og omsorgssituasjon bli ivaretatt. Er barn pasient krever det særlig oppfølging, noe dette oppslaget i Fontene viser eksempel på⁷.

Rus og psykisk helse

Vi ser en utvikling der det i større og større grad satses på tradisjonelt helsepersonell innen rus og psykisk helse. Selv om alle profesjonsgrupper har økt sin andel fra 2008 til 2020, viser vedlagte statistikk fra SSB at innen psykisk helsevern har andelen sykepleiere økt med 18%, vernepleiere har økt med 61% og psykologer har økt med 83%. Andelen barnevernspedagoger og sosionomer har kun økt med 8%. Innenfor rusbehandling (TSB) ser vi samme tendens: Prosentvis endring for ansatte barnevernspedagoger og sosionomer er 67 %, mens det for psykologer har vært en endring på 111 %, sykepleiere 115 % og vernepleiere 52 %.

Sosiale problemer er bakenforliggende årsak til manges opplevde psykiske uhelse. Psykiske lidelser kan også skape eller forsterke sosiale problemer. Tiltakene som igangsettes må gjenspeile dette og ikke bare handle om individuelle tiltak og behandling. Vi har de siste årene hatt en stor satsning på blant annet leger, psykologer og sykepleiere. Det er bra. Denne satsingen ser imidlertid ut til å ha gått på bekostning av sosionomene som blir stadig færre innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Vi mener de forebyggende og sosialfaglige perspektivene er for dårlig prioritert: Det å forebygge reduserer behov for å reparere og behandle. Det er viktig med sosialfaglige perspektiver både når vi snakket om koordinering, forebygging og behandling. Kliniske sosialarbeidere og sosialarbeidere med klinisk spesialistgodkjenning har en spesiell kompetanse knyttet opp mot behandling av psykiske helseproblemer som bør videreutvikles. Særlig gjelder dette innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Økt satsing på lavterskel behandling

⁷ https://fontene.no/nyheter/nea-3-kommer-ikke-til-a-leve-et-langt-liv-men-den-tiden-hun-har-vil-vernepleier-tonje-gjore-sa-fin-som-mulig-6.487.857961.729cd5961f?fbclid=IwAR0wAf1uFf1FNH0_QDJ2cpHCJ2kTjfJ1yg_JqWvmXqDMkchCit8huUAXY

av personer med lettere psykiske lidelser i kommunene, kan demme opp for stadig økning av henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunene skal sørge for at alle personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblemer, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne som oppholder seg i kommunen får nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det innebærer blant annet å utarbeide individuell plan for de med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Dette er kjerneområder for profesjonene FO organiserer, og det er derfor naturlig at sosionomer og vernepleiere blir ansett som kjerneprofesjoner i kommunene. Det er blant annet en stor mangel at sosionomer og vernepleiere i henhold til Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunen §3-2 ikke er lovfestet som kjernekompetanse i kommunene. Sosialt arbeid bygger på fagkunnskap om individ og samfunn, samt en konkret forståelse av pasientens eller brukerens opplevelse av egen situasjon. Sosialarbeidernes kompetanse med å kartlegge ressurser og behov for å hjelpe mennesker med å finne løsninger som kan forbedre helse, mestring og livskvalitet, er en kompetanse som er avgjørende for å kunne gi kommunenes innbyggere et forsvarlig godt tilbud.

Kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre

Vernepleieres kunnskap og kompetanse kan styrke demensomsorgen, både i miljøterapeutisk arbeid, ferdighetstrening og større grad av tverrfaglighet. Og ikke minst vil flere vernepleiere i eldre- og demensomsorgen gi økt rekruttering og tilgang på fagfolk.. Vernepleiere i tjenester til eldre og demensomsorg har både helse- og sosialfaglige kompetanse som er viktig i et tverrfaglig tilbud. Vernepleiere har et sterkt brukerfokus og individuell tilrettelegging styrende for tjenesteutforming, og legger til rette for økt livskvalitet og personsentrert omsorg som fokuserer på samspill mellom mennesker, hverdagsaktiviteter og meningsfull fritid. Vernepleiere har også god kompetanse på å forebygge unødvendig bruk av tvang og makt, og lovverk som regulerer bruk av tvang og makt. Bedre kjennskap til og bruk av vernepleierkompetansen kan også bidra til bedre oppgavedeling.

Sosionomen i eldreomsorgen kan bidra til større fokus på meningsfulle aktiviteter, boforhold, sosialt fellesskap, nettverk og samspill med familie. Den kompetansen sosionomen har innenfor forvaltning, tverrprofesjonelt samarbeid og kjennskap til det øvrige hjelpeapparat, vil også kunne bidra til at de eldre får sine rettigheter til offentlige tjenester ivaretatt. I og med at pasientgruppene innen rus og psykisk helse blir eldre er det også naturlig at sosialarbeidere må bli en større faggruppe i eldreomsorgen. Slik situasjonen er nå er andelen som arbeider innen eldreomsorg med sosialfaglig utdanning liten, og dette er et område som må styrkes i fremtiden. Samtidig vet vi at det er mangel på helsepersonell i eldreomsorgen, og større innslag av sosialfaglig personell vil kunne avhjelpe dette.

Særlig om tjenester til personer med utviklingshemming

Allerede nå mangler Norge 20 000 vernepleiere. Det tar tid å utdanne flere, og utdanningskapasiteten må økes. Men en må også vurdere hvordan en kan få vernepleiere som ikke jobber i helsesektoren i dag til å velge det fremfor andre

sektorer. FOs undersøkelse «Det som skal til»⁸ viser blant annet viktige faktorer som har betydning for å rekruttere vernepleiere. Kommunen må opprette flere vernepleierstillinger i tjenester til utviklingshemmede. Minst 70 % av de ansatte må ha relevant helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning, hvorav hovedtyngden skal være vernepleiere. Videre må kommunen kartlegge kompetanse i tjenestene og legge en plan for kompetansehevede tiltak.

Turnus må tilpasses individuelle behov og ansatte må få mer innflytelse over egen turnusordning på arbeidsplassen. Faglige møtepunkter mellom vernepleiere i enheter hvor det er lite eller ingen faglig fellesskap må opprettes. Helsedirektoratets veileder om Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming⁹ må følges opp og partssamarbeidet med fagorganisasjonene må styrkes for å sikre rett kompetanse på rett plass. Veilederen viser også til behovet for vernepleiere i tjenestene og som ledere.

Samhandling

Et av de store problemene i helsetjenestene er overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette gjelder både rus, psykisk helse og somatikk. Overgangene må bli bedre og smidigere, og her kan vi se for oss at sosialarbeidere i mye større grad kan være en del av dette. Sosialarbeidere som har ansvar for å være bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ville ha løst en rekke problemer knyttet til kommunes oppfølging. Sosionomutdanningen legger særlig vekt på å utdanne sosialarbeidere som er gode på tverrfaglig samarbeid, og hvor sosionomen ofte vil ha en koordinerende rolle. Vi mener en satsning på å tilsette sosionomer med koordineringsansvar i helse- og omsorgstjenestene i kommunene ville være et viktig bidrag til å sikre gode, sammenhengende og koordinerte behandlingstilbud.

Det er også behov for mer tverrfaglig arbeid innen andre helsefaglige lavterskeltilbud i kommunene. Spesielt vil vi trekke frem å styrke skolehelsetjenesten med miljøterapeuter med sosialfaglig kompetanse. Rapporten *Sosialfaglig kompetanse i skolen*⁷ viser hvordan miljøterapeuter med profesjonsutdanning som barnevernspedagog, sosionom eller vernepleier har kompetanse på å ivareta elevenes helhetlige behov. Flere ansatte med sosialfaglig kompetanse og en satsning på tverrfaglig skole og miljøterapeuter med sosialfaglig profesjonsutdanning for å indentifisere og følge opp barn som trenger ekstra bistand styrker det psykososiale miljøet.

Avslutning

FO vil informere om at vi har inngått et forskningssamarbeid med Nord universitet. Det overordnede tema for prosjektet er status og posisjon for sosialfaglige perspektiver og sosialfaglig kompetanse innenfor helse- og velferdstjenestene, hvordan dette har utviklet seg gjennom de senere årene og hvilke forhold som har bidratt til en slik utvikling. Det er utviklingen av sosialfaglig perspektiver og kompetanse som er prosjektets kjerne. Prosjektet er

⁸ <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/det-som-skal-til-en-undersokelse-om-faktor-er-med-betydning-for-rekruttering-av-vernepleiere-article12237-1335.html>

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>

omfattende, og funnene vil være svært relevante for helsepersonellkommisjonen. Prosjektet skal være ferdigstilt til oktober 2022, og vi vil med dette varsle om at vi ønsker å presentere disse funnene for dere i høst.

Med hilsen

Sign
Mimmi Kvisvik
Forbundsleder

Sign
Anine Terland
Seniorrådgiver

Lenker til FOs kompetanseprofiler for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere:

Informasjon om barnevernspedagogens kompetanse:

<https://www.fo.no/barnevernspedagog/>

Informasjon om sosionomens kompetanse: <https://www.fo.no/sosionom/>

- Om sosionomen i somatiske sykehus: <https://www.fo.no/getfile.php/1315433-1552645689/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Sosionomer%20i%20somatiske%20sykehus.pdf>
- Om sosionomen i kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/sosionomen-i-kommunenes-helse-og-omsorgstjenester-article5617-1320.html>
- Om sosionomen i spesialisthelsetjenestene: <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/sosionomen-i-spesialisthelsetjenestene-article5616-1320.html>
- Om sosionomen i Nav: <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/sosionomen-i-nav-article5615-1320.html>
- Om sosionomer og sosialt arbeid: <https://www.fo.no/getfile.php/1311738-1548957643/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Sosionomer%20og%20sosialt%20arbeid.pdf>
- Sosionomer i skolen: https://www.fo.no/getfile.php/1316286-1556876112/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/sosiskolen_2010NY%20%281%29.pdf

Informasjon om vernepleierens kompetanse: <https://www.fo.no/vernepleier/>

- Om vernepleieren som helsepersonell og rettsanvender: <https://www.fo.no/getfile.php/1311768-1548957742/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Om%20vernepleieren%20som%20helsepersonell%20og%20rettsanvender.pdf>
- Vernepleieren i rusomsorgen: <https://www.fo.no/getfile.php/1324057-1578301729/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20rusomsorg.pdf>
- Vernepleieren i skolen: <https://www.fo.no/getfile.php/1311801-1548957840/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20skolen.pdf>
- Vernepleiere i psykisk helse: <https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf>
- Vernepleieren i demensomsorgen: <https://www.fo.no/getfile.php/1311777-1548957771/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleier%20i%20demensomsorgen.pdf>

Statistisk utvikling – profesjoner i spesialisthelsetjenesten

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Prosentvis endring fra 2008	Antall endring fra 2008	
Psykisk helsevern	Leger	1339	1552	1602	1705	1760	1787	1856	1999	2078	2135	2190	2243	2277	70,05 %	938	
	Psykologer	1879	2113	2251	2351	2451	2577	2710	2911	3016	3072	3130	3242	3432	82,65 %	1553	
	Spesialsykepleiere og jordmødre	3251	3317	3455	3574	3597	3510	3507	3648	3632	3550	3468	3404	3346	2,92 %	95	
	Sykepleiere	2045	2292	2356	2380	2309	2223	2200	2243	2245	2266	2323	2407	2405	17,60 %	360	
	Vernepleiere	727	738	756	811	839	858	904	975	1005	1035	1076	1114	1169	60,80 %	442	
	Barnevernspedagoger, sosionomer o.l.	1606	1856	1938	1991	1904	1853	1805	1794	1786	1776	1774	1752	1743	8,53 %	137	
	Somatikk																
	Leger	8844	9327	9486	9835	10214	10484	10986	12094	12432	12839	13225	13697	14162	60,13 %	5318	
	Psykologer	301	278	286	278	307	307	304	304	339	363	357	383	412	419	39,20 %	118
	Spesialsykepleiere og jordmødre	11437	11685	11918	12127	12426	12499	12675	13646	13631	13734	13967	13819	14099	23,28 %	2662	
Sykepleiere	15718	15875	15869	15875	16098	15899	16510	18118	18341	18506	18785	19361	20034	27,46 %	4316		
Vernepleiere	244	254	261	222	218	233	231	301	299	324	347	343	331	331	35,66 %	87	
Barnevernspedagoger, sosionomer o.l.	308	336	343	369	360	382	396	422	418	431	436	423	436	41,56 %	128		
Rusbehandling (TSB)																	
Leger	59	71	103	129	128	131	159	193	225	241	247	271	308	422,03 %	249		
Psykologer	235	268	311	335	336	349	374	451	448	463	465	469	495	110,64 %	260		
Spesialsykepleiere og jordmødre	191	191	216	249	277	313	341	374	417	442	442	425	428	124,08 %	237		
Sykepleiere	311	353	426	466	479	478	499	581	570	566	600	651	669	115,11 %	358		
Vernepleiere	238	228	280	287	258	281	276	328	364	392	380	370	362	52,10 %	124		
Barnevernspedagoger, sosionomer o.l.	464	570	624	681	698	596	666	758	736	761	750	746	770	65,95 %	306		

Med vennlig hilsen

Anine Terland
Fagleder