

Utredning vedrørende en eventuell  
**autorisasjonsordning**  
for sosialpersonell

Juni 2003

# Innholdsfortegnelse

<b>BAKGRUNN</b>	4
<b>SAMMENDRAG</b>	4
<b>1 INNLEDNING</b>	5
<b>1.1 Begrepsavklaring</b>	5
<b>1.2 Autorisasjon</b>	6
1.2.1 Hovedformålet med autorisasjonsordningen	6
1.2.2 Vilkår for at grupper autoriseres	6
1.2.3 Lov om helsepersonell § 48 Autorisasjon	7
1.2.4 Reaksjoner ved brudd på helsepersonellovens bestemmelser	8
1.2.5 Helse- og sosialmyndighetenes muligheter til å påvirke det faglige Innholdet i utdanningene	9
<b>2 GRUPPER SOSIALPERSONELL SOM BØR KUNNE VURDERES FOR AUTORISASJON</b>	10
<b>2.1 Helse- og sosialpersonell med utdanning på videregående skoles nivå</b>	10
2.1.1 Oversikt over aktuelle yrkesgrupper	10
2.1.2 Vurdering av behovet for at flere yrkesgrupper med utdanning på videregående skoles nivå bør vurderes regulert gjennom en autorisasjonsordning	10
<b>2.2 Helse- og sosialfaglige utdanninger i høyskolesystemet</b>	11
2.2.1 Grunnutdanninger i helse- og sosialfag, antall utdanningssteder og utdanningenes varighet pr mai 2001	11
2.2.2 Fordeling av grunnutdanninger innen helse- og sosialfag i de statlige Høyskolene pr mai 2001	11
2.2.3 Helse- og sosialfaglige høyskoleutdanninger som skal, bør eller kan Ha praksis innen spesialisthelsetjenesten	13
<b>2.3 Andre departements arbeid med betydning for vurdering av autorisasjonsordning for sosialpersonell</b>	14
2.3.1 Barne- og familiedepartementets vurdering av en eventuell autorisasjonsordning for sosialpersonell	14
2.3.2 Utdannings- og forskningsdepartementet – kvalitetsreform av høyere utdanning	15
<b>2.4 Vurdering - personellgrupper som bør kunne vurderes regulert gjennom en autorisasjonsordning</b>	16
2.4.1 Utdanning på videregående skoles nivå	16
2.4.2 Utdanning på høyskolenivå	16
<b>2.5 Konklusjon - grupper sosialpersonell som bør vurderes for autorisasjon</b>	17

<b>3</b>	<b>VURDERING AV EN EVENTUELL AUTORISASJONS- ORDNING FOR SOSIALPERSONELL</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Nærmere om kriterier for at grupper autoriseres</b>	<b>17</b>
3.1.1	Vedrørende vurdering av en autorisasjonsordning for helsepersonell- grupper ut fra utdanningenes karakter og innhold	18
3.1.2	Vedrørende vurdering av en autorisasjonsordning for helsepersonell- grupper ut fra yrkesrollenes karakter og innhold	18
3.1.3	Vedrørende vurdering av en autorisasjonsordning for helsepersonell- grupper ut fra internasjonale forhold	19
<b>3.2</b>	<b>Helsedepartementets vurdering av behovet for autorisasjon for sosionomer og barnevernspedagoger</b>	<b>19</b>
<b>3.3</b>	<b>Vurdering av sosionomer og barnevernspedagogers utdanning og yrke samt internasjonale forhold</b>	<b>20</b>
3.3.1	Vedrørende sosionom- og barnevernspedagogutdanningenes karakter og innhold	20
3.3.1.1	Vurdering av sosionom- og barnevernspedagogutdanningenes karakter og innhold	23
3.3.2	Vedrørende yrkenes karakter og innhold	24
3.3.2.1	Kommunenivå	24
3.3.2.2	Statlig nivå	27
	Somatiske sykehustjenester	28
	Psykisk helsevern / helsearbeid	29
	Regional stat	30
3.3.2.3	Familievern	30
3.3.2.4	Næringsvirksomhet	31
3.3.2.5	Vurdering av sosionomyrkets karakter og innhold	31
3.3.3	Kommunalt og fylkeskommunalt barnevern	33
3.3.3.1	Vurdering av sosionomer og barnevernspedagogers ansvarsområder innen barnevernstjenestene	34
3.3.4	Vurdering av en autorisasjonsordning for sosialpersonell ut fra internasjonale forhold	35
<b>3.4</b>	<b>Tjenestemottakerne - behov og ønsker for kvalitet på de tjenester som sosialpersonell tilbyr</b>	<b>35</b>
<b>3.5</b>	<b>Virksomhetsnivå - behov og ønsker for kvalitet på de tjenester som sosialpersonell tilbyr</b>	<b>37</b>
<b>3.6</b>	<b>Sentralt statlig helse- og sosialnivå - behov og ønsker for kvalitet på de tjenester som sosialpersonell tilbyr</b>	<b>38</b>
<b>3.7</b>	<b>Konklusjon vedrørende grunnlaget for vurdering av en autorisasjonsordning</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>REGULERING – OG ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV EN AUTORISASJONSORDNING</b>	<b>41</b>

## BAKGRUNN

Direktoratet viser til Statsbudsjettet 2002 – kap. 706 Sosial- og helsedirektoratet – tildeling av bevilgning:

- Kap 3 Fellesoppgaver fra Sosialdepartementet og Helsedepartementet, punkt 3.3 Tiltaksplan mot fattigdom, hvor det heter: Sosial- og helsedirektoratet skal i løpet av 2002 utrede en autorisasjonsordning for sosionomer.
- Kap 4 Spesifikke oppgaver fra Sosialdepartementet, punkt 4.1.7. Med bakgrunn i dette punkt har Sosial- og helsedepartementet fått i oppdrag av Sosialdepartementet å bidra til stortingsmelding om "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten". I Sosialdepartementets oppdragsbrev av 1. juli 2002 heter det under punktet Regulering av sosialpersonells virksomhet blant annet:

"Sosialdepartementet er kjent med at SHDir vil utrede autorisasjonsordninger for sosionomer. Vi ber om tilbakemelding på tidsaspektet for den videre prosessen i denne konkrete saken. Departementet ber også direktoratet om en foreløpig vurdering av om flere grupper av sosialpersonell bør underlegges autorisasjonsordninger og om en eventuell regulering av sosialpersonells rettigheter og plikter mest hensiktsmessig bør skje gjennom eksisterende lovgivning (helsepersonelloven) eller på annen måte."

## SAMMENDRAG

- Del 1 Innledningsvis omhandles i hovedsak begrep og ulike forhold knyttet til autorisasjonsinstituttet etter lov om helsepersonell, og som synes viktig i forbindelse med drøfting og vurdering av sosialpersonells utdanning, yrke og eventuell autorisasjon. Direktoratet velger dette utgangspunkt i det det verken er en egen lov om helse- og sosialpersonell eller sosialpersonell
- Del 2 Her gis en vurdering av om grupper av sosialpersonell bør underlegges en autorisasjonsordning. Etter en gjennomgang og vurdering av de ulike helse- og sosialfaglige utdanninger på videregående skoles nivå og høyskolenivå, konkluderer direktoratet med at en i tillegg til å vurdere en eventuell autorisasjonsordning for sosionomer, også bør foreta en foreløpig vurdering av hvorvidt barnevernspedagoger bør underlegges autorisasjon.
- Del 3 Kriterier som ligger til grunn ved vurdering av en eventuell autorisasjon gjennomgås, dernest drøftes hvorvidt sosionomer (og til dels barnevernspedagoger) fyller de kriterier som er satt for å få autorisasjon etter lov om helsepersonell. Det konkluderes med at sosionomers utdanning og yrke synes å tilfredsstillte kriterier som ligger til grunn for vurdering av autorisasjon etter helsepersonelloven. Ut fra de foreløpige vurderingene anta direktoratet at det også er riktig at barnevernspedagoger bør vurderes underlagt en autorisasjonsordning. Dernest ser direktoratet nærmere på forhold knyttet til tjenestemottakernes -, virksomhetenes – og sentrale statlige myndigheters behov for kvalitet og forutsigbarhet innen tjenestetilbudene på kort og lengre sikt.
- Del 4 Avslutningsvis gis en vurdering av hvor en eventuell autorisasjonsordning for sosionomer og eventuelt barnevernspedagoger bør lovhjemles, samt økonomiske

konsekvenser knyttet til administrering av ordningen. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at det på sikt bør arbeides for å utrede en felles lov for helse- og sosialpersonell, alternativt en lov for sosialpersonell hvor autorisasjonsordning for sosialpersonell lovhjemles. På nåværende tidspunkt anbefaler direktoratet at en autorisasjonsordning for sosionomer og eventuelt barnevernspedagoger lovhjemles i lov om helsepersonell, § 48, 4. ledd.

## I INNLEDNING

Det er pr. d.d. ikke en egen lov for helse- og sosialpersonell eller sosialpersonell. Sosial- og helsedirektoratet velger derfor i hovedsak å fokusere på begrep og forhold knyttet til autorisasjonsordningen etter lov om helsepersonell, og som synes relevant i forbindelse med drøfting og vurdering av sosialpersonells utdanning og yrke med tanke på en eventuell autorisasjon.

### 1.1 Begrepsavklaring

Formålet med helsepersonelloven er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste.

**Helsepersonell, helsehjelp og helseinstitusjon** defineres i følge helsepersonellovens § 3 Definisjoner som følger:

”Med helsepersonell menes i denne lov:

1. personell med autorisasjon etter § 48 eller lisens etter § 49,
2. personell i helsetjenesten eller apotek som utfører handlinger som nevnt i tredje ledd,
3. elever og studenter som i forbindelse med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredjeledd.

Departementet kan i forskrift bestemme at loven eller enkelte bestemmelser i loven skal gjelde for nærmere angitt personell som ikke omfattes av første ledd.

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell.

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten.”

De personellgruppene som ikke omfattes av autorisasjonsordningen betraktes ikke som helsepersonell når de arbeider utenfor helsetjenesten. Autorisert helsepersonell er helsepersonell også når de arbeider utenfor helsetjenesten, og omfattes følgelig også da av lov om helsepersonell.

**Helsetjenesten** defineres i lov om pasientrettigheter §1-3 bokstav d som:

”primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten”.

Det er imidlertid ikke alltid like klart hva som er å betrakte som helsetjeneste og ikke, et eksempel kan være ulike institusjoner for rusmiddelmissbrukere. Etablering av nye organisasjonsformer, hvor en samordner helsetjenester og andre tjenester, vil eksempelvis medføre ulike reaksjoner på sammenlignbare kritikkverdige forhold hos personell uten autorisasjon avhengig av hvor i organisasjonen de arbeider.

## 1.2 Autorisasjon

### 1.2.1 Hovedformålet med autorisasjonsordningen

Hovedformålet er i følge Ot prp nr 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven) , pkt 14.2 Forslaget i høringsnotatet:

”Hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet. Autorisasjonsordningen skal sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner til å inneha en bestemt yrkesrolle. Under yrkesutøvelsen skal autorisasjonen være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. Dette innebærer at helsepersonell som anvender en beskyttet tittel, har en felles utdanningsbakgrunn. Autorisert helsepersonell må oppfylle de krav til yrkesutøvelsen som finnes i lov eller forskrift. Hvis autorisert helsepersonell begår pliktbrudd, kan det reageres på dette med tilbakekall av autorisasjon såfremt helsepersonellet finnes uskikket. Dette kommer i tillegg til eventuelle reaksjoner fra arbeidsgiver. På denne måten kan det offentlige gjennom tilsyn med helsetjenesten sikre at personell som utsetter pasienters liv eller helse for risiko fratras muligheten til å fortsette med sin risikofylte virksomhet, slik at kvalitet og sikkerhet for pasientene opprettholdes.”

### 1.2.2 Vilkår for at grupper autoriseres

I Ot prp nr 13 Om lov om helsepersonell m.v., pkt 15.4 Sosial- og helsedirektoratets vurdering, heter det at utgangspunktet for vurderingen om en yrkesgruppe skal komme inn under autorisasjonsordningen er hensynet til pasienters sikkerhet, og om helsepersonell i sin yrkesutøvelse tar beslutninger eller utfører handlinger som kan innvirke på pasientsikkerheten. Det legges videre vekt på om utdanningen leder til arbeid innenfor helsevesenet og om yrkesrollen innebærer en viss selvstendig pasientkontakt. Departementet finner ikke at alle kriteriene må innfris. Ved vurderingen av om en yrkesgruppe skal gis autorisasjon, må de ulike kriterier vektlegges forskjellig alt etter hvilke oppgaver yrkesgruppen skal utføre.

I Inst. O. nr. 58 (1998 – 99) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v. , uttaler komiteen blant annet følgende vedrørende autorisasjon:

”Komiteen har merket seg at det foreslås at ikke bare leger og tannleger nå skal gis autorisasjon, men at alle grupper som oppfyller kravene til det, skal autoriseres i stedet for å få offentlig godkjenning.

Komiteen er enig i at dette kan være gunstig ut fra pasientenes krav på å bli beskyttet mot ukyndige utøvere, kontroll med helsepersonellens yrkesutøvelse bl.a. gjennom mulighet til å tilbakekalle autorisasjonen, og at autorisasjonen gir en garanti for personellens kunnskapsnivå og skikkethet. Komiteen slutter seg til at de viktigste kriteriene for å gi helsepersonell autorisasjon er at de arbeider selvstendig og har utstrakt pasientkontakt.

Komiteen viser til proposisjonens prinsipielle begrunnelse for autorisasjonsgiving til yrkesgrupper og er enig i denne.

Komiteen støtter departementets forslag om en betydelig utvidelse av autorisasjonsberettigede helsegrupperinger. Dette vil etter komiteens mening styrke

den faglige ansvarlighet i pasientbehandlingen, det kan være seg i annenlinjetjenesten som i primærhelsetjenesten”

Som det fremgår av ovennevnte er det visse kriterier som en personellgruppe må oppfylle for å få autorisasjon, disse kan imidlertid vektlegges ulikt alt etter hvilke oppgaver yrkesgruppen skal utføre. De viktigste kriterier for å gi helsepersonell autorisasjon, er i følge ovennevnte innstilling fra sosialkomiteen at de arbeider selvstendig og har utstrakt pasientkontakt.

Før 1. januar 2001 var følgende 17 helsepersonellgrupper omfattet av godkjenningsordninger: leger, tannleger, tannpleiere, fysioterapeuter, sykepleiere, kiropraktorer, psykologer, jordmødre, hjelpepleiere, vernepleiere, optikere, ergoterapeuter, ortopediingeniører, bioingeniører, fotterapeuter, radiografer og pleiere i psykiatriske sykehus (overgangsordning inntil 2001)

Da lov om helsepersonell trådte i kraft ble ordningen utvidet med 11 yrkesgrupper, slik at 27 yrkesgrupper omfattes av autorisasjonsordningen.

### **1.2.3 Lov om helsepersonell § 48 Autorisasjon:**

”Autorisasjonsordningen etter denne lov omfatter følgende grupper helsepersonell:

- a) ambulansearbeider
- b) apotektekniker
- c) audiograf
- d) bioingeniør
- e) ergoterapeut
- f) farmasøyt
- g) fotterapeut
- h) fysioterapeut
- i) helsesekretær
- j) hjelpepleier
- k) jordmor
- l) kiropraktor
- m) klinisk ernæringsfysiolog
- n) lege
- o) omsorgsarbeider
- p) optiker
- q) ortopediingeniør
- r) ortoptist
- s) perfusjonist
- t) psykolog
- u) radiograf
- v) sykepleier
- w) tannhelsesekretær
- x) tannlege
- y) tannpleier
- z) tanntekniker
- æ) vernepleier

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring,
- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,
- c) er under 75 år og
- d) ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

- a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngod med tilsvarende norsk eksamen
- b) har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter §52, eller
- c) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonellgrupper som ikke omfattes av første ledd kan gis autorisasjon etter søknad. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formål med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.

Departementet kan i forskrift fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe, herunder at kravene skal gjelde for de som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning ved forskriftens ikrafttredelse.”

I fjerde ledd er det fastslått at departementet ved forskrift kan bestemme at helsepersonell som ikke omfattes kan gis autorisasjon etter loven.

I Helsepersonelloven med kommentarer, 2. Utgave 2001 (Anne Kjersti Befring et al) heter det.:

”En fullmaktsbestemmelse gir departementet anledning til å etablere godkjenningsordninger for grupper som ikke er særskilt nevnt i loven. At Stortinget har gitt denne fullmakten til departementet, er imidlertid ikke til hinder for at departementet velger å ikke bruke den, men å overlate spørsmålet om autorisasjon for nye grupper til Stortinget. Det vil være særlig aktuelt hvis autorisasjon for nye grupper forventes å bli politisk kontroversielt.”

De 17 grupper som tidligere var omfattet av ordningen ble automatisk innlemmet i den nye. Dette ble i lovmotivene begrunnet med at tidligere offentlig godkjenning eller autorisasjon har vært et selvstendig avgjørende forhold ved siden av vilkår knyttet til; utdanningens karakter og innhold, yrkesrollenes karakter og innhold og internasjonale forhold.

For de nye 11 helsepersonellgruppene som autorisasjonsordningen omfatter fra 01.01.2001, fastsatte Sosial- og helsedepartementet 21.12.2000 ”Forskrift om overgangsordning for autorisasjon og lisens til yrkesutøvere i nye regulerte helsepersonellgrupper.” Forskriften inneholder oversikt over hvilke krav som skal stilles til hver enkelt yrkesgruppe for å få autorisasjon eller lisens. Forskriften oppheves 31.12.2008. Samtidig er det også vedtatt en ”Forskrift om overgangsordning for autorisasjon av hjelpepleiere og bioingeniører”.

#### **1.2.4 Reaksjoner ved brudd på helsepersonellovens bestemmelser**

Helsepersonell er underlagt følgende to kontroll- og tilsynssystem:



1. Arbeidsgivers styrings- og instruksjonsmyndighet som følge av arbeidsmiljøloven og tjenestemannsloven. Dette gjelder alt helsepersonell ansatt innen helsetjenesten uavhengig av autorisasjon eller ei.
2. Helsetilsynets hjemmel for å ilegge advarsel overfor alt helsepersonell etter §56 i helsepersonelloven. Advarselen gis som et enkeltvedtak, og kan påklages til Statens helsepersonellnemnd.

Helsetilsynets hjemmel for å tilbakekalle autorisasjon for helsepersonell, suspensjon av autorisasjon og begrensning av autorisasjonen etter §§ 57 – 59 i helsepersonelloven.

Innen dagens helsetjenester kan ulike yrkesgrupper med og uten autorisasjon bli tillagt samme arbeidsoppgaver, eksempelvis innen kommunal sosialtjeneste og psykisk helsearbeid. Ovennevnte kontroll- og tilsynssystem medfører ulike reaksjoner på sammenlignbare brudd på lovens bestemmelser for yrkesgrupper med og uten autorisasjon som arbeider innen helsetjenesten. Utenfor helsetjenesten vil yrkesgrupper uten autorisasjon kun være underlagt arbeidsgivers styrings- og instruksjonsmyndighet, jf arbeidsmiljøloven og tjenestemannsloven. En følge kan eksempelvis være at yrkesgrupper uten autorisasjon som ikke er egnet til å utøve sitt yrke, kan etablere seg på nytt i en annen offentlig virksomhet eller privat, mens ansatte med autorisasjon kan bli fratatt muligheten til å utøve sine yrker uavhengig av arbeidssted.

### **1.2.5 Helse- og sosialmyndighetenes muligheter til å påvirke det faglige innholdet i utdanningene**

På det tidspunkt helsepersonelloven ble iverksatt ga sosial- og helsemyndighetene faglige anbefalinger i forhold til rammeplaner (for høyskoler) og læreplaner (for videregående skole), som Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet godkjente. Etter KUFs oppfatning var det både selvfølgelig og viktig at helsemyndighetenes syn ble tillagt stor vekt ved opprettelse av nye utdanningstilbud og ved utarbeidelse av rammeplaner. I Innst. O. Nr. 58 – 1998-99 (Sosialkomiteens innstilling) heter det at helsemyndighetenes behov for å påvirke det faglige innhold i helsefagutdanningene etter departementets oppfatning var tilfredsstillende ivaretatt gjennom daværende ordninger.

Som ledd i Kvalitetsreform av høyere utdanning ble lov av 12. mai 1995 om universiteter og høyskoler endret med virkning fra 1. juli 2002. Kvalitetsreformen legger til grunn at antall rammeplaner skal reduseres og at de gjenværende skal bli mindre omfangsrike og detaljerte. I dette arbeidet ønsker UFD å ta som utgangspunkt blant annet at de helsefagutdanningene som i dag har rammeplaner, og som kvalifiserer til yrkesutøvelse der det er krav om autorisasjon, fortsatt bør ha rammeplaner. For de øvrige sosial- og helsefagutdanningene på høyskolenivå vil det for den enkelte utdanningsinstitusjon i større grad bli mulig å påvirke form og innhold i utdanningene. Høyskolene kan selv også opprette og legge ned utdanninger av inntil tre års varighet.

## **2 GRUPPER SOSIALPERSONELL SOM BØR KUNNE VURDERES FOR AUTORISASJON**

I tilknytning til arbeidet med stortingsmeldingen om ”Kvalitet i omsorgstjenesten” er Sosial- og helsedirektoratet bedt om en foreløpig vurdering av om flere grupper av sosialpersonell bør underlegges en autorisasjonsordning. I denne del gis det en vurdering av hvorvidt flere grupper helse- og sosialpersonell med utdanning på videregående skoles nivå og høyskolenivå bør vurderes underlagt en autorisasjonsordning.

### **2.1 Helse- og sosialpersonell med utdanning på videregående skoles nivå**

#### **2.1.1 Oversikt over aktuelle yrkesgrupper**

I følge Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003 – 2006 er følgende yrker på videregående skoles nivå å betrakte som helse- og sosialpersonell:

- ambulansarbeider, har autorisasjon
- apotektekniker, har autorisasjon
- barne- og ungdomsarbeider, har ikke autorisasjon
- aktivitør, har ikke autorisasjon
- helsesekretær, har autorisasjon
- hjelpepleier, har autorisasjon
- hudpleier, har ikke autorisasjon
- omsorgsarbeider, har autorisasjon
- foterapeut, har autorisasjon
- tannhelsesekretær, har autorisasjon

#### **2.1.2 Vurdering av behovet for at flere yrkesgrupper med utdanning på videregående skoles nivå bør vurderes regulert gjennom en autorisasjonsordning**

Barne- og ungdomsarbeiderutdanningen rettes primært inn mot barnehager, skoler, skolefritidsordninger og fritidsklubber. I den grad de arbeider innen helse- og sosialsektoren skjer det i samarbeid med annet helse- og sosialfaglig personell. Yrkesgruppen antas derfor ikke å være en prioritert gruppe med tanke på vurdering for autorisasjon som helse- og/eller sosialpersonell.

I Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003 – 2006 er ett av tiltakene en modernisering av fagstrukturen og yrkestitlene i helse- og sosialfagene i videregående opplæring. Siktemålet er at yrkesrollene skal bli tydeligere.

Innspill til en ny og bedre struktur, medregnet forslaget fra yrkesorganisasjonene om å slå sammen hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene, kommer til å bli vurdert når utdanningsmyndighetene skal modernisere strukturen i hele utdanningsløpet. Arbeidet er påbegynt og en forventer at Sosial- og helsedirektoratet har ferdigstilt første del av arbeidet i 2003.

## 2.2 Helse- og sosialfaglige utdanninger i høyskolesystemet

### 2.2.1 Grunnutdanninger i helse- og sosialfag, antall utdanningssteder og utdanningenes varighet pr mai 2003 (inkl. private høyskoler)

Utdanning	Antall	Varighet
Sykepleier, har autorisasjon	28	3 år
Sosionom, har ikke autorisasjon	12	3 år
Barnevernspedagog, har ikke autorisasjon	10	3 år
Vernepleier, har autorisasjon	12	3 år
Bioingeniør, har autorisasjon	6	3 år
Ergoterapeut, har autorisasjon	4	3 år
Fysioterapeut, har autorisasjon	4	3 år
Radiograf, har autorisasjon	5	3 år
Audiograf, har autorisasjon	1	2 år
Reseptar, har autorisasjon	2	3 år
Ortopediingeniør, har autorisasjon	1	3 år
Tannpleier, har autorisasjon	1	2 år
Tanntekniker, har autorisasjon	1	3 år

Ovennevnte viser det blant helse- og sosialfaglige utdanninger på høyskolenivå kun er utdanningene som fører fram til yrker som sosionom og barnevernspedagog, som ikke omfattes av autorisasjonsordning etter helsepersonellovens § 43 2. ledd.

### 2.2.2 Fordeling av grunnutdanninger innen helse- og sosialfag i de statlige høyskolene pr mars 2003

HØYSKOLE	AVDELING	UTDANNING
Agder	Avdeling for: Helse- og idrettsfag Økonomi- og samfunnsfag	sykepleier, vernepleier sosionom
Akershus	Avdeling for: Sykepleierutdanning Vernepleierutdanning	sykepleier vernepleier
Bergen	Avdeling for: Helse- og sosialfag Ingeniørutdanning	ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, radiograf, sosionom, vernepleier, bioingeniør
Bodø	Avdeling for: Helsefag Samfunnsfag	sykepleier barnevernspedagog, sosionom
Buskerud	Avdeling for: Sykepleierutdanning	sykepleier
Finnmark	Avdeling for: Helsefag Fritid- og kulturfag	sykepleier barnevernspedagog, sosionom

Gjøvik	Avdeling for: Helsefag	sykepleier, radiograf (i samarbeid med Høgskolen i Bergen)
Harstad	Avdeling for: Helse- og sosialfag	barnevernspedagog, sykepleier, vernepleier
Hedmark	Avdeling for: Sykepleierutdanning	sykepleier
Lillehammer	Avdeling for: Helse- og sosialfag	barnevernspedagog, sosionom, vernepleier
Molde	Avdeling for: Helsefag	sykepleier, vernepleier (desentr.fra Sør-Trønd.)
Narvik	Avdeling for: Helse- miljø- og samfunnsfag	sykepleier
Nesna	Avdeling for frie studier og oppdrag	sykepleier (i samarbeid med Narvik)
Nord-Trøndelag	Avdeling for: sykepleier-, ingeniør- og lærerutdanning	sykepleier, vernepleier, reseptar
Oslo	Avdeling for: Helsefag Sykepleierutdanning  Økonomi-, kommunal- og sosialfag	bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, radiograf, reseptar, ortopediingeniør, tanntekniker sykepleier, barnevernspedagog, sosionom
Sogn og Fjordane	Avdeling for: Samfunnsfag Helsefag	barnevernspedagog, sosionom sykepleier, vernepleier
Stavanger	Avdeling for: Helse- og sosialfag	barnevernspedagog, sosionom sykepleier
Stor/Haugesund	Avdeling for: Førebyggjande helsearbeid Helse- og samfunnsfag	sykepleier (Stord) sykepleier (Haugesund)
Sør-Trøndelag	Avdeling for: Helse- og sosialfag  Teknologi	audiograf, barnevernspedagog ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, sykepleier, vernepleier bioingeniør, radiograf
Telemark	Avdeling for: Helse- og sosialfag	barnevernspedagog, sykepleier, vernepleier
Tromsø	Avdeling for: Helsefag	bioingeniør, ergoterapeut, fysioterapeut, radiograf, sykepleier, tannpleier (2 årig)
Vestfold	Avdeling for: Helsefag	sykepleier
Volda	Avdeling for: Samfunnsfag	barnevernspedagog, sosionom
Østfold	Avdeling for: Helsefag	bioingeniør, sykepleier, vernepleier, sosionom, barnevernspedagog
Ålesund	Avdeling for: Helse- og næringsfag	bioingeniør, sykepleier

Ovennevnte viser at de 13 helse- og sosialfaglige utdanninger på høyskolenivå pr. mars 2003 var fordelt på 25 utdanningssteder. Sosionomer og barnevernspedagoger ble utdannet ved 13 høyskoler, eller ved 52% av totalt antall studiesteder.

Fra 1. juli 2002 kan statlige høyskoler, etter lov om universitet og høyskoler § 46, selv etablere og legge ned studietilbud som inngår i den lavere graden (bachelorgraden).

Som en konsekvens av at sentralt fastsatte rammeplaner nå vil omfatte helsepersonellgrupper med autorisasjon, kan studiestedene selv foreta endringer i form og innhold i de studietilbudene som ikke vil være underlagt sentralt vedtatte rammeplaner, dvs de utdanninger som ikke fører frem til autorisasjon. En følge kan bli at blant annet det faglige fundamentet som sistnevnte yrker bygger på, blir uoversiktlig og uensartet. For helse- og sosialmyndighetene vil det også bli vanskelig å bidra til å kvalitetssikre innholdet i utdanningene på landsbasis.

### 2.2.3 Helse- og sosialfaglige høyskoleutdanninger som skal -, bør - eller kan ha praksis innen spesialisthelsetjenesten

I mange helse- og sosialfaglige høyskoleutdanninger inngår praksisstudier som enten skal eller kan legges til spesialisthelsetjenesten.

Nedenfor følger en tabell som viser økningen i opptakskapasitet innen nevnte grupper, målt i antall registrerte heltidsekvivalenter.

Utdanning	1990	1998	2001	%-økning 1990-2001
Sykepleie	2519	4100	4414	75,2
Bioingeniør	186	269	252	35,5
Radiograf	84	136	239	184,5
Ergoterapeut	80	189	253	216,3
Fysioterapeut	184	305	328	78,3
Vernepleier	300	793	895	198,3
Sosionom	367	795	965	162,9
Barnevernsped.	220	677	801	264,1
<b>Sum</b>	<b>3940</b>	<b>7264</b>	<b>8147</b>	<b>106,8</b>

*Kilde: Praksisopplæring i spesialisthelsetjenesten – Arbeidsgrupperapport 2002*

Ovennevnte oversikt viser at det har vært en sterk økning i utdanningskapasiteten innen heltidsstudier, samtidig vet vi at det er behov for ytterligere økning av opptakskapasiteten innen flere av studiene. I tillegg til ovennevnte, tilbys flere høyskolestudier også som deltidsstudium over 4 år.

I spesialisthelsetjenesteloven §3-5 heter det at Regionale helseforetak skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen regionen.. I merknadene til denne paragrafen heter det i Ot prp nr 66 (2000 –2001) Ny lov om helseforetak følgende:

”Videre vil de regionale helseforetakene etter bestemmelsen ha et ansvar for at det samlede undervisnings- og opplæringstilbud innen helseregionen er av en kvalitet som sikrer at de gruppene som har behov for undervisning og opplæring, oppnår tilstrekkelig kompetanse.”

Det er kun for sykepleier-, bioingeniør- og radiografutdanningene at rammeplanene stiller krav om praksis i spesialisthelsetjenesten. De øvrige utdanningene kan ha praksis i spesialisthelsetjenesten, men praksis på dette forvaltningsnivå er ikke obligatorisk i henhold til rammeplanene. Av disse fem utdanninger er det kun sosionom- og barnevernspedagogutdanningene som ikke fører frem til autoriserte yrker.

Etterspørselen etter praksisplasser innen spesialisthelsetjenesten er større enn kapasiteten. Prioriteres praksisplasser innen spesialisthelsetjenesten ut fra hvilke utdanninger som i følge rammeplanen skal ha praksis i spesialisthelsetjenesten, dernest de helsefaglige utdanninger som fører frem til autorisasjon og til slutt andre, vil en kunne anta at praksisplasser for sosionomer og barnevernspedagoger innen spesialisthelsetjenesten ikke kan forutsettes å øke i samsvar med økningen i utdanningskapasiteten og/eller etterspørselen.

## **2.3 Andre departements arbeid med betydning for vurdering av autorisasjonsordning for sosialpersonell**

### **2.3.1 Barne- og familiedepartementets vurdering av en eventuell autorisasjonsordning for sosialpersonell**

NOU 2000:12 Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer (Befring-utvalget), tar spørsmålet om eventuell autorisasjon opp til vurdering. I utredningens kap. 7 Kompetansen til utøverne, heter det blant annet:

”Utvalget mener at den faglige og etiske kompetansen for yrkesutøvere i barnevernet må styrkes. I den sammenheng må kompetansekriteriene og kravene til praksis vurderes, og det bør utredes autorisasjonsordninger for yrkesgrupper som har grunnutdanning på høgskole- og universitetsnivå.”

I St. meld. nr. 40 (2001-2002) Om barne- og ungdomsvernet, kap 10.4 Lengre utdanning og autorisasjon for tilsette i barnevernet? heter det blant annet:

”Det går ikkje fram av NOU-en kva ei eventuell autorisasjonsordning for personell bør innebere. Utan å konkludere eksplisitt når det gjeld kven ei slik ordning skulle omfatte, går det fram at utvalet siktar til «bestemte grupper innen barnevernet». Som døme nemner utvalet saksbehandlarar, miljøarbeidarar, institusjonsleiarar og andre faglege leiarar som har direkte kontakt med barn, ungdom og familiar. Personell som ville bli unnateke frå ordninga, ville mellom anna vere grupper som alt har offentleg godkjenning knytt til yrkestittel slik som psykologar, juristar, helsesystrer og andre sjukepleiarar.

Det er fullt mogleg å tenkje seg at anten framlegget om målretta vidareutdanning og rettleidd praksis i tillegg til grunnutdanningane blir gjennomført isolert, eller at framlegget om autorisasjon blir gjennomført isolert. Eit sentralt spørsmål blir då om det å innføre ein autorisasjonsprosedyre knytt til dei noverande grunnutdanningane for sosialarbeidarar (sosionomar og barnevernspedagogar) vil føre til kompetanseheving. Her bør ein skilje mellom generell kompetanse og kompetanse i barnevern. Eit anna viktig spørsmål blir om eit valfritt tillegg til grunnopplæringa vil bli stort meir enn eit tilbod til sosialpersonell som ønskjer auka kompetanse i barnevern. Etter Barne- og familiedepartementet si vurdering er svaret på begge desse spørsmåla eit tilnærma ja. Dei to framlegga bør likevel vurderast i nær samanheng med kvarandre. Barne- og

familiedepartementet vil i samråd med andre nærliggjande departement vurdere nærmare om ei autorisasjonsordning for tilsette i barnevernet er formålstenleg.”

.....

”Sosialdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet er i ferd med å vurdere behovet for autorisasjonsordningar for sosialpersonell. I dette arbeidet er det aktuelt å vurdere om ein skal stille krav om individuell oppdatering i form av vidare- og etterutdanning. Regjeringa vil at desse spørsmåla skal bli nærmare utgreidde av aktuelle departement og ekspertorgan. Ei slik vurdering bør også sjå på kva slags utilsikta verknader framlegga frå Befring-uvalet eventuelt kan få for sosialarbeidarutdanningane og andre utdanningar.”

### **2.3.2 Utdannings- og forskningsdepartementet – Kvalitetsreform av høgere utdanning**

I St. meld. nr. 27 (2000 – 2001) Gjør din plikt – Krev din rett Kvalitetsreform av høgere utdanning, ble det foreslått at det skulle fastsettes mindre detaljerte rammeplaner og for færre utdanningar. Stortingskomiteen sluttet seg til dette synspunktet og uttalte i Inst S nr 337 (2000-01:)

”at ein framleis bør ha systemet med nasjonale rammeplanar innafor utdanningar som fører fram til sertifisering eller autorisasjon”

I brev av 15.10.2002 fra Utdannings- og forskningsdepartementet til Universitets- og høgskolerådet vedrørende nye rammeplaner heter det:

”Ved vurdering av hvilke utdanningar som fortsatt bør ha rammeplan, har vi fulgt stortingskomiteens uttalelse i Inst S nr 337 (2000-01) om ”at ein framleis bør ha systemet med nasjonale rammeplanar innafor utdanningar som fører fram til sertifisering eller autorisasjon” For utdanningar innen helse- og sosialfag betyr det at ordningen bør opprettholdes for de høgskoleutdanningene som i dag har rammeplan og som i tillegg er underlagt autorisasjonsordning”

.....

”Situasjonen for sosialfagutdanningene som har rammeplan i dag og enkelte helsefagutdanningar som ikke har rammeplan, men som fører fram til autorisasjon, vil vi ta opp med de berørte departementar.”

Av grunnutdanningene innenfor sosial- og helsefag er det bare sosionom- og barnevernspedagogutdanningene som ikke fører fram til en autorisasjon. Sentralt godkjente rammeplaner for nevnte yrkesgrupper kan således falle bort. Utdannings- og forskningsdepartementet har i møte 14.11.2002 med representantar for Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedirektoratet uttalt at det vil avvente avgjørelsen m.h.t. rammeplan for sosionomer og barnevernspedagoger inntil departementene har avgjort hvorvidt nevnte yrkesgrupper skal underlegges en autorisasjonsordning.

## **2.4 Vurdering - personellgrupper som bør kunne vurderes regulert gjennom en autorisasjonsordning**

### **2.4.1 Utdanninger på videregående skoles nivå**

Av utdanninger på videregående skoles nivå synes det på nåværende tidspunkt ikke aktuelt å gi noen foreløpig vurdering av flere yrkesgrupper med tanke på autorisasjon. Dette begrunnes med at det nå er iverksatt et utredningsarbeid vedrørende fremtidig fag- og yrkesstruktur på dette utdanningsnivå, og hvor Sosial- og helsedirektoratets første vurdering antas å foreligge i løpet av 2003.

### **2.4.2 Utdanninger på høyskolenivå**

Av utdanningene på høyskolenivå er det kun sosionomer og barnevernspedagoger som ikke omfattes av en autorisasjonsordning.

I følge St. meld. nr. 40 (2001-2002) Om barne- og ungdomsvernet, vil Barne- og familiedepartementet i samråd med andre nærliggende departement, vurdere nærmere om en autorisasjonsordning for ansatte i barnevernet er formålstjenlig.

Utdannings- og forskningsdepartementets vurderer at behovet for sentralt godkjente rammeplaner for helse- og sosialutdanninger på høyskolenivå må sees i sammenheng med hvorvidt utdanningen er underlagt autorisasjon etter helsepersonelloven. Nåværende sosionom- og barnevernspedagogutdanninger vil følgelig ikke bli gjenstand for sentralt godkjente rammeplaner, utdanningenes faglige innhold kan bli fragmentert på landsbasis, og det kan blant annet bli vanskelig å ha en felles oversikt over disse yrkesgruppers faglige ståsted.

En autorisasjonsordning kan knyttes både til en gjennomført grunnutdanning, en spesiell videreutdanning eller en klinisk spesialitet. Med de mulighetene som høyskolene nå har til selv å påvirke innholdet i utdanninger som ikke fører frem til autorisasjon, vil det imidlertid, bli vanskelig å kvalitetssikre det faglige fundamentet som en eventuell videreutdanning som skal føre frem til autorisasjon bygger på.

Av åtte helse- og sosialfaglige utdanninger på høyskolenivå som har innarbeidet praksis i studietiden, er det kun sosionomutdanningen og barnevernspedagogutdanningen som ikke fører frem til yrke med autorisasjon. Ut fra spesialisthelsetjenestens kapasitet og mulige prioriteringer, vil direktoratet derfor anta at nevnte studentgrupper vil bli nedprioritert med tanke på praksisstudier. Dette på tross av at barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam i forskrift er pålagt å ha sosionom.

Barnevernspedagogene er en viktig yrkesgruppe innen barne- og ungdomspsykiatrien og psykiatriske ungdomsteam. Det er imidlertid ikke gjennom forskrift pålagt at nevnte institusjoner skal inneha stillinger for barnevernspedagoger. For denne studentgruppen kan det således bli enda vanskeligere enn for sosionomstudentene å få praksisstudier innen spesialisthelsetjenesten.



## **2.5 Konklusjon – grupper sosialpersonell som bør vurderes for autorisasjon**

*Sentrale statlige instanser samarbeider nå om modernisering av fagstruktur og yrkestiler innenfor helse- og sosialfaglige utdanninger på videregående skoles nivå. På nåværende tidspunkt synes det derfor ikke aktuelt å vurdere flere yrkesgrupper på nevnte nivå underlagt en autorisasjonsordning.*

*Av helse- og sosialfaglige yrker med utdanning på høyskolenivå er det kun sosionomene og barnevernspedagogene som ikke er underlagt autorisasjon.*

*I tillegg til å vurdere en eventuell autorisasjon for sosionomer, antar direktoratet at det bør foretas en foreløpig vurdering av hvorvidt barnevernspedagoger også bør underlegges en autorisasjonsordning.*

*Ett av kriteriene for vurdering av autorisasjonsordning etter helsepersonelloven er knyttet opp mot innholdet i en grunnutdanning. Høyskolene er gjennom Kvalitetsreform av høyere utdanning, nå gitt myndighet til selv å utforme innholdet i de utdanninger som ikke fører frem til autorisasjon. Sosial- og helsedirektoratet vil derfor anbefale at eventuelle autorisasjonsordninger for sosionomer og barnevernspedagoger i utgangspunktet vurderes i lys av nevnte yrkesgruppers grunnutdanninger, og ikke i tilknytning til bestemte videreutdanninger som de senere gjennomfører.*

## **3 VURDERING AV EN EVENTUELL AUTORISASJONSORDNING FOR SOSIALPERSONELL**

Direktoratet velger i denne del å utrede en eventuell autorisasjonsordning for sosionomer med utgangspunkt i de kriterier som er satt for vurdering etter lov om helsepersonell. Dette på bakgrunn av at autorisasjon av helse- og sosialpersonell kun er hjemlet i nevnte lov.

Direktoratet har ovenfor, under punkt 2.5, konkluderer med at det også bør foretas en foreløpig vurdering av hvorvidt barnevernspedagoger bør underlegges en autorisasjonsordning. Direktoratet vil derfor i det følgende også gi en foreløpig vurdering av deres utdanning og yrke.

Innledningsvis gjennomgås kriterier som ligger til grunn ved vurdering av en eventuell autorisasjon, dernest drøftes hvorvidt sosionomer (og til dels barnevernspedagoger) fyller disse. Avslutningsvis vurderes hvorvidt en autorisasjonsordning er hensiktsmessig med utgangspunkt i tjenestemottakeres -, virksomhetene/tjenesteapparatets - og sentrale statlige helse- og sosialmyndigheters behov for forutsigbarhet og kvalitet.

### **3.1 Nærmere om kriterier for at grupper autoriseres**

Autorisasjonsordningens formål er å bidra til å sikre kvaliteten på yrkesgrupper innen helsevesenet av hensyn til pasientsikkerheten. Utvelgelsen av helsepersonellgrupper som omfattes av autorisasjonsordningen skjer ut fra følgende tre hovedkriterier:

1. Utdanningens karakter og innhold
2. Yrkesrollens karakter og innhold
3. Internasjonale forhold

Nedenfor følger en generell gjennomgang av de tre hovedkriteriene.

### **3.1.1 Vedrørende vurdering av en autorisasjonsordning for helsepersonellgrupper ut fra utdanningenes karakter og innhold**

I Ot prp nr 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v., pkt. 14.4 Sosial- og helsedepartementets vurderinger, heter det at et viktig utgangspunkt er hvorvidt utdanningen tar sikte på å utdanne personell for arbeid innenfor helsevesenet til daglig pasientkontakt og det ansvar dette innebærer.

En betingelse er videre at helsemyndighetene finner det helsefaglige innholdet i utdanningene tilfredsstillende. Videre heter det at dersom utdanningen er godkjent av utdanningsmyndighetene og om utdanningen i hovedsak er forskningsbasert så bør det vektlegges, men det er ikke satt en formell grense for hvilket nivå en utdanning skal ligge på. Hvorvidt yrket bygger på en grunnutdanning eller en spesiell tilleggsutdanning kan også ha betydning for vurdering om en personellgruppe skal gis autorisasjon. Dersom utgangspunktet for tilleggsutdanningen er en autorisasjonsgivende grunnutdanning, kan det være mindre aktuelt å karakterisere tilleggsutdanningen som autorisasjonsgivende. Departementet kan i følge helsepersonellovens § 51 Vilkår for spesialistgodkjenning, gi forskrifter om godkjenning av autorisert personell som spesialister innen et avgrenset område.

### **3.1.2 Vedrørende vurdering av en autorisasjonsordning for helsepersonellgrupper ut fra yrkesrollenes karakter og innhold**

Vedrørende yrkesrollen heter det blant annet følgende i Ot prpr nr 13 (1998-99), departementets vurderinger:

”Vedrørende yrkesrollens innhold tar departementet utgangspunkt i hensynet til pasientens sikkerhet. Særlig i de tilfeller der helsepersonellet i sin yrkesutøvelse har selvstendig pasientkontakt, enten det skjer i form av en selvstendig yrkesutøvelse eller innenfor en institusjonell ramme, kan det være grunn til å innføre slik styringsmekanisme som en autorisasjonsordning innebærer.

Dersom selve yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienter, bør dette tillegges betydelig vekt. Dette gjelder bl a der yrkesrollen innebærer selvstendig og direkte ansvar for utredning, diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter.

Helsepersonell som gir pasienter pleie og omsorg, har ikke like stor grad av selvstendig risiko for å utsette pasienters sikkerhet for fare, som yrkesutøvere som har ansvar for diagnostikk m m. Til gjengjeld er pleie og omsorg yrkesutøvelse som medfører omfattende pasientkontakt og stiller store krav til utøveren.”

.....

”Der helsepersonell med ulik faglig bakgrunn samarbeider eller samhandler er forutsigbarhet og tillit en forutsetning. Ved henvisning fra en yrkesutøver til en annen, tilsier hensynet til forutsigbarhet at den som henviser må kunne stole på at den andre innehar særskilt fagkompetanse.

At yrkesrollen kan innebære selvstendig næringsvirksomhet, bør også tillegges vekt. Overfor yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet, vil ofte behovet for offentlig kontroll være stort av hensyn til pasienten, siden det her ikke er muligheter for kontroll fra arbeidsgiver. Departementet vil imidlertid understreke at muligheter for yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet ikke bør være noen absolutt betingelse for å få autorisasjon. Arbeidsgiver kan kun ta ansvaret for den enkelte

arbeidsplass og kan ikke hindre at «problempersonell» søker arbeid andre steder. I tilfeller der helsepersonell er uskikket til fortsatt yrkesutøvelse vil et tilbakekall av autorisasjonen, i praksis et yrkesforbud, som nevnt være et langt mer effektivt virkemiddel for å ivareta pasientsikkerheten enn en oppsigelse fra arbeidsgiver. Hensynet til behovet for tillit og forutsigbarhet gjelder både overfor pasienter så vel som overfor annet helsepersonell som samarbeider med vedkommende yrkesgruppe, jf ovenfor. I et samfunnsperspektiv er det også av betydning at allmennheten har tillit til yrkesutøverne i helsetjenesten. Autorisasjonsinstituttet vil kunne bidra til at befolkningen har tillit til at autorisert helsepersonell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utøvelsen av virksomheten.”

I forbindelse med vurderingen av om autorisasjonsordningen burde oppheves uttalte Sosial- og helsedepartementet i Ot prp nr 13 (1998-99) blant annet også følgende:

”Det enkelte autoriserte helsepersonell vil betrakte en offentlig autorisasjon som en dokumentasjon på sin faglige og etiske standard. For det enkelte helsepersonell og gruppen som sådan innebærer en autorisasjon økt anseelse og stolthet over eget fag. Det kan hevdes at yrkesutøvernes følelse av ansvar for yrkets faglige nivå og dens utvikling forsterkes ved en autorisasjonsordning. En autorisasjonsordning kan også sees på som et incitament for økt rekruttering til utdanning innen vedkommende fag.”

### **3.1.3 Vedrørende vurdering av en autorisasjonsordning for helsepersonellgrupper ut fra internasjonale forhold**

I tilknytning til internasjonale forhold har departementet blant annet følgende vurdering:

#### ”Nordisk overenskomst for helsepersonell

Det er i Norden inngått avtale om gjensidig godkjenning av autorisasjon av helsepersonell. Det er av vesentlig betydning at reglene i de nordiske landene er harmonisert, fordi utveksling av helsepersonell er en av de viktigste områdene for arbeidsutveksling i Norden. I de andre nordiske land går utviklingen mot at flere grupper autoriseres. I Sverige er det i dag 15 autoriserte grupper (SOU 1996:138 Ny behørighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m m har foreslått å øke antallet). I Finland er 26 grupper autorisert, i Danmark 13 og i Island 12 grupper.

#### EF-direktivene

Norske autorisasjonsregler må være i overensstemmelse med EØS-avtalen og EF-direktivene som er en del av Norges forpliktelser etter avtalen. Norge er etter EF-direktivene ikke direkte forpliktet til å autorisere noen bestemte grupper innen helsevesenet. EF-direktivene omfatter imidlertid krav om ikke-diskriminering, gjensidig godkjenning og krav til utdanningenes innhold. Direktivene er en del av regelverket som skal sikre fri flyt av personer etter Romtraktaten”.

## **3.2 Helsedepartementets vurdering av behovet for autorisasjon for sosionomer og barnevernspedagoger i forarbeidet til lov om helsepersonell**

I Ot prp nr 13 (1998-99), kap 15 Om grupper som bør autoriseres, uttaler departementet følgende om sosionomer og barnevernspedagogers utdanning og yrkesutøvelse:

### **”Sosionomer**

Utdanning: 3-årig høgscoleutdanning.

Yrkesrollens innhold: Sosionomer i helsevesenet arbeider i somatiske sykehus, i barne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien. Yrkesrollen og funksjonene til sosionomene kan variere fra praktisk bistand til mer omfattende psykososialt behandlingsarbeid. Sosionomer driver sosialt arbeid som et supplement til det rent helsefaglige arbeidet innen helsevesenet, og fungerer som en kontakt med resten av hjelpeapparatet.

Vurdering: Sosionomer er i dag ikke først og fremst utdannet for arbeid innen helsevesenet. Departementet antar derfor at det inntil videre ikke er grunn til å autorisere gruppen i helsepersonelloven. Sosionomer som arbeider innenfor helsevesenet vil etter lovutkastet ha status som «helsepersonell» i den grad de fyller vilkårene i lovutkastet § 3. *Departementet* vil ikke foreslå autorisasjon for yrkesgruppen.”

### **”Barnevernspedagoger**

Utdanning: 3-årig høgscoleutdanning

Yrkesrollens innhold: Flertallet av barnevernspedagoger innenfor helsevesenet er ansatt i barne- og ungdomspsykiatriske dag - eller døgninstitusjoner. Yrkesutøvelsen omfatter behandlingsarbeid som individual -, familie-, gruppe- og miljøterapi, kontakt og samarbeid med pårørende samt oppfølging og samarbeid med resten av hjelpeapparatet.

Vurdering: Barnevernspedagoger er i dag ikke først og fremst utdannet for arbeid innen helsevesenet. *Departementet* antar derfor at det inntil videre ikke er grunn til å autorisere gruppen i helsepersonelloven. Barnevernspedagoger som arbeider innenfor helsevesenet vil etter lovutkastet ha status som «helsepersonell» i den grad de fyller vilkårene i lovutkastet § 3. *Departementet* vil ikke foreslå autorisasjon for yrkesgruppen”.

## **3.3 Vurdering av sosionomer og barnevernspedagogers utdanning og yrke, samt internasjonale forhold**

### **3.3.1 Vedrørende sosionom- og barnevernspedagogutdanningenes karakter og innhold**

Høgscoleutdanningene i helse- og sosialfag har gjennomgått store forandringer de siste tiårene. Fra å være enkeltstående utdanninger med forskjellig opphav, historiske tradisjoner og utviklingsforløp samt få forbindelseslinjer, er de gradvis ført inn under samme regelverk. De er delvis samlokalisert og mer samordnet enn før.

Sosionom- og barnevernspedagogutdanningene er regulert ved hver sin forskrift og rammeplan (senest av januar 1999).

Følgende syv 3-årige høgscoleutdanninger i helse- og sosialfag har en felles generell del, som utgjør 30 studiepoeng:

Barnevernspedagog-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleierutdanning.

Denne fellesdelen skal i henhold til rammeplanene bidra til at studentene tilegner seg nødvendig kunnskap og forståelse i en felles referanseramme for yrkesutøvere i helse- og sosialtjenestene. Denne referanserammen kan danne basis for utvikling av felles holdninger og noen felles ferdigheter. En sentral begrunnelse for å trekke ut det som er likt i rammeplanene til en felles del, er ønsket om et bedre samarbeid mellom yrkesutøvere med forskjellige profesjonsutdanninger. Utdanningene kan med utgangspunkt i dette ønsket legge forholdene til

rette for at studentene gjennom ulike fellestiltak får trening i tverrfaglig samarbeid allerede i utdanningstiden. Eksempelvis kan det legges til rette for arbeid i grupper på tvers av utdanninger, felles seminar og temadager.

Hoved- og delemner i den nevnte felles innholdsdelen:

Hovedemne 1

Vitenskapsteori og forskningsmetode; Vitenskapsteori, forskningsmetode og etikk

Hovedemne 2

Samfunnsfaglige emner; Stats- og kommunalkunnskap, helse- og sosialpolitikk, kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning.

I tillegg til ovennevnte felles undervisning for mange helse- og sosialfaglige utdanninger har sosionom-, barnevernspedagog- og vernepleierutdanningen også en felles innholdsdel tilsvarende 30 studiepoeng, og som omfatter:

Sosiologi og sosialantropologi

Rettssystemet, juridiske metoder og forvaltningsrett

Arbeid med grupper, organisasjoner og nettverk

De **sosionomspesifikke** emnene er i følge rammeplanen:

Hovedemne 1 Samfunnsvitenskapelige emner:

Stats- og kommunalkunnskap (ut over det som inngår i fellesdelen)

Sosialpolitikk og sosialøkonomi

Sosiologi og sosialantropologi (ut over det som inngår i felles del med barnevernspedagoger og vernepleiere)

Sosialmedisin

Hovedemne 2 Psykologiske emner:

Generell-, utviklings- og sosialpsykologi

Klinisk psykologi og psykisk helsearbeid

Hovedemne 3 Juridiske emner:

Sosialrett og andre relevante rettsområder

Hovedemne 4 Sosial arbeid - grunnelementer

Teoretisk perspektiv på sosialt arbeid

Etikk og yrkesrolle

Kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning

Hovedemne 5 Sosial arbeid - arbeidsmåter:

Sosial arbeid på gruppe- og samfunnsnivå

Sosialt gruppearbeid, samfunnsarbeid og administrasjon og planlegging

Sosial arbeid sammen med enkeltpersoner og familier

I den utdanningsspesifikke delen av rammeplanen for sosionomutdanningen heter det blant annet følgende om **sosionomens fag og yrke**:

”Sosionomutdanningen er en generalistpreget sosialarbeiderutdanning som skal kvalifisere for arbeid med sosiale problemer på ulike felt og med ulike målgrupper. Sosialt arbeid er betegnelsen på det yrkesspesifikke faget i sosionomutdanningen og på sosionomenes virksomhet.” (Direktoratets understreking)

.....

”Faget sosialt arbeid, slik det undervises og praktiseres i Norge, har røtter både i norsk sosialhistorie og i internasjonale fagtradisjoner. Den norske sosialhistorien har i særlig grad påvirket fagets praksis innenfor sosial- og barnevernstjenestene i kommunene,

mens utdanningen og teoriutviklingen i stor grad har vært påvirket av fagets utvikling i USA og England.”

....

”Utviklingen av hovedfag- og nå dr. gradsstudier i sosialt arbeid, samt forskning og teoriutvikling har styrket faget og utdanningen. Det har ikke minst ført til flere fagbøker og læremidler i sosialt arbeid som er forankret i norsk virkelighet.”

....

”Profesjonelt sosialt arbeid utøves hovedsakelig i direkte kontakt mellom sosionomer og brukere. Dette gjelder enten brukerne er et lokalsamfunn, en organisasjon, gruppe, familie eller enkeltperson.”

....

”Sosionomer må kunne analysere sosiale problem ut fra forskjellige forståelsesrammer og intervensjoner på forskjellige nivå. De skal kunne velge hvilke arbeidsmåter og tiltak som er relevante i den enkelte situasjon, og mestre de nødvendige ferdigheter. Dette krever kunnskap om ulike sosiale problemer; hvordan de fremtrer og kan forstås. Videre kreves kunnskap om det offentlige og private hjelpeapparat og hvordan ulike institusjonelle ordninger av sosial, helsemessig, kulturell og organisatorisk art fremmer ulike forståelses- og tilnæringsmåter. Sosionomene må kunne samarbeide med andre yrkesgrupper og organisasjoner. Det stilles store krav til fleksibilitet ved valg av tilnæringsmåter og kreativitet i den profesjonelle utøvelsen. Sosionomer må ha evne til å sette sitt arbeid inn i en større sammenheng, ha en fagkritisk holdning og bidra til fagutvikling.”

I den utdanningsspesifikke delen av rammeplanen for barnevernspedagogutdanningen, heter det blant annet følgende om **barnevernspedagogers** fag og yrke:

”Barnevernspedagogutdanningen i Norge er en sosialarbeiderutdanning rettet mot barn og unge. Sosialpedagogisk arbeid er i denne planen betegnelsen på barnevernspedagogenes yrkesutøvelse” (Direktoratets understreking.)

...

”Det sentrale i barnevernspedagogutdanningen er oppdragelse og læring i et samfunnsmessig perspektiv”

....

”Barnevernspedagoger arbeider med utviklingsbetingelser hos vanskeligstilte barn og unge. De skal kunne iverksette tiltak som øker barnas mestring og opplevelse av tilhørighet. Uavhengig av hvor barnevernspedagogen jobber skal hun/han kunne vurdere barnets totalsituasjon i betydningen foresattes omsorgskompetanse, det som skjer i hjemmet, i barnets utvidede nettverk og hvordan samfunnsforhold påvirker barnet/barna. Kompetent yrkesutøvelse forutsetter gode kunnskaper om barn og unges fysiske, psykiske og sosiale utvikling, samspillet i familien, samt kunnskap om vekselvirkningen mellom personlige, sosiale, økonomiske, politiske og kulturelle forhold”.

Som nevnt ovenfor har rammeplanene for barnevernspedagog-, ergoterapeut-, fysioterapeut-, radiograf-, sosionom-, sykepleier- og vernepleierutdanningene en felles generell del tilsvarende 30 studiepoeng eller 1/6 av studienes vektning, i tillegg har barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere 1/6 av studiets vektning felles. Ovennevnte utdanninger inneholder alle praksisstudier som blant annet kan gjennomføres innen både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Se for øvrig pkt 2.2.3 vedrørende de utfordringer som spesielt knytter seg til praksisstudier innen spesialisthelsetjenesten.

### 3.3.1.1 Vurdering av sosionomutdanningenes karakter og innhold

Sosionomutdanningen er ikke spesielt rettet inn mot arbeid innen helsetjenesten, den er imidlertid en generalistpreget utdanning, og kvalifiserer også for arbeid innen helsetjenesten. Utdanningen inneholder emner som gir sosionomene kunnskap innen forebyggende og helsefremmende, behandlende og rehabiliterende arbeid, og den tilfører studentene kunnskap om hvordan helse og sosiale- og/eller miljømessige forhold innvirker på hverandre. Gjennom utdanningen får studentene kunnskap og ferdigheter som bidrar til at de kan bli viktige samarbeidsparter i det tverrfaglige samarbeidet innen helsetjenesten rundt den enkelte pasient/bruker, for å bidra til et mest mulig helhetlig tilbud ut fra den hjelpetrequendes behov, ønsker og forutsetninger.

I del 2, punkt 2.2.3 har Sosial- og helsedirektoratet drøftet utfordringer som generelt mangel på praksisplasser innen spesialisthelsetjenesten kan medføre for sosionom- og barnevernspedagogstudenter når utdanning ikke fører frem til autorisasjon. I denne sammenheng vil direktoratet i tillegg henlede oppmerksomheten på at effekten av det arbeid den enkelte høyskole til nå har nedlagt i samordning og likeverdig samarbeid under utdanning, vil kunne reduseres under praksisperioder innen helsetjenesten, hvor ulikheten mellom yrkesgrupper vil være tydelig, og hvor yrkesgruppens legitimitet nettopp kan måles ut fra om de er underlagt autorisasjon eller ikke. Dersom ikke yrkesgruppene sidestilles med tanke på autorisasjon, vil en under praksisstudier fortsette å bygge opp under en gammel profesjonsstrid innen et tjenesteområde som mangler engasjerte, godt kvalifiserte fagfolk.

Sentrale statlige helse- og sosialmyndigheter har vært tilfreds med de muligheter de tidligere har hatt til å innvirke på innholdet i helse- og sosialutdanningene gjennom samarbeidet med utdanningsmyndighetene. Dersom bare utdanninger som fører frem til autorisasjon skal ha sentralt fastsatte rammeplaner, vil det enkelte studiested i større grad selv kunne velge form og innhold på sosionom- og barnevernspedagogutdanningene. Dette kan føre til at nevnte utdanninger på landsbasis blir fragmentert, samtidig kan samarbeidet og samordningen med de andre helse- og sosialfaglige utdanningene vil bli mer tilfeldig, og styrt ut fra den enkelte utdanningsinstitusjons ønsker og kapasitet. Dersom sosionomutdanningen forblir en utdanning som ikke fører frem til autorisasjon, kan studenter utdannet ved ulike høyskoler oppleve at de etter utdanningen ikke har felles faglig fundament, og følgelig at profesjonstilhørigheten pulveriseres. Jf. i denne forbindelse Kvalitetsreform av høyere utdanning som har medført at universitet og høyskoler er gjort om til egne forvaltningsorgan med særskilte fullmakter, og at de er gitt større frihet i faglige, økonomiske og organisatoriske spørsmål.

For enhver virksomhet er det av vesentlig betydning å kunne utnytte den enkelte ansattes kompetanse best mulig. Den enkelte høyskoles mulighet til å endre det faglige innholdet i utdanninger som ikke har sentralt fastsatte rammeplaner, kan ha som en konsekvens at arbeidsgivere og aktuelle samarbeidsparter velger bort disse yrkesgruppene (der det ikke er lov og forskriftsbestemt) ut fra reell usikkerhet med hensyn til kvaliteten på gruppenes faglige kunnskaper.

Undervisnings- og forskningsdepartementet har de senere år godkjent mange tverrfaglige videreutdanninger hvor sosionomer er en av flere målgrupper. Videre har helsemyndighetene, blant annet som et ledd i gjennomføring av Opptrappingsplanen, gitt ulike instanser i oppdrag å gjennomføre spesielle tverrfaglige utdanningstilbud for ansatte som ønsker, eller arbeider i

forhold til mennesker med ulike psykiske problem og lidelser. Hensikten med tverrfagligheten har vært å skape en felles plattform innen det spesielle fagområdet, styrke den enkeltes yrkesrolle, samt å videreutvikle samarbeidet på tvers av profesjonsgruppene innen og mellom forvaltningsnivåene.

I tillegg til videreutdanningene som er godkjent innen høyskolesystemet og/eller av helse- og sosialmyndighetene, har fagforbundene utformet kriterier for videreutdanninger innen mer fagspesifikk kompetanseheving, eksempelvis som fører frem til godkjenning som klinisk sosionom.

Sosionomutdanningen og faget sosialt arbeid er styrket gjennom hovedfag og dr. gradsstudie. Dette har blant annet også medført forskning og teoriutvikling forankret i norske forhold.

### **3.3.2 Vedrørende yrkenes karakter og innhold**

#### **3.3.2.1 Kommun nivå**

De fleste sosionomer og barnevernspedagoger arbeider på kommunalt nivå, hvor de har utstrakt selvstendig kontakt med brukerne av tjenestene. Imidlertid er det ingen lov eller forskrift som pålegger kommunene å ha sosionomer og barnevernspedagoger innen kommunal helse-, sosial- eller barnevernstjeneste.

Hovedmålet med den kommunale sosialtjenesten er å "...fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problem, bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre." (Sosialtjenesteloven § 1-1) Sosialtjenestens roller er; å være et sosialt sikkerhetsnett, å forebygge at sosiale problem oppstår, henvise til- og/eller samarbeide med andre instanser med tanke på best mulig helhetlige tilbud til den enkelte. Sosialtjenesten har også en pådriverrolle overfor andre deler av forvaltningen når deres tiltak ikke samsvarer med de behov særlig hjelpetrequende har. I handlingsplan for sosialtjenesten førstelinje (1998 – 2002) heter det at arbeidet i sosialtjenesten er svært sammensatt. Til tider også motsetningsfylt og preget av etiske og moralske dilemma i spenningsfeltet mellom brukernes behov, sosialarbeidernes utøving av yrkesrollen og samfunnet sine rammevilkår Videre heter det at det som kompliserer utøvelsen av sosialt arbeid i førstelinjetjenesten enda mer, er de stadige endringene, både innen organiseringen av tjenesteapparatet og innen profesjonene og brukergruppene.

Sosionomene besitter en stor andel av den nødvendige kjernekompetansen innen sosialtjenesten. I 2000 hadde vel 50 % av de ansatte innen sosialtjenesten sosialfaglig utdanning hvorav 42 % var sosionomer.

De fleste avgjørelser innen sosial- og barnevernstjenesten forutsetter at fagpersonellet utøver skjønn, og at faglige og etiske vurderinger ligger til grunn ved vurdering mellom flere handlingsalternativ. De ansattes vurderinger og vedtak etter sosialtjenesteloven og barnevernsloven kan få store konsekvenser for den enkelte bruker og dens nærmeste. Dette gjelder også i stillinger hvor den ansatte ikke har direkte brukerkontakt, eksempelvis i mer overordnede stillinger ved sosialkontor og innen pleie og omsorg, hvor helsepersonell oftest har den direkte kontakten med brukerne.



Kommuneloven gir kommunene stor grad av frihet til å organisere virksomheten ut fra lokale behov. Mange har i den senere tid valgt organisasjonsformer som medfører at eksempelvis sykepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger kan ivareta saksbehandling innen samme ansvarsområder. Flere steder er det formalisert tverretattlig samarbeid om brukere med sammensatte problem og lidelser. Videre ligger det implisitt i ansvarsoverføringene fra spesialisthelsetjenesten til kommunene en intensjon om at den enkelte pasient / bruker skal få sitt tjenestetilbud innen den sektoren som etter lovverket er tillagt ansvaret. Dvs at det ikke lenger er helsetjenesten / helsepersonell alene som er samarbeidspart på kommunenivå.

Innen det sosialpolitiske området er det fremlagt, og skal det fremlegges flere Stortingsmeldinger og handlingsplaner som har til hensikt å bidra til å bedre levekårene til de mest vanskeligstilte brukere av sosialtjenestene. Felles for disse brukergruppene er at de i stor utstrekning trenger tett oppfølging og bistand fra godt kvalifisert personell tilknyttet flere etater/ ansvarsområder/ forvaltningsnivå over lengre tid.

Nedenfor følger omtale av – og sitat fra ulike offentlige publikasjoner som understreker den sentrale rollen som sosialtjenesten både har, og i enda større grad vil få de nærmeste år i det tverrfaglige samarbeidet rundt de mest vanskeligstilte grupper hjelpetrequende. Publikasjonene synliggjør og underbygger viktigheten av at personellet innen sosialtjenesten innehar en solid faglig og etisk plattform.

I St meld nr 14 (2002-2003) Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten, kap. 5, gis blant annet følgende beskrivelse av sosialtjenestens brukere:

”Sosialkontorets brukere har ofte behov for tett oppfølging, personlig kontakt og nærhet til tjenesten, både fordi ytelsene er skjønnsbasert og fordi en større andel har behov for mer omfattende bistand for å bli i stand til selvforsørgelse”

.....

”Flere studier på 1990-tallet konkluderer med at sosialhjelpsmottakere har større fysiske og psykiske helseproblemer enn befolkningen generelt. En del har også betydelige problemer knyttet til rusmiddelmissbruk, ofte koblet med psykiske og helsemessige følgetilstander.”

Ovennevnte melding legger til grunn at brukerne skal møte en felles førstelinje, med tjenester fra jobbetaten, pensjonsetaten og den kommunale sosialtjenesten. Ansvaret for å koordinere tjenestene til brukere med sammensatte behov legges til den tjenesten som brukeren har størst behov for bistand fra, eller til sosialtjenesten dersom det er uklart hvem som skal ha ansvaret.

Stortinget vedtok 13.05.03 å sende meldingen tilbake, og ba Regjeringen utrede ulike modeller for en felles velferdsetat bestående av Aetat, trygdeetat og sosialetat. På basis av dette vedtaket er det videre arbeidet med reformen reorganisert.

I 2000 mottok 5,6 prosent av befolkningen sosialhjelp, hvorav 37 prosent mottok hjelpen sammenhengende i mer enn seks måneder. I St meld nr 6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom, beskrives i kap. 3.4 nærmere enkelte levekårskomponenter og sammenheng mellom disse, sosial utstøting og vedvarende lavinntektsproblemer. Av nevnte komponenter vil en spesielt nevne de tre følgende, hvor bred kompetanse og et nært forpliktende samarbeid og samordning mellom helse- og sosialtjenestene er av avgjørende betydning:

”3.4.6 Helseproblemer

Det er en dokumentert sammenheng mellom lav inntekt og dårlig helse. Denne

sammenhengen er uavhengig av mål for sosial ulikhet (utdanning, inntekt, yrke) og uavhengig av helseindikatorer (død, forventet levealder, sykdomstyper, selvopplevd helse mv.). Ulike påvirkningsfaktorer på helse (f. eks. tobakk, mosjon, overvekt) følger i stor grad det samme mønsteret. Det er flere mulige årsaker til de sosiale ulikhetene i helse. Noen hovedårsaker er livsstil, psykososiale forhold og materielle forhold. Årsaksforholdene er komplekse, og det er så langt forsket lite på dette i Norge. Levealderen har økt i Norge, men selvopplevd helse, funksjonsnivå og egenvurdering av helse har i liten grad endret seg. En rapport som Nasjonalt folkehelseinstitutt har utarbeidet på oppdrag fra Helsedepartementet, antyder imidlertid at de sosiale helseforskjellene (målt ved tidlig død) har blitt større her i landet de siste 10-20 årene. Samtidig som de fleste har fått lengre levealder, har de laveste sosiale lagene ikke fått del i disse helsegevinstene. Temaet sosial ulikhet i helse vil bli grundig belyst i en stortingsmelding om folkehelsearbeidet som regjeringen vil legge frem i løpet av høsten 2002.”

#### ”3.4.7 Psykiske lidelser

Nyere undersøkelser viser en forholdsvis moderat, men likevel klar sammenheng mellom psykiske lidelser som angst og depresjon og lavinntektsproblemer.

Psykisk sykdom er en av to sykdomstyper som dominerer trygdeytelser med medisinske inngangsvilkår, uførepensjon, rehabiliterings- og attføringspenger og sykepenger. Antall stønadsmottakere med psykiske lidelser, særlig blant unge, har økt sterkt i 1980- og 1990-årene. Psykisk sykdom - eventuelt i kombinasjon med rusmiddelproblemer - kan være medvirkende eller direkte årsak til fattigdom som følge av de problemer sykdommen skaper for utdanning og tilknytning til arbeidslivet og utvikling av sosiale ferdigheter. Problemer knyttet til å ta vare på egen økonomi, skaffe seg en bolig og ivareta forpliktelsene knyttet til et boforhold kan også være et resultat av slike problemer. Hvordan og i hvilket omfang problemene viser seg, er ikke minst avhengig av den enkeltes sosiale nettverk.”

#### ”3.4.8 Rusmiddelproblemer

Mange rusmiddelmisbrukere lever under dårlige levekår. Dette gjelder i særlig grad de tyngste rusmiddelmisbrukerne som lever under uverdige forhold og i fattigdom. En ikke ubetydelig andel av denne gruppen har også hatt mange opphold på behandlingsinstitusjoner uten å ha kommet ut av sitt misbruk og derved en meget vanskelig livssituasjon. Et langvarig og betydelig rusmiddelmisbruk har alvorlige sosiale og helsemessige konsekvenser. Denne gruppen har et særlig behov for bistand fra samfunnet.

Det vises til regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer for en nærmere beskrivelse av ulike aspekter ved rusmiddelproblemene i samfunnet”.

Gjennom Ot. prp nr. 54 ( 2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan) foreslår Regjeringen at kommunene skal ha et samlet ansvar for tjenester til rusmisbrukere. Forslaget innebærer at ansvaret fylkeskommunene i dag har for å yte spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmisbrukere overføres til kommunene. I departementets pressemeldinger av 04.04.2003 heter det videre at kommunene i dag har det grunnleggende ansvaret for å yte bistand til rusmisbrukere. Den kommunale sosialtjenesten har ansvar for å gi råd og veiledning, tilby hjelp til misbrukerne i deres lokalmiljø, medvirke til å skaffe særlig tilpasset bolig med hjelpe- og vernetiltak og å skaffe plass i egnet institusjon dersom hjelp utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig. Sosialtjenesten har også ansvar for å følge opp brukeren etter institusjonsopphold. Forslaget om å gi kommunene ansvaret for sosiale tjenester i institusjon (Rusreform II) styrker kommunenes muligheter til å ivareta sitt helhetlige ansvar for oppfølging av rusmisbrukere,

samtidig som sosialtjenestens behov for kompetanse øker.

Videre heter det i ovennevnte Ot. prp. at brukere som trenger langvarige og koordinerte tjenester skal ha rett til å få utarbeidet en individuell plan.

I følge Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) er hensikten med forslaget et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. ”Det er et mål for regjeringen å styrke brukernes selvbestemmelse og innflytelse i sitt møte med tjenesteapparatet, samt å sikre at tjenestene er utformet med utgangspunkt i brukernes behov. Innføring av hjemmel for individuell plan i lov om sosiale tjenester vil kunne bidra til aktiv brukermedvirkning, større trygghet og forutsigbarhet for brukerne, avklaring av ansvarsforhold og sikring av samordning, koordinering og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Arbeidet med individuell plan vil også kunne styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og brukeren og hennes eller hans eventuelle pårørende.” Det tas sikte på at lovforslaget trer i kraft 1. januar 2004.

St meld nr 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, understreker også behovet for samarbeid mellom helse- og sosialtjenestene i folkehelsearbeidet gjennom de to overordnede målene: Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, og Redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper, kvinner og menn. Helseministeren uttalte i sitt innlegg på Folkehelsekonferansen i Tromsø 21.03.03 at sistnevnte mål innebærer noe helt nytt innen folkehelsepolitikken i Norge i det det er første gang et norsk politisk dokument setter søkelyset på sosiale helseforskjeller. Videre uttalte Helseministeren: ”Når vi har valgt å trekke fram sosiale helseforskjeller som en ny stor utfordring, er det ikke for å heve en moraliserende pekefinger overfor de nederste på samfunnsstigen. Når forskjellene følger tydelige sosiale mønstre, så er det ikke først og fremst den enkeltes bevisste valg som ligger bak. Det er ofte de forhold folk lever under, og som nettopp politikken skal gjøre noe med.” Folkehelsemeldingen understreker følgelig også behovet for et tettere samarbeid mellom helse- og sosialsektoren, og hvor den kompetanse som spesielt sosialfaglig personell innehar er vesentlig for å gi de mest utsatte bedre livskvalitet. Forutsetningen er imidlertid at de har samarbeidspartenes tillit, noe som blant annet en autorisasjonsordning vil kunne bidra til.

Ovennevnte synliggjør det økte ansvar som vil bli lagt på sosialtjenesten i kommunene i forbindelse med å gi ulike grupper med langvarige og sammensatte behov for hjelp et bedre, og individuelt tilrettelagt helhetlig tjenestetilbud. I det sosionomene utgjør den største gruppen med helse- og sosialfaglig utdanning innen sosialtjenesten, vil reformene medføre ytterligere krav til sosionomenes faglige kunnskaper og etiske normer. Et alternativ til å øke rekrutteringen av - og styrke profesjonsgruppene innen sosialtjenesten, kan bli at kommunene lar standarder erstatte fagligheten og de individuelt tilpassede tjenestetilbudene. En konsekvens kan da bli at brukere som ikke har behov som samsvarer med standardene – og som gjerne er de mest vanskeligstilte – ikke får adekvat bistand.

I denne forbindelse henvises det blant annet til en artikkel i Nordisk Sosialt Arbeid, nr 3, 2002 hvor lektor, Ph.d. Hanne Kathrine Krogstrup v/Aalborg Universitet i en artikkel problematiserer anvendelse av standarder innen sosialt arbeid.

### 3.3.2.2 Statlig nivå

”Sykehuskuratoren” er den eldste sosionomtjenesten i Norge. Det var i sykehusene at sosionomene startet opp for vel 80 år siden.

Forskriften om drift av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og psykiatriske ungdomsteam stiller krav om at det må være ansatt ”sosionom med klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri”.

I St meld nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene er sosionomer nevnt som en viktig yrkesgruppe innen psykisk helsevern.

I forskrift om barn på sykehus er det fastslått at pårørende skal ha tilgang til tjenester fra sosionom.

### **Ansvars- og arbeidsområder innen somatiske sykehustjenester**

I en fagartikkel i tidsskriftet Embla nr. 6, 2002, settes det fokus på sosionomenes arbeid på sykehus med utgangspunkt i pasientregistreringer foretatt av sosionomgruppen ved Haukeland sykehus i 2000. Nevnte artikkel gjengir resultatet av en undersøkelse som klart dokumenterer yrkesgruppens arbeids- og ansvarsområder. En velger derfor nedenfor å gjengi deler av fagartikkelen.

Haukeland var i undersøkelsesperioden regionsykehus for Helseregion Vest. Sykehuset gir både akuttbehandling og har rehabiliteringsavdelinger foruten vanlige behandlingsavdelinger. Pasientgruppene er med andre ord svært forskjellige både når det gjelder oppholdets varighet, behandlingsbehov og funksjonsnivå.

Pasientregistreringen omfatter alle de somatiske avdelingene.

Ved Haukeland var det 12,5 stillingshjemler for sosionomer da registreringen ble foretatt i 2000. Sosionomene hadde nevnte år kontakt med 2789 pasienter og mange av deres familier. I artikkelen heter det at sosialt arbeid på sykehus innebærer alt fra enkle, konkrete råd om rettigheter til langvarig oppfølging av de med mer komplisert problematikk. Brukergruppene har forskjellige diagnoser og er i ulike livssituasjoner. Sosionomenes valg av tilnærming må tilpasses pasientenes individuelle behov. Kontakten kan enten skje i form av råd, veiledning og tilrettelegging før utskrivning, eller med langvarig oppfølging av alvorlig syke mennesker og deres pårørende. Det er grunn til å tro at sosionomene hovedsakelig kommer i kontakt med den del av pasientgruppa som enten hadde det vanskelig på en eller annen måte før de ble syke, eller der sykdommen fører til at nettverk og livsgrunnlag rakner.

Undersøkelsen ble foretatt ved bruk av et registreringsskjema som er inndelt i 13 kategorier av problemområder og 8 kategorier tiltak. utfordringen var å lage kategorier som passer for sosionomens arbeid innen hele pasientpopulasjonen, og som samtidig er så presise at de samler og beskriver problemområder og oppgaver tilstrekkelig.

En gjennomgang viser at individuelle samtaler utgjør 27.2 % av tiltaksmengden, familiesamtaler 14,2%, interne møter 23,8%, utforming av søknader og rapporter 11,8%, videre henvisning 6,3% eksterne møter med samarbeidspartnere 14,2 % og 0,3% hjemmebesøk. Dersom en sammenholder problemområder og tiltak ser en et bilde av en sosionomhverdag preget av mange pasient- og familiekontakter, der den hyppigst forekommende hjelpen er rettet mot viktige levekårsfaktorer som inntekt, arbeid, utdanning og bolig. Mye av det praktiske arbeidet, rapporter, søknader og samarbeidsmøter handler om å være brobygger mellom sykehus og livet utenfor.

Ved en nærmere gjennomgang av problemområdene får en et dypere bilde av hvilke problemer pasientene presenterer for sosionomene; noen trenger konkret praktisk

veiledning, gjerne hjelp i forbindelse med økonomiske vansker. For andre kan det handle om helt annen type problematikk som de trenger å snakke om. I artikkelen nevnes følgende:

- Det moderne familiemønsteret gjør det ofte vanskelig å komme fra travle jobber og være sammen med syke pårørende. Da kan sosionomen ofte avhjelpe behovet for noen å snakke med om konkrete, praktiske eller emosjonelle temaer.
- Mange pasienter som tar kontakt med sosionomtjenesten, kan ha vanskelige familieforhold. Ikke sjelden er det gamle som bor sammen med voksne barn som ruser seg, og utnytter eller mishandler dem
- Tunge rusmisbrukere ønsker hjelp til å komme i en behandlingssituasjon
- Gravide misbrukere kommer i kontakt med sosionomen på Kvinneklubben
- Barneklubben arbeider tverrfaglig i forhold til mishandlede barn og saker der det er mistanke om seksuelle overgrep
- Familier der mor eller far er døende, er i en alvorlig krise og trenger praktisk hjelp for å bli møtt med forståelse og empati, og barna må ivaretas
- Rehabiliteringspasienter trenger hjelp i forhold til bolig, arbeid og transport
- Ofte blir tverrfaglig samarbeid og samarbeid med den enkelte bruker og brukerorganisasjonene viktig
- Mange pasienter klager over hjelpeapparatet, både over manglende støtteordninger, men også over å bli møtt uten respekt
- Noen mener seg feilbehandlet og vil vite hvordan de skal gå frem for å klage

Som det fremgår i ovennevnte artikkel er det vanskelig å si kort hva sosialt arbeid er innen statlig helsetjeneste (her spesielt somatisk sykehus). Sosialt arbeid er imidlertid ikke en "standardvare", men forutsetter kunnskap og ferdigheter til å anvende et sett av metoder og tilnæringsmetoder ut fra den/de enkelte hjelpetrendenes behov, ønsker og forutsetninger.

### **Ansvars- og arbeidsoppgaver innen psykisk helsevern og til dels kommunalt psykisk helsearbeid**

I St meld nr 25 (1996-97) Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene heter det at de viktigste faggruppene i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser er leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, kliniske pedagoger, barnevernspedagoger, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Innen psykisk helsevern arbeider det flere ufaglærte enn i de andre sektorene i spesialisthelsetjenesten.

Oppgavene til sosionomene innen psykisk helsevern kan innen noen områder sidestilles med oppgavene innen somatiske sykehustjenester. Imidlertid vet vi at både sosionomer og sykepleiere innen psykisk helsevern mange steder også er tillagt oppgaver som individualterapeuter.

Opptrappingsplan for psykisk helse har medført viktige endringer i tjenestetilbudenes organisering. Tjenestetilbudene er blitt mindre institusjonsbasert, ingen skal ha institusjon som varig bosted. Det stilles større krav til samarbeid og god kommunikasjon mellom fagfolk som arbeider i ulike etater og på forskjellige forvaltningsnivå. I St meld nr 25 heter det om utdanningene at det både er behov for samordning mellom utdanningene og behov for økt spesialisering. Meldingen påpeker at det er stor mangel på sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell med spesialutdanning i psykiatri, at det generelt bør bli mindre rigide grenser mellom disse gruppene, samt at en del stillinger bør kunne lyses ut for høyskoleutdannet personel generelt og besettes av flere grupper.

Opptrappingsplan for psykisk helse påpeker at tilbudet til personer med psykiske lidelser skal tilbys av de tjenesteenheter som etter lovverket og kommunal organisering er tillagt ansvaret. Dvs at det ikke lenger skal være et særomsorgstilbud som kun gis av kommunehelsetjenesten, men et integrert tilbud på linje med det andre innbyggere har. Konsekvensen av dette er at spesialisthelsetjenesten må samarbeide med andre yrkesgrupper på kommunenivå enn de tradisjonelt har gjort (leger og sykepleiere), samt at en internt i kommunene må ha et tettere samarbeid på tvers av tjenesteområder og faggrupper. Innen kompetanseheving, som er ett av virkemidlene for å gjennomføre opptrappingsplanen, har Helsetilsynet og Sosial- og helsedirektoratet prioritert igangsetting av tverrfaglige videreutdanninger, nettopp for å understreke behovet for samarbeid for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Da disse kompetansehevende tiltakene ble planlagt/iverksatt i 1998/1999, ble det fra Helsetilsynet påpekt at de grupper personell som ikke tradisjonelt har hatt hovedansvar for arbeidet innen psykisk helsearbeid i kommunene skulle prioriteres, eksempelvis sosionomer og barnevernspedagoger.

I forbindelse med Opptrappingsplanen fikk Helsetilsynet også i oppdrag å utrede og utgi veiledningsmateriell med anbefalinger om hva som kan anses som god behandling innen psykisk helsevern. Et av prosjektene som ble igangsatt, var prosjektet "Kvalitetsforbedring i psykiatrisk helsetjeneste". Prosjektet var knyttet opp til "Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten". Heftet som ble utgitt. "Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser" retter seg mot alle yrkesgrupper, brukere og pårørende. Psykososialt arbeid er i følge nevnte hefte en samlebetegnelse for tilbud fra helse- og sosialtjenesten som er aktuelle for personer med psykiske problem og lidelser. Grunnlaget for å betrakte disse tilbudene under ett ligger i erkjennelsen av at det eksisterer et samspill mellom vår psykiske helse og de sosiale forholdene vi lever under. Mange har behov for flere former for bistand, og tjenestene skal samordnes i tid og rom i et komplisert tiltaksnettverk. Psykososialt arbeid omfatter følgelig et spektrum av likeverdige tjenester og fagdisipliner. Sosionomer og barnevernspedagoger er vesentlige yrkesgrupper innen disse tiltaksnettverk.

#### **Ansvars- og arbeidsoppgaver innen regional stat**

Flere sosionomer er ansatt ved fylkesmannsembetene (også ved tidligere fylkeslegeembeter), hvor de ivaretar rådgivning og deltar i tilsyn i forhold til kommunal, fylkeskommunal og statlig helse- og sosialtjeneste. Videre behandler de klagesaker etter lov om sosiale tjenester, lov om helsetjenesten og lov om barnevernstjenester.

#### **3.3.2.3 Familievern**

Familievernkontorene er regulert ved lov om familievernkontor av 19.06.1997, og drives av fylkeskommunen eller den fylkeskommunen inngår avtale med. Familievernkontorene har elementer av både sosialtjeneste og helsetjeneste. Tjenesten er i hovedsak diagnosefri, og sosial rådgivning/veiledning er en del av virksomheten. Sosionom var i 1997 ansvarlig terapeut i mer enn halvparten av sakene, og en tredjedel av kontorene hadde sosionom som eneste faglige leder. Etter ovennevnte lov defineres familievernkontor som en helsetjeneste. I lovforslaget var det et krav om at personalet er tverrfaglig sammensatt, og hvor psykolog, psykiater og sosionom ble ansett å utgjøre grunnbemanningen og basiskompetansen. Nevnte yrkesgrupper sidestilles i forhold til å utøve roller og tjenester etter nevnte lov, imidlertid kan sosionomers mangel på autorisasjon etter helsepersonelloven medføre ulikhet i reaksjonssystemet ved kritikkverdige forhold, samt en usikkerhet ved andre yrkesgrupper og tjenestemottakeres vurdering av deres

kvalifikasjoner.

#### **3.3.2.4 Næringsvirksomhet**

Mange sosionomer og barnevernspedagoger driver egen næringsvirksomhet, eksempelvis private barnevernminstusjoner og alternative skoletilbud. Det omfattende ansvar som det offentlige hjelpeapparatet tillegger disse institusjonene for det enkelte barn og unges oppvekst, forutsetter omfattende faglig kunnskap og personlig egnethet. Medias omtaler av barnevernet, og spesielt barnevernminstusjoner, understreker også behovet for å kvalitetssikre ansattes faglige kunnskaper og personlige egnethet gjennom en autorisasjonsordning.

Momsreformen har også synliggjort skillet mellom autorisert helsepersonell og yrkesgrupper uten autorisasjon. Autorisert helsepersonell er unntatt fra å betale moms på sine tjenester, det samme gjelder generelle undervisningstjenester. For at sosiale tjenester skal være unntatt moms kreves det imidlertid kommunalt vedtak i hver enkelt sak. Dette medfører at det i et team med både sosionomer og helsepersonell må legges moms på tjenestene fra sosionomene, men ikke på tjenestene fra helsepersonellet.

#### **3.3.2.5 Vurdering av sosionomyrkets karakter og innhold**

Sosionomene har gjennomgått en generalistpreget utdanning på høyskolenivå som både kvalifiserer for å arbeide innen kommunal helse- og sosialtjeneste og statlig helsetjeneste. De eneste tjenesteområder hvor det er pålagt at det skal være ansatt sosionom finner en innen områder som er definert som helsetjenester. Utdanningen er fastsatt av utdanningsmyndighetene senest ved rammeplan av 28. januar 1999. Den helsefaglige delen av utdanningen vurderes å være tilfredsstillende for å kunne ivareta de oppgavene som yrkesgruppen er tillagt innen helsetjenesten. If også de muligheter som sentrale statlige helse- og sosialmyndigheter har hatt for å påvirke innholdet i utdanningen.

Sosionomer har på alle forvaltningsnivå og innen alle deltjenester nært samarbeid med den hjelpetrequende, pårørende, øvrig nettverk og samarbeidsparter. Sosionomer har selvstendig yrkesutøvelse med ansvar for utredning, behandling, omsorg og oppfølging.

Sosionomer representerer en utbredt yrkesgruppe. Faget sosialt arbeid er styrket gjennom hovedfag og dr. gradsstudie. Dette har blant annet også medført forskning og teoriutvikling forankret i norske forhold.

De fleste sosionomer arbeider på kommunalt nivå hvor de har utstrakt selvstendig kontakt med brukerne av tjenestene. Deres vurderinger og vedtak etter sosial- og barnevernsløvgivningen kan få store konsekvenser for den enkelte bruker og dens nærmeste også i stillinger hvor de ikke har direkte brukerkontakt, men heller ivaretar mer overordnet ansvar.

Sosialtjenestens brukere representerer en meget uensartet gruppe hjelpetrequende, ofte med sammensatte problem som best løses i fellesskap mellom flere helse- og sosialtjenester. Den rollen som sosialtjenesten har for å påpeke forhold innen andre sektorer som kan ha konsekvenser for brukerne av sosialtjenesten, forutsetter også at det sosialfaglige personellet har et faglig fundament med aksept hos samarbeidende yrkesgrupper og tjenesteområder.

Likeverdige samarbeid ulike yrkesgrupper imellom forutsetter gjensidig tillit til de andre

yrkesgruppers faglig kunnskap. Eksempelvis har en erfaringer for at helsetjenesten enkelte steder ikke har ønsket å overlevere ansvar innen psykisk helsearbeid til sosialtjenesten, nettopp med utgangspunkt i usikkerhet med hensyn til sosionomers faglige kunnskaper. Tjenestemottakernes tillit til - og tilfredshet med tjenestetilbudene kan også ha sammenheng med tjenesteyters faglig kvalifikasjoner, noe som kan bli vanskelig å dokumentere for sosialpersonell dersom yrket ikke er underlagt autorisasjon.

I forbindelse med vurderingen av om autorisasjonsordningen burde oppheves uttalte Sosial- og helsedepartementet i Ot prp nr 13 (1998-99) blant annet følgende:

”Det enkelte autoriserte helsepersonell vil betrakte en offentlig autorisasjon som en dokumentasjon på sin faglige og etiske standard. For det enkelte helsepersonell og gruppen som sådan innebærer en autorisasjon økt anseelse og stolthet over eget fag. Det kan hevdes at yrkesutøvernes følelse av ansvar for yrkets faglige nivå og dens utvikling forsterkes ved en autorisasjonsordning. En autorisasjonsordning kan også sees på som et incitament for økt rekruttering til utdanning innen vedkommende fag.”

Skal en gjennom de offentlige velferdsordningene lykkes i å gi sosialtjenestens brukere med sammensatte problem best mulig levekår, forutsettes det et samordnet hjelpeapparat, eller et formalisert tverrfaglig samarbeid mellom de ulike tjenestene. Mange oppgaver kan ivaretas av flere helse- og sosialfaglige yrkesgrupper. Det viktigste er ikke alltid hvilken yrkesgruppe som yter hjelpen, men at tjenestemottakeren har tillit til tjenesteutøver, og er tilfreds med tilbudet som gis. Imidlertid har sosionomer spesiell kompetanse i arbeidet med brukergrupper med til dels omfattende lidelser knyttet til både sosiale, miljømessige og helsemessige forhold, og som kan være av vesentlig betydning, for å kunne gi den enkelte et best mulig helhetlig tjenestetilbud.

På grunn av ulik organisering, ansvarsfordeling og nye tverrfaglige samarbeidsformer i kommunene, kan sammenlignbare tiltak bli iverksatt innen både sosialtjenesten og helsetjenesten, og av personell både med og uten autorisasjon. Fylkesmannens tilsyn med helse- og sosialtjenestene følger samme tilsynsmetode, men eventuelle reaksjoner på sammenlignbare kritikkverdige forhold hos ansatte blir ulik ut fra om tiltaket knyttes til helsetjenesten eller sosialtjenesten, eller om yrkesutøveren er underlagt autorisasjon eller ikke.

Sosionomer defineres etter lov om helsepersonell som helsepersonell når de arbeider innen helsetjenesten. Innen spesialisthelsetjenesten har sosionomene ansvar for sosialfaglige vurderinger og tiltak. Yrkesgruppen har i de tverrfaglige teamene et særlig ansvar for foreldre- og familiearbeid, og i samarbeid med pasient og pårørende søke å påvirke og legge til rette tiltak i deres eget nettverk. Likeledes er det sosionomens ansvar i samarbeid med brukeren å utarbeide skisse til realistiske hjelpetiltak og avklare ansvarsforhold mellom ulike deler av hjelpeapparatet. Sosionomene har ellers ofte et særskilt ansvar for kunnskapsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til -, og aktivisering av de lokale hjelpeinstansene. Sosionomene innehar ikke den kjernekompetanse som somatisk helsetjeneste må ha. Imidlertid innehar sosionomene kompetanse innen vesentlige støtteprosesser til den somatiske helsetjenesten, og som bidrar til best mulig helhetlige tilbud, og til at den enkelte pasient, familie og nettverk får best mulig livskvalitet. Sosionomene har innen somatisk spesialisthelsetjeneste selvstendig pasientkontakt, og deres samarbeid med den enkelte, nettverket og samarbeidsparter kan få store konsekvenser for pasientens opplevelse av livskvalitet etter utskriving.

Innen psykisk helsevern kan sosionomer også bli tillagt arbeid som individualterapeuter. Dette arbeidet stiller særdeles store krav til faglig kompetanse, tillit og forutsigbarhet, og kan dersom



terapeuten ikke er skikket, medføre risiko for pasienten og dens pårørende. Innen deler av psykisk helsevern er sosionomkompetansen også en "skal" kompetanse. Jf Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker.

Sosionomer utgjør over halvparten av bemanningen ved familievernkontorene, og kan også være ledere av kontoret på tross av at virksomheten defineres som en helsetjeneste.

Hva angår sosialpersonell som driver egen næringsvirksomhet, vises det til Ot prp nr 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v. uttales under pkt. 14.4.2:

"At yrkesrollen kan innebære selvstendig næringsvirksomhet, bør også tillegges vekt. Overfor yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet, vil ofte behovet for offentlig kontroll være stort av hensyn til pasienten, siden det her ikke er muligheter for kontroll fra arbeidsgiver. Departementet vil imidlertid understreke at muligheter for yrkesutøvelse i form av selvstendig næringsvirksomhet ikke bør være noe absolutt betingelse for å få autorisasjon."

### **3.3.3 Kommunalt og fylkeskommunalt barnevern**

Kommunal- og fylkeskommunal barnevern er tjenester som stiller store krav til de profesjonelles faglige kunnskaper og personlige egnethet. Sosionomer og barnevernspedagoger utgjør et stort flertall av de ansatte innen barneverntjenestene. Selv om barnevern ikke er underlagt sosial- og helsemyndighetene, finner direktoratet grunn til å fokusere på dette ansvarsområdet ut fra det nære samarbeidet, og til dels samordning som er mellom nevnte ansvarsområder.

I St meld nr 40 (2001-2002) Om barne- og ungdomsvernet, heter det blant annet følgende om behovet for personlig egnethet og faglig kompetanse hos barnevernsarbeiderne:

"Den enkelte barnevernarbeidaren må vere i stand til å skape tillit, utøve fagleg skjønn i komplekse og til dels kritiske situasjonar, setje i verk tiltak og føre dei vidare. Omfattande samarbeid er viktig for å ta vare på heilskapen i dei mange vanskelege og komplekse sakene barneverntenesta møter. Departementet deler synet i utvalet på at samarbeidskompetanse er sentralt i barneverntenesta. Det må setjast fokus på å øve opp evne til kommunikasjons- og relasjonsbygging både undervegs i utdanningsløpet og i det daglege arbeidet. Vidare ser departementet det som viktig at det blir etablert arenaer for samarbeid. Samarbeidspartnarane til barnevernet må kjenne til kva barneverntenesta arbeider med.

Barnevernpersonell må kunne møte problemstillingar knytte til dei tyngste sakene i barnevernet, det vil seie ulike typar mishandlings- og omsorgssviktsaker. Slike saker krev kompetanse i å oppdage problema og i å ta vare på barna for å hindre ytterlegare mishandling eller omsorgssvikt. Dette inneber kompetanse i og kunnskap om å forstå signal og teikn som kan tyde på at barna sin situasjon i heimen er uholdbar, og kompetanse til å snakke med barn og unge som barneverntenesta møter. Kompetanse i kommunikasjon og dialog er generelt sett viktige element i det faglege arbeidet. Barnevernet må saman med tilknytte tenester auke tryggleiken og kompetansen sin på dette området. Departementet vil også understreke behovet for at barnevernet sit inne med kompetanse i forhold til dei mest utsette barna. Fysisk, psykisk og seksuell mishandling og ulike typar omsorgssvikt rører ved mange problemstillingar som barnevernet må ha kompetanse i.

Førebygging er sentralt i barnevernet og inneber arbeid med å hindre vidare utvikling av

vanskar og at problem oppstår. Forebyggjande arbeid i barneverntenesta kan mellom anna dreie seg om å auke foreldrekompetansen hos omsorgspersonane, og det kan innebere arbeid med heile familien.”

....

”Kort oppsummert er kanskje den største utfordringa at kompetansebehova i barnevernet inkluderer både stor breidd og djupn. Det blir venta av tilsette i barnevernet at dei «kan litt om alt» og samstundes har kompetanse til å prioritere forebyggjande tiltak, setje inn hjelpetiltak på eit tidleg stadium av problemutviklinga tilpassa individuelle behov, og kunne arbeide med vanskelege saker som gjeld åtferdsproblem, omsorgssvikt og mishandling. For å makte dette må barnevernet ha fagleg tryggleik og opne kanalar til andre etatar”

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere FO har blant annet uttalt følgende om barnevernspedagogers ansvars- og arbeidsområder:

”Barnevernspedagogene har sin lengste tradisjon som styrere ved barne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilsetninger, der de ofte er ledere for andre yrkesgrupper med autorisasjon.

Barnevernspedagoger som arbeider innen helsevesenet er i hovedsak ansatt i barne- og ungdomspsykiatriske dag/døgn institusjoner. Sosialpedagogisk arbeid er en egen fagdisiplin og har gjennom flere år vært sett på som sentralt innenfor barne- og ungdomspsykiatrisk behandlingsarbeid. Barnevernspedagoger arbeider også innenfor barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og psykiatriske ungdomsteam (PUT) I alt vesentlig arbeider barnevernspedagoger med behandlingsarbeid som individual-familie gruppe og miljøterapi. Dette omfatter kontakt og samarbeid med pårørende samt oppfølging og samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet. Barnevernspedagoger har på linje med sykepleiere og annet helsepersonell selvstendige arbeidsoppgaver og direkte kontakt med brukerne. Det største skillet mellom helsepersonell og barnevernspedagoger i psykiatrien er at barnevernspedagoger ikke har kompetanse innenfor medisinsk eller medikamentell behandling. Mye av den begrunnelse som er gitt omsorgsarbeidere kan også gjelde barnevernspedagoger i tillegg til den spesielle kompetansen en har som barnevernspedagog.

Gruppene kan gjennomføre samme videreutdanninger som folk med autorisasjon og få profesjonsgodkjenning av sin kliniske kompetanse

Barnevernspedagoger er den yrkesgruppen som hyppigst etterspørres til styrere/lederstillinger i barne- og ungdomspsykiatriske behandlingshjem.”

### **3.3.3.1 Vurdering av sosionomer og barnevernspedagogers ansvarsområder innen barnevernstjenestene**

Ovennevnte bekrefter at sosionomer og barnevernspedagoger som arbeider innen kommunalt og fylkeskommunalt barnevern har selvstendig og direkte ansvar for utredning, forebygging og behandling i forhold til barn, unge og pårørende. Yrkesutøvelsen kan således innebære stor risiko for den enkelte tjenestemottaker og dens nærmeste. Barnevernsarbeid kan ikke sees isolert fra arbeidet verken innen utdanningssektoren eller helse- og sosial, og forutsetter at nevnte etater, andre samarbeidsparter og allmennheten har tillit til dem.

### **3.3.4 Vurdering av en autorisasjonsordning for sosialpersonell ut fra internasjonale forhold**

I denne sammenheng har direktoratet undersøkt hvordan man kvalitetssikrer sosionomyrket i Sverige.

I Sverige fokuserer ikke myndighetene på autorisasjon, men forsøker heller å beskrive hvilke kunnskaper og ferdigheter som behøves innen helse- og sosialtjenesten generelt. Utgangspunktet er hvilke krav på kunnskaper, ferdigheter og holdninger som brukerne har rett til å stille til de profesjonelle yrkesutøverne. På sikt skal alle helse- og sosialtjenesters kjernevirksomhet omfattes av beskrivelsene, og som skal være en hjelp for:

- Å få rett kompetanse til viktige og iblant kompliserte arbeidsoppgaver
- Å vurdere når grunnutdanning er tilstrekkelig, eller når det er behov for spesialisert utdanning
- Høgskolenes planlegging av grunn- og videreutdanninger.

Imidlertid har et fagforbund: SSR Sveriges Socionomers Riksforbund, på eget initiativ innført en form for autorisasjon som bygger på et visst antall år i yrket, samt veiledning og vurdering av kollegaer.

Den form for kvalitetssikring av utdanningene som myndighetene i Sverige arbeider med innebærer ikke en autorisasjonsordning, og det er derfor vanskelig å legge forholdene der til grunn for vurdering av en eventuell autorisasjonsordning for sosialpersonell i Norge.

### **3.4 Tjenestemottakernes behov og ønsker for kvalitet på de tjenester som sosialpersonell tilbyr**

I Helsepersonelloven med kommentar (A. K. Befring et al) heter det i punkt 9.0.2 Formålet med autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning:

”Formålet med autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning er å styrke sikkerheten for pasienter ved å sikre at enkelte grupper helsepersonell har særskilt kompetanse for yrkesutøvelse innenfor helsetjenesten, og at det knyttes styringsmidler til den legitimasjonen som utstedes.

Et annet formål med autorisasjonen er at det skal skape forutsigbarhet og sikkerhet at bruk av bestemte titler innebærer visse kvalifikasjoner. Dette hensynet gjelder både overfor pasienter så vel som overfor annet helsepersonell som samarbeider med vedkommende yrkesgruppe. I et samfunnsperspektiv er det også av betydning at allmennheten har tillit til yrkesutøverne i helsetjenesten. Autorisasjonsinstituttet vil kunne bidra til at befolkningen har tillit til at autorisert helsepersonell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utøvelse av virksomheten.”

Helselovene legger vekt på at de skal være moderne rammeverk for utviklingen av et nasjonalt, rasjonelt drevet helsetilbud av god kvalitet. Utforming av innholdet skjer av de ulike yrkesutøverne i samarbeid med pasienter, pårørende, brukerorganisasjoner m.v.

Lov om helsepersonell inneholder omfattende bestemmelser om helsepersonellens taushetsplikt og opplysningsrett. Dette for å verne om pasientenes integritet og befolkningens tillit til helsepersonellet og helsetjenestene. I lovens § 32 Opplysninger til sosialtjenesten, 1. ledd,

heter det at samarbeidet med sosialtjenesten først skal skje etter at helsepersonellet har vurdert at det er behov for denne type tjenester, og innhentet samtykke fra den/de saken gjelder. Tilbakemeldinger fra felten er at nåværende oppsplitting av taushetspliktbestemmelsene innen helse- og sosialtjenestene kan virke begrensende i samarbeidet med tanke på best mulig tilbud for den enkelte. Jf for øvrig helsepersonellovens § 4 Forsvarlighet, 2. ledd:

”Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.” En autorisasjonsordning for sosionomer innen sosialtjenesten som medfører at yrkesgruppen er underlagt samme regler om taushetsplikt som helsepersonell, vil kunne lette det tverrfaglige samarbeidet, og bidra til at en både fra sosialtjenesten og helsetjenesten i større grad ivaretar den enkelte pasient og brukers behov for et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

I følge Hagen-utvalget hevder pasientorganisasjonene at pasientene i tiden som kommer vil være mer aktive i å tilegne seg kunnskap, og stille større krav til helsepersonell om å gi god faglig informasjon. De har større bevissthet om sin rolle som kunder i et økonomisk system, status og rettigheter vektlegges, og helsetjenesten betraktes i større grad helsetjenesten på linje med andre tjenester i samfunnet. Forventninger om å bli møtt som likemann med en god og åpen dialog øker, samt retten til å velge mellom ulike tjenesteytere. Forventningene til behandlingsmuligheter, kvalitet og økonomiske ressurser i helsetjenesten øker. Samtidig oppleves mangelfull samhandling mellom ulike aktører og ulike nivå i helsetjenesten som et problem.

Sosionomene er en yrkesgruppe som innehar omfattende kunnskap innen ulike deler av tjenesteapparatet, og som gjennom sin funksjon innen helsetjenesten ofte ivaretar kontakten med andre deler av hjelpeapparatet. Samtidig kan sosionomer innen helsetjenesten ivareta funksjoner som kan innebære risiko for pasienter, eksempelvis selvstendig og direkte ansvar for utredning, behandling, pleie og / eller oppfølging av pasienter. Sosionomer er gjennom utdanningen spesielt utdannet til å betrakte brukere av ulike tjenestetilbud som likeverdige eller som partnere, dvs at det vil være de individuelle behov og ønsker som skal søkes ivare tatt gjennom det lovverk og de ressurser som er til rådighet.

Sosial- og helsedirektoratet har tidligere uttalt at kvaliteten på tjenestetilbudet er mer viktig enn hvilken yrkesgruppe som gir den. Imidlertid vet en at autorisasjon kan betraktes som en dokumentasjon på en yrkesgruppes faglige og etiske standard. Ut fra de krav som vil bli stilt til kvaliteten på de tilbud som gis, kan en anta at pasientene / brukerne vil vurdere at bistand fra yrkesgrupper som kan dokumentere sine kvalifikasjoner gjennom en autorisasjon har større verdi enn andre. De kan således velge vekk kontakten med sosionomene, som faktisk kan være den yrkesgruppen som innehar kompetansen både i relasjonen og innen et gitt saksområde. Jf Sosialkomiteens innstilling til lov om helsepersonell hvor det blant annet heter:

”Komiteen er enig i at dette kan være gunstig ut fra pasientenes krav på å bli beskyttet mot ukyndige utøvere, kontroll med helsepersonellens yrkesutøvelse bl.a. gjennom mulighet til å tilbakekalle autorisasjonen, og at autorisasjonen gir en garanti for personellens kunnskapsnivå og skikkethet.” (Direktoratets understreking.)

Pasientorganisasjonene hevder videre i følge Hagen-utvalget at lønnsomme pasientgrupper prioriteres, og påstår at spesialisthelsetjenesten i økende grad prioriterer de friskeste pasientene med enkle lidelser og kort liggetid, mens pasientgrupper med kroniske lidelser eller funksjonshemminger nedprioriteres. Kronisk syke er pasientgrupper som tallmessig øker, og opplæring er en forutsetning for å mestre livet som kronisk syk eller funksjonshemmet

Plikt til å gi opplæring av pasienter og pårørende er likestilt med pasientbehandling i lov om spesialisthelsetjeneste. I lovens § 3-8 er sykehusenes oppgaver definert på følgende måte:

”Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver: pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.”

Opplæringstilbudet til kronisk syke ved sykehusene basere seg på tverrfaglig kunnskap og innsats hos personell fra flere faggrupper, ansatte i kommunenes helse- og sosialtjenester, brukerne og deres nettverk. Sosionomer kan være viktige bidragsyttere i opplæringen av disse grupper. Imidlertid forutsetter dette at pasientgruppene har tillit, og en yrkesgruppe som ikke har autorisasjon, kan lett bli oppfattet som en som ikke innehar de nødvendige kunnskaper og ferdigheter, og følgelig ikke tillit.

Gjennom lovfestet rett til individuell plan skal brukere av sosialtjenestene med langvarige og sammensatte behov sikres at tjenestetilbudene er koordinert og helhetlige. Nevnte grupper har ofte behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og sosialtjenesten. Imidlertid kan oppsplittingen av lovverket for kommunale helse- og sosialtjenester, og ikke minst at de samarbeidende personellgruppene på kommunenivå ikke er hjemlet i samme lov kunne medføre en viss treghet i samarbeid og samordning rundt hver enkelt bruker.

Dersom innsatsen overfor de mest utsatte gruppene innen kommunal helse- og sosialtjeneste skal få noen umiddelbar virkning, må det skje en styrking innen de sosialfaglige yrkesgruppene, jf blant annet St meld nr 6 (2002-2003) Tiltaksplan mot fattigdom. Brukerne må bli møtt av yrkesgrupper som det stilles strenge krav til, med høy faglig og etisk standard, og med evne til å ivareta reell brukermedvirkning gjennom et nært og forpliktende samarbeid.

Sosionomutdanningen må til enhver tid gjenspeile de mål og tiltak som sentrale statlige myndigheter setter for sosialfaglig arbeid i forhold til brukergrupper med omfattende bistandsbehov, og autorisasjon vurderes å være ett av flere virkemidler for å hindre faglig overtramp innen et motsetningsfylt og konfliktorientert fagfelt.

### **3.5 Virksomhetenes behov og ønsker for kvalitet på de tjenester som sosialpersonell tilbyr**

Hovedmålet med den kommunale sosialtjenesten er å ”...fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problem, bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.” (Sosialtjenesteloven § 1-1)

For sosialtjenesten, som for andre virksomheter, er det vesentlig å inneha en kjernekompetanse, noe som tjenesten virkelig kan, og som er en vesentlig del av grunnlaget for dens måloppnåelse. For sosialtjenesten er det et mål å sikre at kompetanse og kapabilitet møter de krav og forventninger som brukergruppene har. Dette innebærer at tjenesten både må ha den rette kompetansen i dag, men også kunne utvikle den, slik at den møter fremtidens behov.

Sosionomene er den faggruppe som besitter en stor del av den nødvendige kjernekompetansen innen sosialtjenesten. Direktoratet vil anta at denne yrkesgruppen i tiden som kommer - blant annet også i forbindelse med oppbyggingen av den nye førstelinjetjenesten - vil måtte tilføres faglig kunnskap og ferdigheter med tanke på å bygge opp ny kjernekompetanse innen førstelinjetjenesten. Denne kjernekompetansen kan best bygges opp ved at sentrale statlige

helse- og sosialmyndigheter har mulighet til å påvirke innholdet i utdanningene. Forutsetningen for dette er at sosionomutdanningen har en sentralt vedtatt rammeplan, med andre ord: er underlagt autorisasjon.

I kompetansesammenheng er organiseringen av arbeidet viktig for å sikre en best mulig kompetanseutnyttelse. De faglige kunnskapene og ferdighetene finnes på individnivå, men det er gjennom samarbeid og koordinering i anvendelse av de enkelte involverte at det kan skapes synergier og at det kan sikres at brukergruppenes ønsker og behov møtes på en best mulig måte. Skal sosionomene forbli en vesentlig faggruppe spesielt for brukere / pasienter med omfattende og langvarige bistandsbehov, er det viktig at arbeidsgiver vet hva yrkesgruppen faglig står for, at yrkesgruppen har en dokumentasjon på sin faglige og etiske standard. Jf for øvrig Ot prp nr 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m v, hvor det blant annet heter at ansvar for yrkets faglige nivå og dens utvikling forsterkes ved autorisasjon, samt at en autorisasjonsordning i seg selv virker som et incitament for økt rekruttering.

Ikraftsetting av endringene i sosialtjenesteloven om internkontroll og utvidelse av Fylkesmannens tilsyn med tjenestene bidrar til å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. En forutsetning for sektorens legitimitet er at den har befolkningens tillit. Direktoratet henviser i denne sammenheng til tidligere sitat fra Helsepersonelloven med kommentarer (A. K. Befring et al):

”I et samfunnsperspektiv er det også av betydning at allmennheten har tillit til yrkesutøverne i helsetjenesten. Autorisasjonsinstituttet vil kunne bidra til at befolkningen har tillit til at autorisert helsepersonell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utøvelse av virksomheten.”

Fylkesmannens tilsyn med sosialtjenesten utøves etter samme metodikk som tilsynet med helsetjenesten. Imidlertid er mulighetene for å hindre en person i å utøve yrket sitt på grunn av tidligere kritikkverdige forhold ikke automatisk til stede så lenge yrkesgruppen ikke innehar autorisasjon. Dette er i seg selv et paradoks, i det mange av de som trenger sosialtjenesten er blant de mest vanskeligstilte og utsatte brukere av helse- og sosialtjenestene, og som stiller store krav til utøvernes faglige og etiske standard.

### **3.6 Sentralt statlig helse- og sosialnivå - ønsker for kvalitet på de tjenester som sosialpersonell tilbyr**

De nye statlige satsningsområdene innenfor sosialtjenesten (og helsetjenesten) forutsettes økt kvalitetssikring av tjenestetilbudene gjennom blant annet oppdatert kompetanse hos den enkelte ansatte og på virksomhetsnivå.

I de senere år er det gjennomført mange utviklingsprosjekt innen sosialtjenesten, og gjennom Kunnskap og brubygging, Handlingsplan for sosialtenesta si førstelinje, har Sosialdepartementet ønsket:

- Spre erfaringer fra de senere års utviklingsarbeid
- Heve kvaliteten og kompetansen innen sosialtjenestens arbeid med klienter med sammensatte behov, blant annet rusmiddelmissbrukere hvor bedring av ettervernet står sentralt
- Gjøre sosialtjenesten mer brukervennlig og tilgjengelig
- Redusere tilfeldig forskjellsbehandling innen fordeling av økonomisk stønad

For en styrking innen nevnte områder ble det lagt opp til en rekke kompetansehevende tiltak;

utvikling av veiledningsmateriell, opplæringsprogram, konferanser og mer varige kompetansegivende strukturer.

Sosial- og helsedirektoratet viderefører kompetanse og kvalitetstiltak i sosialtjenesten ut fra ovennevnte handlingsplan. Direktoratet vil også i samarbeid med Sosialdepartementet vurdere nye opplæringstiltak knyttet til Tiltaksplan mot fattigdom, samt i tilknytning til sosialtjenestens rolle i økonomi- og gjeldsrådgivningssaker. Videre kompetanse og kvalitetsutvikling vil bli knyttet til utarbeidelse av en ny nasjonal strategi for kvalitetsutvikling.

Regjeringen utreder nå, på bakgrunn av Stortingets avgjørelse ved behandling av St meld nr 14 (2002-2003) Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten, ulike modeller for en felles førstelinjetjeneste. Den fremtidige etat, vil uavhengig av organisasjonsmodell, medføre at enheter med stor ulikhet i ansattes faglige kunnskaper og kompetanse skal innlemmes i en felles organisasjonskultur. Mens sosionomer utgjør en stor del av ansatte med utdanning innen sosialtjenesten, er den mest vanlig utdanning innen trygdeetaten etatsutdanning og allmennutdanning. I ovennevnte Stortingsmelding refereres en undersøkelse i tre fylker (Buskerud, Oppland og Nordland) som viste at kun 6 prosent i trygdekontor med 2 – 10 ansatte har høyere utdanning. Innen Aetat er en av fire ansatte ved lokale kontor universitets eller høyskoleutdannet, mens 28 prosent har videregående skole som høyeste utdanning.

Den nye førstelinje vil ha behov for yrkesgrupper med breddekompetanse. Ut fra den informasjon som foreligger, antas sosionomene å representere den største nåværende breddekompetanse. Sosionomene antas også å bli en sentral yrkesgruppe i den nye organisasjonen ut fra den ansvarsfordeling som er skissert i meldingen, samt ut fra sosialtjenestens ansvar for å vurdere behov for samarbeid med andre enheter (ofte helsesektoren), og dens rolle som premissleverandør overfor andre etater.

Profesjonene har en sentral rolle når det gjelder å forvalte velferdsgoder, og utgjør viktige virkemidler i arbeidet med å omsette offentlig helse- og sosialpolitikk. I tillegg til å medvirke til mer ”skreddersydde” og gjerne lokalt utformede kompetansehevede tiltak, har myndighetene kunnet påvirke kunnskapsnivået gjennom å gi innspill til innholdet i de ulike helse- og sosialfaglige utdanningene. Som nevnt tidligere utgjorde sosionomene i 2000 om lag 42 prosent av de vel 50 prosent ansatte med sosialfaglig bakgrunn innen sosialtjenesten. Følgelig er det også denne yrkesgruppen som i hovedsak representerer den faglige kunnskapen innen tjenesten. Ut fra de føringer som er lagt innen utdanningssystemet, vil sosionomutdanningen ikke bli underlagt sentralt fastsatte rammeplan dersom ikke yrket blir autorisasjonsgivende. Sosionomer ble pr. mars 2003 utdannet ved 12 høyskoler, følgelig kan disse skolene påvirke form og innhold i studiet ut fra lokale behov, ønsker og ressurser. I tillegg til å kunne gjøre endringer i sosionomutdanningen ut fra de reformer som spesielt er knyttet til sosialsektoren, vil Sosial- og helsedirektoratet anta at gjennomføringen av Folkehelsemeldingen også vil medføre behov for å bygge inn nye emner i utdanningen.

Innen sosialtjenesten består tjenesteutøvelsen både i å forvalte et sett av rettsregler og ikke minst av vurderinger og avgjørelser basert på faglig og etisk fundament, og i nært samarbeid med tjenestemottaker. Intensjonene om individuelt tilpassede tjenester og individuelle planer stiller store krav både den enkelte ansattes og virksomhetenes kompetansenivå. Imidlertid kan fragmenteringen av sosionomutdanningen føre til usikkerhet med hensyn til profesjonens faglige og etiske ståsted. Usikkerheten vil naturlig forplantes innen tjenestenettverket og hos tjenestemottakerne, og konsekvensen kan bli at faggruppen nedprioriteres ved ansettelse. En konsekvens av mangel på fagkompetanse kan bli at tjenestetilbudene standardiseres, og at

behov som ikke samsvarer med standard ikke tas til følge. Et scenario som står i stor kontrast til de velferdsgoder som helse- og sosialmyndighetene ønsker skal være rådende.

Regjeringen utnevnte ultimo mars 2003 et utvalg som skal foreslå forenklinger og harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Siktemålet med harmoniseringen er å:

- Sikre den samme regulering av like tjenester
- Sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov
- Hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer
- Forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner

Lovforslaget skal baseres på at:

- Kommunene skal ha stor frihet til å velge organisering av sine tjenester
- Det tas hensyn til behovet for og plikten til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at dette samarbeidet kan styrkes.

Sosial- og helsedirektoratet slutter seg fullt ut til behovet for forenkling og harmonisering av helse- og sosialtjenestene. Imidlertid synes det ikke å fremgå av mandatet hvorvidt utvalget også skal vurdere en felles lovhjemling av helse- og sosialpersonell. Direktoratet vurderer at en først gjennom en harmonisering av helse- og sosialtjenestene og en felles lov for helse- og sosialpersonell, hvor sosionomer innen sosialtjenesten er autorisert og underlagt de samme krav og plikter som helsepersonell, kan oppnå best mulig effekt av de statlige tiltak som er iverksatt / skal iverksettes for å bidra til helhetlige, individuelt tilpassede tjenestetilbud av god kvalitet.

### **3.7 Konklusjon vedrørende grunnlaget for vurdering av en autorisasjonsordning**

Sosial- og helsedirektoratet har ovenfor gjennomgått de kriterier som ligger til grunn ved vurdering av en eventuell autorisasjon, og drøftet hvorvidt sosionomer – og til dels barnevernspedagoger – fyller de kriterier som er satt for autorisasjon etter lov om helsepersonell. Videre har direktoratet drøftet mulige konsekvenser autorisasjon / manglende autorisasjon vil ha for tjenestemottakere, virksomhetsnivå og sentrale statlige helse- og sosialmyndigheter.

Direktoratet vurderer at både sosionomutdanning og yrke har et faglig fundament, og en karakter og innhold som gjør at direktoratet vil anbefale at yrket underlegges en autorisasjonsordning. Dette av hensyn både til:

- pasientenes /brukernes tillit til – og sikkerhet i forhold til tjenesteutøver,
- arbeidsgiveres behov for kunnskap om yrkesgruppens faglige fundament og etiske normer
- arbeidsgiveres behov for at allmennheten har tillit til tjenestetilbudet
- samarbeidsparters tillit til sosionomer som viktige samarbeidsparter
- yrkesgruppens behov for en dokumentasjon på faglig nivå, anseelse og stolthet over yrket, høy faglig standard, samt å kunne utvikle kompetansen i trå med brukernes skiftende behov.

Sosionomer arbeider i det vesentligste innen områder hvor tjenestemottakerne er blant de vanskeligst stilte grupper i vårt samfunn, og hvor arbeidet innebærer store faglige og etiske utfordringer.



De fleste sosionomer arbeider innen tjenesteområder hvor direkte bruker/pasientkontakt utgjør en vesentlig del av arbeidet. Brukerne / pasientene skal oppleve trygghet og verdighet, og vernes mot unødige overgrep og inngrep. Stortingets vedtak om at Fylkesmannen skal føre tilsyn med sosialtjenestene vil bidra til kvalitetssikring av sosialtjenesten. Imidlertid gir ikke Fylkesmannens tilsyn noen sikkerhet for at tjenesteutøvere som begår kritikkverdige forhold avskåres fra lignede forhold så lenge tjenesteutøver ikke tilhører en autorisert yrkesgruppe.

Kvalitetsreform av høyere utdanning medfører kun at de helse- og sosialfaglige utdanningene som fører frem til autorisasjon vil bli underlagt sentralt godkjente rammeplaner. De øvrige utdanningene kan følgelig bli fragmentert på landsbasis, og sentrale helse- og sosialmyndigheters muligheter for å påvirke nevnte utdannings form og innhold vanskeliggjøres.

Det nære forholdet mellom utdanning og yrke er et av kjennetegnene ved en profesjon. Tradisjonelt tiltre nyutdannede sosionomer oftest faglig og etisk krevende stillinger innen et motsetningsfullt arbeidsområde som innebærer utstrakt bruker / pasientkontakt, noe som også taler for at en autorisasjonsordning bør knyttes til grunnutdanningen og ikke til en bestemt videreutdanning.

Hva angår internasjonale forhold, finner direktoratet at dette kriterium ikke bør kunne tillegges verdi, men heller vektlegge hvilke godkjenningsordninger som gjelder sammenlignbare yrkesgrupper i Norge. Som nevnt tidligere er det blant helse- og sosialfaglige utdanninger på høyskolenivå kun sosionom- og barnevernspedagogutdanningene som ikke fører frem til autorisasjon.

En autorisasjonsordning tilsvarende den som gjelder for helsepersonell, vil medføre at det både vil bli stillet flere faglige og administrative krav til utøvelse av sosionomyrket, og ytterligere reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser. Sosial- og helsedirektoratet anser nevnte krav og reaksjoner som vesentlig for ytterligere kvalitetssikring av sosionomers yrkesutøvelse.

Sosial- og helsedirektoratet vil ut fra ovennevnte hensyn og barnevernspedagogyrkets karakter, anta at det vil være hensiktsmessig at denne yrkesgruppen også underlegges autorisasjon. Direktoratet tilrår derfor at departementet å anbefale Barne- og familiedepartementet at nevnte yrkesgruppe også bør underlegges autorisasjon.

#### **4 REGULERING - OG ADMINISTRATIVE ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV EN AUTORISASJONSORDNING**

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at sosionomer gis autorisasjon, og tilrår at departementet anbefaler Barne- og familiedepartementet at barnevernspedagoger også gis autorisasjon.

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler primært at autorisasjon av sosialpersonell lovhjemles i en felles lov for helse- og sosialpersonell, sekundært i en egen lov for sosialpersonell. I det gjeldende autorisasjonsordning er hjemlet i lov om helsepersonell, anbefaler imidlertid direktoratet på nåværende tidspunkt at en eventuell autorisasjon av sosialpersonell hjemles i nevnte lov § 48, 4. ledd.

Sosial- og helsedirektoratet vil arbeide for at det utredes en felles lov for helse- og sosialpersonell, og hvor autorisasjon for alle aktuelle helse- og sosialfaglige yrkesgrupper bør hjemles.

Ved de statlige høyskolene ble det i 2001 tatt opp 965 heltidsstudenter innen sosionomutdanningen. I tillegg er det ved flere høyskoler tilbud om deltidsstudie. Direktoratets anbefaling vil medføre at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell også må behandle søknader om autorisasjon for sosionomer. Direktoratet antar at søknader fra sosionomer som årlig utdannes, alene vil medføre behov for stillingsvekst.

Dersom Barne- og familiedepartementet ønsker at barnevernspedagogene underlegges autorisasjon, antas det nødvendig å styrke Statens autorisasjonskontor ytterligere.

En autorisasjonsordning for sosionomer og eventuelt barnevernspedagoger kan også medføre økt saksbehandling ved Statens helsepersonellnemnd.