

Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene

Kari Ludvigsen • Bodil Ravneberg



Uni Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie. Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter. Manuskriptene er vurdert av redaksjonsrådet eller en fagfelle oppnevnt av redaksjonsrådet.

Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISSN 1503-0946

Uni Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen
Tlf. 55 58 97 10
Fax 55 58 97 11
E-post: rokkansenteret@uni.no
<http://rokkan.uni.no/>

Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene

KARI LUDVIGSEN

BODIL RAVNEBERG

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNI RESEARCH

APRIL 2012

Notat 03 – 2012

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| INNLEDNING | 3 |
| KOMPETANSEBEHOVET I HELSE- OG SOSIALTJENESTENE: OVERORDNETE POLITISKE MÅLSETTINGER OG RAMMEVILKÅR..... | 3 |
| Satsing på kommunale tjenester..... | 4 |
| Nye krav til kompetanse..... | 4 |
| Samarbeid utdanning og helsetjenester..... | 5 |
| Rekrutteringsbehov og utvidete roller for personellet..... | 5 |
| Demografiske endringer og nye kunnskapsbehov..... | 6 |
| Behov for økt kunnskap om sosiale helseforskjeller..... | 7 |
| Behov for mer plankompetanse i helsesektoren..... | 8 |
| Oppsummering av signalene knyttet til samhandlingsreformen..... | 8 |
| KOMPETANSEUTFORDRINGER I HELSE- OG SOSIALFAGENE..... | 8 |
| a) Psykisk helsevern..... | 9 |
| b) Rusarbeid: Satsing på kompetanseoppbygging og økt tverrfaglig bredde..... | 14 |
| c) Barnevernet..... | 16 |
| d) Kronisk syke..... | 18 |
| AVSLUTNING..... | 22 |
| LITTERATURLISTE | 24 |

Innledning

Denne rapporten er basert på materiale opparbeidet i forbindelse med et prosjekt som Uni Rokkansenteret utførte på oppdrag fra UH- nett Vest i 2011. Utredningen skulle klargjøre grunnlaget for å etablere en eventuell forskerskole innenfor helse og sosialfag knyttet til nettverket. Ett av målene med prosjektet var å imøtekomme behovet for informasjon om kompetansebehov knyttet til utvalgte helse- og sosialfaglige områder. Dette notatet bygger på den første delen av prosjektet, som tok sikte på oppfylle dette målet. Særlig er det vektlagt hvordan iverksetting av samhandlingsreformen på de prioriterte feltene vil medføre nye kompetansebehov på områdene psykisk helse, barnevern, rus og kroniske lidelser.

Oppdraget er utført våren og sommeren 2011. Arbeidet er utført av seniorforsker, dr. polit. Bodil Ravneberg og forskningsleder, dr. polit. Kari Ludvigsen. Det viktigste datagrunnlaget for utredningen er offentlige politiske dokumenter i form av stortingsmeldinger, offentlige utredninger og planer knyttet til samhandlingsreformen samt reformer og satsinger på de fire utvalgte tjenestefeltene. Sentrale dokumenter for den siste tiårsperioden er gjennomgått via offentlige nettsteder, for å undersøke hvilken kompetanse som etterspørres av de sentrale myndighetene. I tillegg er en del evalueringsrapporter og tilsynsrapporter gjennomgått for å få et bredere bilde av hvilken kompetanse som savnes og etterspørres.

Framstillingen av kompetansebehov tar et generelt utgangspunkt i dokumenter knyttet til samhandlingsreformen, de generelle krav til de framtidige helse- og sosialtjenestene som der understrekes, og de spesielle føringene som dette legger på kompetanseutvikling i sektoren. Deretter gjennomgås de mer spesifikke behovene for kompetanse på de fire satsingsområdene, med utgangspunkt i sentrale reformdokumenter og andre offentlige planer og rapporter.

Kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene: Overordnede politiske målsettinger og rammevilkår

I St. meld. nr. (2008-09) (Samhandlingsreformen) pekes det på tre sentrale utfordringer når det gjelder den framtidige organiseringen av og det faglige innholdet i helsefagutdanningene. Det ene er at utdanningsinstitusjonene i for stor grad har vært rettet inn mot spesialisthelsetjenesten. Det andre er at pasientforløpstenkningen har hatt for liten plass, spesielt i primærhelsetjenesten. Det tredje er at profesjonsutøvelsen har vært for lite forskningsbasert.

For profesjonsutdanningene innebærer dette behov for en vridning både faglig og organisatorisk.

- For det første økes vekten på den kommunale helsetjenestens behov for kompetanseoppbygging.
- For det andre vil integrering av pasientforløpstenkningen som en rød tråd gjennom hele utdanningen innebære en ny yrkesrolletenkning. Med

pasientforløpstenkning menes at profesjonsutøvere skal kunne utøve og se sitt daglige virke i en tilbudssammenheng og ta utgangspunkt i den enkelte person sitt helhetlige behov, slik at tjenestene kan gis i en planlagt og uavbrutt kjede.

- For det tredje vektlegges økt samarbeid med instanser i praksisfeltet om å bygge opp et mer forskningsbasert praksisfelt.

I det følgende vil vi utdype implikasjonene av disse kravene til kompetanse, slik det framkommer i samhandlingsreformens sentrale dokumenter.

Satsing på kommunale tjenester

Samhandlingsreformen innebærer en sterk satsing på kommunale tjenester og på fagområder som folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og ulike lavterskeltilbud. Av betydning især for rusmiddelavhengige og psykisk syke er innsatsområder som forebygging, tidlig intervensjon, lavterskeltilbud, forsterkede bo- og behandlingstilbud i kommunene ved psykiske lidelser, ambulante team og lavterskel helsetilbud til rusmiddelavhengige. Nye ansvarsområdet og oppgaver legges til kommunen som har fått ansvar og oppgaver blant annet knyttet til pasientsikkerhet, avtalestyring, samhandlingskompetanse, behandlingsforløp, brukermedvirkning og IKT.

Nye krav til kompetanse

Samhandlingsreformen stiller nye krav til helsepersonellens kompetanse. Endringer av innholdet i utdanningene er påkrevd. Endring av innholdet i utdanningene vil i sin tur kreve ny kunnskap framskaffet ved forskning, fastslås det i Stortingsmelding nr 47. I reformen vektlegges derfor også forskning og forskningskompetanse. Det understrekes at profesjonsutøvelsen skal være forskningsbasert og det vises til at regjeringen har som mål å styrke relasjonene mellom utdanning, praksis og FoU i de kortere profesjonsutdanningene som også må gjøres i stand til å styrke fagpersonalets forskningskompetanse og bygge solide forskningsmiljøer. (jf. St.meld. nr. 30 (2008–2009, Klima for forskning). De kortere profesjonsutdanningene i helsefagene må gjøres i stand til å styrke fagpersonalets forskningskompetanse og bygge solide forskningsmiljøer. Forskning og fagutvikling i den kommunale helsetjeneste er et viktig virkemiddel for å heve sektorens status og dermed posisjon for rekruttering. Viktige virkemidler er forskning på kliniske problemstillinger i sektoren og vektlegge den praksisnære forskningen for å få svar på om det man gjør virker.

Det fastslås at den offentlige forskningsinnsatsen må innrettes slik at problemstillingene i primærhelsetjenesten får en større plass i medisinsk og helsefaglig forskning. Dersom de politiske målsettingene skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og fagområder som folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og ulike lavterskeltilbud. Det vil i den forbindelse være sentralt å styrke disse områdenes status og prestisje.

Departementet ser tilpasning til samhandlingsreformen i sammenheng med utdanningspolitiske prosesser. Særlig nevnes kravet til høyere utdanningsinstitusjoner om å utarbeide læringsutbyttebeskrivelser for alle fag- og studieplaner i tråd med det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket som ble vedtatt i mars 2009, som oppfølging av

internasjonalt utdannings samarbeid. Denne prosessen ses som en gylden anledning for utdanningsinstitusjonene til å tilpasse medisin- og helsefagutdanninger til de endringene i helsevesenet som Samhandlingsreformen medfører.

Samarbeid utdanning og helsetjenester

I St. meld. nr. 2008-09 påpekes også behov for et styrket samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene. Helsepersonellutdanningene består av en kombinasjon av teoretisk undervisning og praktisk læring. Dette ses på som en viktig arena for å fange opp og formidle behov for endret innhold i utdanningene. Et eksempel her er at det i spesialisthelsetjenesten er inngått avtaler og etablert samarbeidsorgan mellom utdanningsinstitusjonene og de regionale helseforetakene. Dette er arenaer som i større grad kan tas i bruk for å diskutere forholdet mellom innholdet i utdanningene (teori og praksis) og kompetansebehovet i tjenestene. Det påpekes at tilsvarende avtaler og samarbeidsorgan i liten grad er etablert i forhold til kommunehelsetjenesten.

I lys av samhandlingsreformen er det behov for å vurdere de inngåtte avtalene, mandatet og sammensetningen av samarbeidsorganene. Et viktig aspekt er å sikre at samhandlingsaspektet og kompetansebehovene i kommunehelsetjenesten ivaretas og fanges opp på lik linje med behovene i spesialisthelsetjenesten. Velfungerende samarbeidsorgan kan bidra til utarbeiding av strategier og tiltak som sikrer godt samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og et samlet praksisfelt i planlegging og gjennomføring av utdanningene, og gode sammenhenger mellom den teoretiske og praktiske delen av studiet. I universitets- og høyskolesektoren er den faglige friheten begrenset for utdanninger med nasjonale rammeplaner, som er fastsatt av Kunnskapsdepartementet etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet. Det overordnede nivået rammeplanene styrer på gir likevel utdanningsinstitusjonene et betydelig handlingsrom i sin fastsetting av fagplaner og innretning av utdanningene.

Rekrutteringsbehov og utvidete roller for personellet

Stortingsmeldingen nevner rekrutteringsproblemer som et aspekt ved kompetanseutfordringene knyttet til helsetjenestene. Innenfor enkelte fagområder, slik som rusomsorgen, psykisk helsevern, samt innen kommunehelsetjenesten, har det vært rekrutteringsproblemer, også når tilgangen på helsepersonell på landsbasis har vært god. Dette har begrunnet ulike stimulerings tiltak rettet mot rekrutteringen av helsepersonell. Eksempler på dette er ulike tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse og ulike tiltak i kompetanseplanen for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Departementet påpeker at sysselsettingen innenfor helse-, omsorgs- og sosialsektoren har vært økende og er nesten doblet i de siste 25 årene. I 2007 var nærmere 500 000 personer sysselsatt innenfor denne næringen. Dette tilsvarer mer enn én av fem av de sysselsatte totalt. Av disse var nær halvparten sysselsatt i kommunal sektor. Framskrivninger som Statistisk Sentralbyrå (SSB) har gjort, viser at andelen sysselsatte innenfor helse-, pleie- og omsorgssektoren vil vokse fra 29 prosent av den totale sysselsettingen i offentlig sektor i 2004 til om lag 32 prosent i 2025. ³ Dersom

framskrivingene legges til grunn, betyr dette at antall helse-, pleie- og omsorgsarbeidere vil øke mer enn samlet sysselsetting i offentlig sektor. Arbeidskraftbehovet i den kommunale helse- og omsorgssektoren antas å øke med om lag 54 000 årsverk fram mot 2030, og med om lag 130 000 årsverk fram mot 2050, gitt dagens forutsetninger (Tall fra SSB).

De signaliserte endringene i tjenesteinnhold kan også medføre *nye og utvidede roller* for helsepersonellet og *endringer i oppgavefordelingen* mellom leger, sykepleiere og annet helsepersonell. I St. meld. 2008-09 nevnes at det i Danmark pågår et arbeid for etablering av en rolle som klinisk ekspertsykepleier i kommunehelsetjenesten. Deres kompetanse rettes inn mot pasienter med kroniske lidelser som kols, astma, diabetes, epilepsi og hjertelidelser. I England arbeider kliniske ekspertsykepleiere hos fastlegene, i såkalte walk - in klinikker (lavterskel), eldresenter og i oppsøkende virksomhet. En annen tilnærming er å vurdere muligheter for substitusjon, dvs. at en personellgruppe erstattes av en annen på et bestemt område.

Samhandlingsreformen aktualiserer også andre arbeidsmåter for helsepersonellet, for eksempel som del av et *tverrfaglig team* og gjennom en *sterk og deltagende bruker*. Dette er arbeidsmåter som kan bidra til mer helhetlig behandling og kontinuitet i pasienthåndteringen og også til bedre bruk av de tilgjengelige personellressursene.

Den norske helsetjenesten har vært kjennetegnet av et samarbeid med *familiebasert omsorg og frivillige organisasjoner*. På lengre sikt vil det være aktuelt å opprettholde, eventuelt styrke, det viktige arbeidet som gjøres på disse arenaene. De viktigste strategiene for å få dette til vil er å organisere tjenestene slik at de understøtter samspillet med familie og frivillige, for eksempel gjennom desentraliserte løsninger som gir nærhet til familie og lokalmiljø.

Andre tiltak er å gjøre det enklere å kombinere yrkesaktivitet med omsorgsoppgaver, bl.a. gjennom bedre tilrettelagte permisjonsordninger. Apotek er en viktig innsatsfaktor i helsetjenesten som må inkluderes i arbeidet med å øke samhandlingen i helsetjenesten lokalt. Helsemyndighetene har også oppmerksomhet på ulike tiltak som kan redusere avgangen fra yrket og styrke helsepersonellens yrkesdeltakelse. Et godt arbeidsmiljø (reduisert sykefravær), gode arbeidsbetingelser (reduisert bruk av ufrivillig deltid), god ledelse, god organisering av arbeidet, muligheter for kompetanseutvikling er blant viktige tiltak som bidrar til jobbtilfredshet, og god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene. Dette er også viktige faktorer som kan øke søkergrunnlaget til utdanningene og som kan bidra til at vi kan være selvforsynt med helsepersonell.

Demografiske endringer og nye kunnskapsbehov

I St.meld. nr. 44 (2008-2009) Utdanningslinja, påpekes det betydelige kompetanse- og personellutfordringer i helse- og omsorgssektoren de neste tiårene på grunn av en sterk vekst i de eldste aldersgruppene, økning i livsstilsrelaterte sykdommer og nye brukergruppers behov. Dette gjelder særlig de kommunale omsorgstjenestene. (Se også St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*, om framtidens omsorgsutfordringer).

Demografien viser en vekst i de eldste aldersgruppene som vil medføre en økning i behovet for helse- og omsorgstjenester og økt behov for arbeidskraft i sektoren. Antall

personer over 67 år vil mer enn dobles frem mot til 2050. Det største pleie- og omsorgsbehovet er imidlertid knyttet til aldersgruppen over 80 år. Denne aldersgruppen vil dobles fra 2020 fram mot 2060. Framskrivningen bygger på SSBs demografiske middelalternativ og tar utgangspunkt i at folk holder seg friske lengre når levealderen øker. Det er imidlertid usikkert om lengre levealder vil føre til en kortere eller lengre periode på slutten av livet med alvorlig sykdom og nedsatt funksjonsevne. I tillegg til at utviklingen går mot flere eldre i befolkningen, er også tallet på yngre brukere av helse- og omsorgstjenester fordoblet det siste tiåret. Hver tredje mottaker av kommunale hjemmetjenester var under 67 år ved utgangen av 2007. Den sterke veksten i nye yngre brukere startet med reformen for mennesker med utviklingshemning. I dag er det imidlertid personer med psykiske og sosiale problemer og langvarige, sammensatte lidelser med sterkt nedsatt funksjonsevne som utgjør de største gruppene med yngre brukere.

Endringer i demografien indikerer at det vil være behov for en utbygging av tjenestetilbudet, mens økningen i livsstilsrelaterte sykdommer og nye brukergrupper også krever nye arbeidsformer og endret kompetanse. Helse- og omsorgstjenestens fagpersonell vil i framtida i større grad få oppgaver knyttet til nettverksutvikling, organisering, koordinering, samt opplæring og veiledning av brukere/pasienter og deres familie og nettverk. Dersom familieomsorgen holdes konstant, innebærer det at det offentlige sannsynligvis må ta store deler av den forventede behovsveksten. Et godt samspill mellom den formelle og den uformelle omsorgen vil bidra til å sikre at omfanget av frivillig omsorg blir opprettholdt og styrket.

Behov for økt kunnskap om sosiale helseforskjeller

I St.meld. nr. 20 (2006-2007) (Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller), pekes det på at geografiske perspektiver på sosiale helseforskjeller blir stadig viktigere i internasjonal forskning, og det er behov for styrket forskning på dette feltet også i Norge. Kunnskap om nærmiljøets betydning for helse og helseforskjeller vil blant annet kunne gi viktige bidrag til utforming av tiltak mot sosiale helseforskjeller i framtiden.

Kompetansen innenfor helse- og sosialforskning i flerkulturelle miljøer i Nord-Norge, har til nå vært lav. Dette gjenspeiles i manglende kunnskap om hvilke utfordringer som helsevesenet står overfor med hensyn til den samiske befolkningen. Satsing på oppbygging av flerkulturell kompetanse innenfor helse- og sosialtjenesten og innenfor forskningsmiljøene, er derfor viktig.

Et annet forskningsområde som vil kunne få stor betydning for framtidig politikk, er betydningen av ulike typer forebyggingsarenaer for helseatferd – som for eksempel skolen, arbeidsplassen og fritiden. Dette er et område som er velegnet for intervensjonsforskning. Økt kunnskap om sosiale forskjeller etterspørres også i opptrappingsplanen for rusfeltet. Her slås det også fast at kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgjengelighet til helsetjenester må økes:

«Prinsippet om likeverdig helsetjeneste uavhengig av sosial status har bred oppslutning, men for enkelte kan terskelen til helsetjenesten være spesielt høy som for personer med særlig belastet rusmiddelavhengighet eller innsatte som har behov for lavterskeltilbud.»

Behov for mer plankompetanse i helsesektoren

For å utnytte den tverrfaglige planarenaen i folkehelsearbeidet må helsetjenesten og sektoren for øvrig utvikle sin rolle som bidragsyter i planprosesser i fylker og kommuner. I tillegg til god faglig kunnskap og kompetanse innen helseovervåkning og på de ulike folkehelseområdene, er det nødvendig med kompetanse på hvordan denne kunnskapen kan bringes inn i ordinære plan- og beslutningsprosesser. Sosial- og helsedirektoratet opplever at det er stor etterspørsel fra kommunene, særlig fra partnerskapskommuner, etter veiledning for bedre å ivareta helsehensyn i planleggingen.

Sosial- og helsedirektoratet har i samarbeid med Miljøverndepartementet iverksatt et femårig utviklings- og utprøvningsprosjekt i et utvalg av kommuner for hvordan plan- og bygningsloven og plansystemet kan brukes til å forankre og styrke folkehelsearbeidet. I dette utviklingsarbeidet kalt *helse i plan -prosjektet* inngår også styrking av plan- og prosesskompetanse hos personell og fagpersoner som arbeider innen helsesektoren, blant annet gjennom kurstilbud og gjennom videreutvikling av relevante grunnutdanninger og etter- og videreutdanningstilbud.

Oppsummering av signalene knyttet til samhandlingsreformen

- reformen vil innebære at det utvikles nye samarbeidsrelasjoner mellom kommunal helsetjeneste og utdanningssystemet
- Reformen impliserer nye og utvidede roller for helsepersonellet og endringer i oppgavefordelingen mellom faggrupper
- Kompetanse knyttet til teamarbeid og brukermedvirkning vil være sentral
- det behøves mer kompetanse for å ivareta nye brukergrupper og møte nye livsstilsrelaterte sykdommer som følger av demografiske endringer
- det behøves mer kompetanse om sosiale forskjeller i helse og helseatferd, inkludert kompetanse om flerkulturelle utfordringer
- det behøves plan- og prosjektkompetanse for å inkludere helsemessige aspekter i offentlige plan- og beslutningsprosesser

Kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene

I denne delen av rapporten oppsummerer vi signaler om kompetanseutfordringer på de enkelte feltene etter tur. Materialet det bygges på er noe ulikt for de forskjellige områdene, og speiler at det har foregått ulike satsinger og ulike reformprosesser på de ulike feltene. På noen områder har det eksplisitt vært fokusert på kompetansebehov gjennom egne satsinger, på andre områder er kompetanseutfordringer og – behov bakt inn i de mer generelle politiske føringer på området.

a) Psykisk helsevern

Når det gjelder psykisk helsevern har styrking av kompetanse vært et sentralt virkemiddel i de statlige satsingene de siste 15 årene. Sentrale føringer for utviklingen av psykisk helsetjeneste ble lagt i den statlige opptrappingsplanen som ble vedtatt i 1997. Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) la grunnlaget for opptrappingen. Et sett overordnede prinsipper som skulle ligge til grunn for arbeidet med utvikling av tjenestene ble trukket opp og videreført gjennom opptrappingsplanen:

- forebygging der dette er mulig, og i hvert fall å søke å påvirke forløp, alvorlighetsgrad og konsekvenser
- ansvaret for tjenestene skal følge øvrig ansvarsfordeling innen helse- og sosialtjenesten
- pasienten først, – brukernes behov skal avgjøre hvilket tilbud som skal gis ut fra et helhetlig menneskesyn
- mest mulig frivillighet, – behandlingen må gis i mest mulig åpne, normaliserte og frivillige former
- mest mulig normalt liv, – velferd, økt livskvalitet og deltakelse i samfunnslivet gjennom uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv

Opptrappingsplanen innebar at staten gjennom ulike virkemidler og tiltak styrket tjenester på kommunalt nivå og innen spesialisthelsetjenesten i et nærmere definert økonomisk omfang. Dette omfanget ble fastlagt i form av kvantitative måltall. Videre ble det lagt opp til arbeid for å styrke tjenestetilbudet langs følgende dimensjoner (Innst. S. nr. 258 (1996-1997)):

- styrke brukerrettede tiltak
- styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp
- omstrukturere og bygge ut voksenpsykiatrien, – satse på kommunenære tiltak
- distriktpsikiatriske sentre (DPS)
- bygge ut barne- og ungdomspsykiatrien
- stimulere utdanning og forskning

Satsing på kompetanseutvikling var en sentral del av opptrappingsplanen, gjennom tiltak som skulle stimulere utdanning og forskning på området. Vekst i antall årsverk var et sentralt virkemiddel. I tillegg var det målsettinger knyttet til styrking av bestemte fagområder.

Statlige myndigheter så det som nødvendig at psykisk helsearbeid i kommunal sektor ble styrket både mht kvalitet, kompetanse, innhold og organisasjon. Det psykiske helsearbeidet er et ungt fagfelt i kommunene, og det er store variasjoner mht oppbygging av tiltak.

Veiledere i psykisk helsearbeid henholdsvis for voksne og for barn og unge ble gitt ut for å bidra til faglig styrking og tydeliggjøring av dette fagfeltet i kommunene. Et annet

viktig virkemiddel for å sikre tilgang på kvalifisert tilgang på personell i kommunene har vært støtten til de tverrfaglige videreutdanningene for høgscoleutdannet personell i psykisk helsearbeid for voksne og i psykososialt arbeid for barn og unge, samt lønnstilskuddet til personell som tar denne utdanningen.

Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid innenfor høyskolesystemet ble etablert gjennom en ny rammeplan som ble vedtatt i 1998. Videreutdanningen skulle være både tverrfaglig og tverrsektoriell, og utdanne personell til både førstelinjen og spesialisthelsetjenesten. Organisering og innhold i denne sentrale videreutdanningen på området ble slik et sentralt virkemiddel i tjenestereformene. Felles videreutdanningstiltak for ulike utdanningsgrupper skulle bidra til å styrke samordningen og helhetstenkningen i feltet. Psykisk helsearbeid skulle ifølge forskriften være en bred utdanning og gi en generell kompetanse for arbeid i psykisk helsetjeneste (forskrift 18. desember 1998 nr. 1565 om faglig innhold, vurderingsordninger og opptakskrav for videreutdanning i psykisk helsearbeid). Rammeplan for utdanningen ble fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet 1. desember 2005. Rammeplanen legger føringer på innholdet i videreutdanningen. Samtidig er det rom for tilpasninger ved den enkelte høgscole. De ulike høgscolenes videreutdanninger fikk noe ulike faglig profil. Ulike fagtradisjoner, organisering av studiene og kompetanseprofil blant de ansatte preget innholdet. Det har variert hvilke fordypninger som tilbys, men utviklingen synes å gå i retning av at færre høgscoler tilbyr fagspesifikke fordypningsmuligheter og at flere satser på en felles tverrfaglig fordypning (Ludvigsen 2003; Ludvigsen og Helgesen 2004). Om lag 6300 studenter har fullført videreutdanningen i psykisk helsearbeid i perioden 2000-2008. Tilskuddsordningen ble evaluert i 2007 (refl) Tilbakemeldingen fra evalueringen var at ordningen var hensiktsmessig og at kriteriene for å prioritere mellom søkerne fungerte godt.

Opptrappingsplanen inneholdt måltall når det gjaldt rekruttering av psykologer til kommunene. Dette gikk langsommere enn forutsatt i Opptrappingsplanen, og for å stimulere til økt rekruttering av denne yrkesgruppen til kommunene ble det høsten 2008 utbetalt tilskudd til fem forsøkskommuner.

Evalueringen av opptrappingsplanen, gjennomført i perioden 2001 - 2008 omfattet også denne kompetansesatsningen. Det ble konkludert med at personelltilgangen utviklet seg i tråd med Opptrappingsplanens mål (Ådnanes og Sitter, 2004). Selv om personelløkningen er i god utvikling på nasjonalt nivå, ble det påpekt at noen typer tjenestetilbud har problemer med å skaffe kvalifisert personell: Sosial- og helsedirektoratets underveisrapport (2003) i forbindelse med OP peker bl.a. på at tilgangen på kvalifisert personell i DPS - ene var vanskelig mange steder (NFR 2004: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer. Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter).

Stortinget ba Regjeringen i 2003 vurdere en utvidelse av opptrappingsplanens planperiode. En gjennomgang av status for planen, samt tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner og fagmiljøer dokumenterte behovet for en utvidelse. Det ble vedtatt å utvide planperioden til 2008, med følgende prioriterte områder:

- Barn og unge (jf. regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse)

- Økt innsats i kommunene – videreutvikle lokale tjenester og utbygging av tilrettelagte boliger
- Kultur- og holdningsendringer i tjenesteapparatet med vekt på brukerperspektiv og mestring
- Omstille spesialisthelsetjenesten med videre utvikling av distriktpsikiatriske sentre og bedre akutfunksjoner
- Arbeid og sysselsetting i samarbeid med A- etat, trygdeetat og kommunene (NAV)
- Bedre tilbud til særskilte grupper, bl.a. mennesker med rus- og psykiske problemer (dobbeltdiagnose), spiseforstyrrelser, eldre med psykiske lidelser, ofre for vold og traumatisk stress og selvmordsutsatte.

Den generelle styrkingen av psykisk helsetjeneste gjennom opptrappingsplanen ble fulgt opp av mer spesifikke satsinger. Også denne videreføringen innebar en satsing på kompetanseutvikling. De siste årene har stimulerings tiltak for psykisk helse omfattet midler til forskning, kompetanse- og kunnskapsutvikling. Eksempelvis har det blitt bevilget statlige tilskudd til Regionsenter for barn og unges psykiske helse og Senter for studier av problemferd og innovativ praksis, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress og Seksjon for selvmordsforskning ved Universitetet i Oslo, samt Nasjonalt folkehelseinstitutt (Se for eksempel st.prp. nr. 1 (2007-2008) Kap 710, kap. 743 Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse, post 70 og post 73). Etablering av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA) var ett av tiltakene som kom til underveis i den dynamiske planen. Dette kompetansesentret ble etablert høsten 2008 ved NTNU Samfunnsforskning A/S i Trondheim, med midler over statsbudsjettet. Dette skal være et viktig bidrag for å styrke kompetansen og det faglige grunnlaget for det psykiske helsearbeidet i kommunene. Prioriterte oppgaver for sentret er innsamling, systematisering av dokumentasjon om psykisk helsearbeid, formidling og kunnskapsoverføring, etablere nært samarbeid og bidra til gjensidig samordning mellom de ulike fag- og kompetansemiljøene på feltet, å lage tverrfaglige arenaer og nettverk, og å vurdere behov for kompetansehevende tiltak. Når det gjelder kompetansesatsing har det særlig vært fokusert på psykisk helsetjeneste for barn og unge samt arbeid og psykisk helse.

1. Barn og unges psykiske helse

På begynnelsen av 2000-tallet dreide den statlige satsingen på psykisk helsetjeneste i retning av å styrke tjenestene rettet mot barn og unge. Dette kom til uttrykk gjennom en tverrdepartemental strategiplan fra 2003: Sammen om barn og unges psykiske helse. Bakgrunnen var evalueringsrapporter som påpekte svakheter i tjenestetilbudet til de yngste i samfunnet. Strategiplanen til regjeringen omfattet i alt 100 tiltak, noen allerede igangsatte, noen nye. Til sammen skulle dette utgjøre en styrking av innsatsen på feltet. Kompetansehevende tiltak var et sentralt ledd i denne satsingen, som altså ble videreført gjennom utvidelsen av opptrappingsplanen fra 2006-08.

I følge strategien skulle forskning og utdanning på feltet ta utgangspunkt i barn og unges behov og favne bredden i barn og unges liv. Planen anla et bruker-, mestrings-, ressurs- og helhetsperspektiv. Kompetansenettverk burde bygges ut videre og forskningsinnsatsen om barn og unges psykiske helse burde økes. En viktig målsetning var å dreie oppmerksomheten fra problem, sykdom og avvik og over på normalitet, og god kunnskap om normalutvikling ble understreket som en nødvendighet for alle som arbeider med barn og unge. Samtidig måtte forskning og kompetanseutvikling om spesielle grupper og sykdommer videreutvikles.

Perspektivet innebar etterspørsel etter forskning om helsefremmende og forebyggende arbeid, med vekt på å identifisere beskyttelsesfaktorer. Slik kunnskap skulle også inkorporeres i relevante utdanninger.

Planens første kompetansedelmål var å øke dokumentert kunnskap gjennom forskning og oppsummering av forskning. Planen understreket kunnskapsmangelen på området, og behovet for å oppsummere og systematisere den fragmenterte eksisterende kunnskapen. Man ønsket en forskning som sikret bredden i tilnærmingen og som dermed ikke kunne foregå innen snevre fagdisipliner og miljøer. En rekke tiltak ble foreslått for å oppnå dette. Disse var dels knyttet til å styrke forskningen på spesifikke gruppers behov, dels tiltak for å styrke eksisterende forskningsmiljø og etablere nye nettverk. Andre delmål knyttet til kompetanse var å styrke kunnskap som grunnlag for tiltak og tjenester. Strategier for å øke kunnskap som grunnlag for tiltak og tjenester var evaluering og dokumentasjon av tjenester og tiltak, samt utvikling og implementering av kunnskapsbaserte metoder. Tredje delmål var å styrke ledelse og kompetanse. Planens bruker-, mestrings-, ressurs- og helhetsperspektiv skulle også ligge til grunn for arbeidet med kompetanse hos personellet i tjenestene og i videreutvikling av relevante utdanninger. Det var tidligere satset på kompetanse gjennom økning av kapasiteten i grunnutdanninger, samt videreutdanninger og andre kompetansetiltak. Planen ønsket en større målretting av kompetansetiltakene, og spesielt behovet for satsing på psykososial kompetanse, samarbeidskompetanse og kompetanse om brukermedvirkning ble framhevet. Dette skulle oppnås gjennom utvikling av lederkompetanse og kvalitetssikring av ledere og målrettet kompetanseheving blant personalet.

Fire kompetanseområder var viktige å vektlegge for å få til et helhetlig og kvalitativt bedre arbeid rettet mot barn og unge: 1) Psykososial kompetanse 2) Samarbeidskompetanse (samarbeide på tvers av fagdisipliner og tjenester) 3) Kompetanse om brukermedvirkning og medvirkningsprosesser for barn, unge og pårørende 4) Kompetanse om beskyttelsesfaktorer (resilienceforskning), bedringsprosesser og mestringsfremmende faktorer.

Utdanningene burde koordineres, ajourføres og kvalitetssikres i takt med nytt kunnskapstilfang. Det viktigste virkemidlet var etablering av tverrfaglige videreutdanninger spesifikt rettet mot barns og unges psykiske helse. Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ble etablert rundt årtusenskiftet ved enkelte høyskoler. Fra 2003 ble tilbudet bygd ut på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. I følge strategiplanen skulle utdanningene rettes mot høyskoleutdannede som arbeidet i kommunen, og gi forståelse av oppvekstfeltet, inneholde nødvendig kunnskap om forebyggende arbeid, utredning og korttidsintervensjoner overfor barn, unge og foreldre, individuelt og i grupper.

Planen la til grunn anbefalinger fra Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, som påpekte at samarbeid mellom de instanser som har med barn å gjøre måtte utvikles og styrkes i betydelig grad. Ifølge prioriteringsrådet måtte de instanser som møter et stort flertall av barn i sin praksis, styrkes for å bedre identifiseringen av barn i risikogrupper. Dette gjelder både svangerskaps- og fødselsomsorgen, helsestasjoner, fastleger, samt barnehager og skoler. Den tverrfaglige videreutdanningen skulle imøtekomme slike behov.

2. Arbeid og psykisk helse

I 2007 lanserte regjeringen en strategiplan for arbeid og psykisk helse (Strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007). Hensikten var å styrke brobyggingen mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsesektoren. Planen var nært knyttet til arbeidet med inkluderende arbeidsliv og sykefraværsoppfølging. Satsingen tok sikte på å styrke samarbeidet mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenesten, andre deler av det offentlige tjenesteapparatet, og med arbeidsgivere. Videre skulle den sikre brukermedvirkning og aktiv deltakelse fra den enkelte, og gode, relevante arbeids- og helserettede tiltak og tjenester. Målsetninger knyttet til kompetanse, kunnskap og forskning var sentrale i planen. God kompetanse om arbeid og psykisk helse i arbeidslivet og i det offentlige tjenesteapparatet skulle sikres, sammen med god kunnskap, forskning og utvikling.

Planen foreslo flere tiltak knyttet til kompetansestyrking:

- Etablering av en kurspakke om psykisk helse i rettet mot partene i arbeidslivet.
- Modulbasert kompetansehevingsmodell for arbeids- og velferdsforvaltningen, sosialtjenesten og helsetjenesten
- Utredning av behovet for å opprette en egen spesialisering i klinisk arbeidspsykologi.

På den ene siden påpekte planen behovet for kompetanse i Arbeids- og velferdsforvaltningen for å kunne gi god bistand. Gode tjenester forutsatte en grunnleggende forståelse for psykiske helseutfordringer, gode kommunikasjonsferdigheter og en inkluderende, lyttende holdning med fokus på den enkeltes potensialer og muligheter. For å unngå at tiltak blir fragmentariske og ukoordinerte, er det behov for tett samhandling mellom arbeidsgiver, arbeidstaker, arbeids- og velferdstjenester og behandlingsapparatet både på individ og systemnivå.

På den andre siden var det nødvendig å øke kompetansen hos sosial- og helsepersonell om arbeidets betydning for psykisk helse. For å øke slik kunnskap og bevissthet burde temaet vektlegges i grunnutdanningen for leger, psykologer og annet helse- og sosialpersonell. Et sterkere rehabiliteringsperspektiv må også inn, herunder arbeidsrettet rehabilitering. Det samme gjelder relevante spesialiseringer og etter – og videreutdanninger. Arbeidet med dette må ses i sammenheng med hvordan utdanningene ivaretar intensjonene i Opptappingsplanen for psykisk helse når det gjelder mestrings- og bruker- perspektivet.

Det påpekes behov for å styrke og systematisere kunnskap om arbeid og psykisk helse nasjonalt og internasjonalt. Forskningsbehovet dekkes ikke av eksisterende program i NFR. Det ble påpekt behov for å få en bedre oversikt over og systematisere relevant kunnskap og erfaringer på feltet arbeid og psykisk helse både fra Norge, Skandinavia og andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Det samme gjelder gode eksempler på samarbeidsmåter, tiltak, metodikk og behandling som har effekt, som kan spres og implementeres.

Videre understreket man behovet for jevnlige kunnskapsoppsummeringer på feltet arbeid og psykisk helse, og behov for å formidle, spre og implementere relevant kunnskap og forskning.

Funnene oppsummert

Forholdet mellom spesialistkompetanse og generalistkompetanse i kommunale psykiske helsetjenester er et sentralt tema i evalueringen. Videre tilgang på tilstrekkelig kompetanse i kommunene: særlig mangel på psykologkompetanse. Tverrfaglig utdanning har vært et sentralt virkemiddel for å sikre samordning av tjenester på tvers av nivå. Overføring av oppgaver til kommunene kan på den annen side øke etterspørselen etter andre former for kompetanse som alternativ til tverrfaglige generalister med vekt på normalisering og integrering også i denne delen av tjenestene. Kommunenes kompetanse skal i det nåværende system sikres via DPS - enes veiledningsrolle overfor kommunene, samt via tverrfaglig videreutdanning.

b) Rusarbeid: Satsing på kompetanseoppbygging og økt tverrfaglig bredde

Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet omfatter hele rusområdet og inneholder tiltak innen forebygging, behandling, rehabilitering og oppfølging. Opptrappingsplanen ble lansert høsten 2006 og var tenkt avsluttet innen 2010. Den er nå forlenget til 2012. Regjeringen har samtidig, for 2011, styrket rusfeltet med 100 millioner kroner. Bakgrunnen for dette er at det er særlig ønskelig med økt kapasitet i det kommunale tjenestetilbudet til personer med rusproblemer samt at flere kan få et behandlingstilbud i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) (www.helsedirektoratet.no).

De fem hovedmålene i opptrappingsplanen for rusfeltet er 1) tydeligere folkehelseperspektiv på forebyggingen, 2) bedre kvalitet og økt kompetanse, 3) mer tilgjengelige tjenester og økt sosial inkludering 4) mer forpliktende samarbeid i rusfeltet på individnivå og rusnivå 5) økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende (Opptrappingsplanen for rusfeltet 2006, 2010).

Delmål 2.2 i opptrappingsplanen er å styrke kompetanse og rekruttering i rusfeltet. For å oppnå dette må flere gis mulighet til utdanning og videreutdanning. Regjeringen ønsker at høyskoler øker sin kompetanse i rusproblematikk og har etablert et tilbud om delfinansiering av videreutdanning for ansatte i sosial- og helsetjenesten og arbeids- og velferdsetaten for å nå dette målet. Det er videre et ønskemål å styrke tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge for å styrke det forebyggende rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. Sosial- og helsedirektoratet vil også videreføre

sitt arbeid med videre- og etterutdanning av helse- og sosialpersonell i deres arbeid med pasienter med dobbeltdiagnoser.

Psykososialt arbeid med barn og unge, boligsosialt arbeid og arbeid med dobbeltdiagnoser er noen av de viktigste temaområdene der det er ønskelig med kompetanseoppbygging. Det understrekes at det er viktig med en utvikling av strategier som sikrer kompetanse og større tverrfaglig bredde. Det er ønskelig at andelen personell med høgskoleutdanning økes og at kompetansen om rusarbeid økes hos medarbeidere og ledere i de kommunale tjenestene slik at en kan prøve ut ulike modeller for organisering og innhold i tjenestene og utvikle fleksible tjenester som gir mer individuell veiledning og oppfølging av brukerne.

Sosial- og helsedirektoratet vil derfor videreføre arbeidet sitt med videre – og etterutdanning av helse og sosialpersonell i arbeidet med pasienter med dobbeltdiagnoser. Selv om flere høgschooler i dag tilbyr videreutdanning i rusproblematikk er målet å stimulere dette ytterligere slik at ansatte i helseforetak, kriminalomsorg og barnevern får mulighet til å ta videreutdanning i rusproblematikk, psykososialt og boligsosialt arbeid.

Rusreformen i 2004 ga tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) formell status som spesialisthelsetjeneste. Reformen innebar et brudd med tidligere måter å organisere rusbehandling på. De viktigste endringene var at staten fikk ansvaret for behandlingsinstitusjonene, at ruspasienter fikk pasientrettigheter og en tydelig pasientrolle samt at rustiltak ble omfattet av helselovgivingen. Et sentralt mål med rusreformen var god *kvalitet* på tjenesteytingen og behandlingsresultater, med fokus på tverrfaglighet (sosialfaglige og helsefaglige perspektiver), helhetlig tilnærming og individuelt tilpasset behandling. En viktig faglig endring var større vektlegging av *helsefaglig* kompetanse i rusbehandlingen (Lie og Nesvåg 2006, Mjåland 2008).

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling retter seg mot pasienter med behov for behandling av sammensatte helsetilstander vedrørende sosial fungering, psykiatriske og somatiske lidelser i tillegg til rusproblematikk. Ruspasienter under tvang er en av flere pasientgrupper her. Vurdering til TSB baserer seg på *sambhandling* mellom flere tjenester (kommunehelsetjeneste, barnevern, sosialtjeneste, psykisk helsevern og rusomsorg), og *kommunikasjon* på tvers av faggrensene – *helsefaglig* (somatisk, psykologisk og psykiatrisk) og *sosialfaglig*. Samarbeidet mellom disse instansene har i det norske helsevesenet vært nokså fragmentert. For å bøte på dette har samhandlingsreform tatt til orde for å endre spesialisthelsetjenestens organisering fra medisinsk spesialiserte og vertikale siloer til mer horisontale, flerfaglige og tverrfaglige løsninger. Målet er å utvikle koordinerte tjenester på tvers av helseforetak og kommuner og som lykkes i å imøtekomme de behovene som blant andre ruspasienter under tvang har (Ravneberg 2010).

Rusfeltets kompetansebehov står med andre ord overfor utfordringer i retning av å styrke tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid, og da også når det gjelder barn og unge for å styrke det forebyggende rus- og psykisk helsearbeid i kommunene. I tillegg er det viktig at arbeidet med videre- og etterutdanning av helse- og sosialpersonell i arbeidet med pasienter med dobbeltdiagnoser, videreføres.

Oppsummering, kompetansebehov knyttet til rusarbeid

Kompetansebehovet knyttet til rusarbeid er stort. Særlig er det et mål for Regjeringen å ansette flere med helse- og sosialfaglig bakgrunn. I tillegg er det et mål at tjenestene videreutvikles med tverrfaglig kompetanse. Kunnskap om sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og helseproblemer, særlig psykiske lidelser, og mellom rusmiddelproblemer, sosial fungering, deltakelse i arbeidsliv og levekår skal særlig styrkes.

Psykososialt arbeid med barn og unge, boligsosialt arbeid og arbeid med dobbeldiagnoser og rusproblematikk er oppsummert som noen av de viktigste temaområdene der det er særlig ønskelig med kompetanseoppbygging. Det er også et mål at kompetansen innen det nye tjenesteområdet ”tverrfaglig spesialisert rusbehandling” (TSB) styrkes ytterligere.

c) Barnevernet

Den siste femårsperioden har styrking av kompetansen i kommunalt barnevern vært et sentralt mål for den rød - grønne regjeringen. Kompetanseoppbygging har særlig vært knyttet til noen prioriterte områder: Vold, rus, atferd, minoriteter og fattigdom.

Regjeringens kompetanseprogram

I 2008 foreslo Regjeringen å øke bevilgningen til kompetanseprogrammet for det kommunale barnevernet fra 12 til 22 millioner kroner. Programmet omfatter opplæring for ansatte i barnevernet, FOU-tiltak og metodeutvikling. Blant forslagene er styrking av den flerkulturelle kompetansen i barnevernet for å bidra til at flere barn med minoritetsbakgrunn fullfører videregående skole og fortsetter i høyere utdanning (prøvetiltaket Positive rollemodeller). Videre ble det foreslått forsknings- og utviklingsprosjekt for å få fram gode modeller for arbeidet med ettervern i kommunene, og opplæring og implementering av nye metoder i barnevernet, blant annet FFT (Funksjonell familierapi). Gjennom konferanser med landets kommuner ønsket man å øke kunnskap om barn og unge med atferdsvansker, barn som lever med vold i familien og barn og unge av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre. Det ble foreslått opprettet en stilling i hver region som skal bistå kommunene med kompetanse i oppfølging av barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre og barn som har vært utsatt for vold. Det ble videre foreslått utvikling av nytt verktøy og opplæring i hvordan barnevernet kan samtale med barn på en faglig god måte. Man ønsket også å sikre en bedre ivaretagelse av biologiske foreldre etter omsorgsovertakelse gjennom kunnskapsoversikt, veiledere og opplæringspakke til kommunene. Styrking av barnevernets arbeid mot kjønnslemlestelse, og tilpassede botilbud til unge under 18 år som er utsatt for vold og tvangsgifte var også tiltak som inngikk i denne satsingen på kompetanseoppbygging i kommunalt barnevern.

Befringutvalgets anbefalinger

Et ekspertutvalg leverte i april 2009 sin innstilling om bedre barnevernsutdanning (NOU 2009:8 Kompetanseutvikling i barnevernet: Kvalifisering til arbeid i barnevernet

gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning). Ekspertutvalget (Befringutvalget) ble ledet av professor dr philos Edvard Befring ved Universitetet i Oslo.

Bakgrunnen for utredningen var det varierende faglige innholdet ved de 23 ulike grunnutdanningene fordelt på 15 høyskoler og universiteter i Norge som kvalifiserer til arbeid i barnevernet. Ifølge utvalget utfordrer dette målet om et likeverdig barnevern.

Utvalgets anbefalinger tar sikte på å løfte barnevernets profesjonelle kompetanse til et akademisk nivå. Det må stilles større og mer forpliktende krav til innholdet i bachelorstudiet i barnevern. Turnustjeneste, autorisasjonsordning og krav til jevnlig etterutdanning bør gjennomføres. Mastergrad i barnevern bør utvikles, og doktorgrad bør tilbys, ifølge utvalgets leder (Pressemelding BLD 30.04.2009 Nr.: 09041).

Kort oversikt over utvalgets anbefalinger:

NOU 2009:8 Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning

Grunnutdanningene

- ✓ I grunnutdanningene må det sikres en felles innholdsdel gjennom 14 emneområder som studiene må tilby - det må stilles nasjonale krav og undervisningen må være forskningsbasert
- ✓ Studieopplegget må styrkes gjennom å høyne kvaliteten på undervisningen og styrke yrkesfaglige ferdigheter gjennom satsing på et gruppe- og kasusorientert studieopplegg og veiledet praksis

Mastergrad og doktorgrad i barnevern

- ✓ Det er behov for styrket kompetanse i barnevernfeltet
- ✓ Et viktig moment er å utvikle mastergradsutdanning og egne doktorgradstudier som er direkte forankret til barnevernets problem- og arbeidsfelt

Turnus og autorisasjon

- ✓ Turnus i praksisfeltet etter fullført utdanning med tett veiledning
- ✓ Innføring av en autorisasjons- og sertifiseringsordning, som vil bety en bekreftelse på at en har kompetanse i det feltet man skal virke i
- ✓ Utvalget tilrår en ordning med resertifisering av autorisasjon, hvor det stilles krav om jevnlig faglig oppdatering og utvikling.

Krav om mastergrad

- ✓ For enkelte ansvars og arbeidsoppgaver i barnevernet må det stilles krav om gjennomført masterutdanning. Dette kan for eksempel gjelde for faglige lederstillinger i barneverntjenesten.

Etter- og oppdateringsutdanning

- ✓ Etter- og oppdateringsutdanninger bør videreutvikles, og gjøres obligatorisk for resertifisering av autorisasjonen

Samordning av utdanningene

- ✓ Tilråding om å etablere et eget nasjonalt fagråd for barnevernfeltet, som blant annet kan få som ansvar å samordne utdanningene og bidra til kvalitetssikring av studieopplegg og studieinnhold
- ✓ Gjennomføre årlige seminarer for fagmiljøene

Rekruttering til studiene

- ✓ Innsatsen for å rekruttere flere menn og personer med minoritetsetnisk bakgrunn til studiene bør styrkes. Utdanningsstipend bør vurderes
- ✓ Det bør utvikles en nasjonal strategi for underrepresenterte grupper bør vurderes
- ✓ Minimum 20 % av de som tilbys studieplass bør være menn.

Miljøarbeiderutdanning

- ✓ Alle som arbeider i barnevernfeltet bør ha formalkompetanse. Ved barneverninstitusjonene arbeider det i dag mange ufaglærte. Det bør derfor legges til rette for en miljøarbeiderutdanning på hel- og deltid.

Oppsummering, kompetansebehov knyttet til barnevernstjenesten

Regjeringen har utviklet et eget kompetanseprogram for kommunalt barnevern, som spesifiserer en rekke felt der kompetansen bør styrkes. Blant de viktigste er flerkulturell kompetanse, og styrking av modeller og metoder i arbeid med blant annet ettervern og familieterapi. Videre satses det på å øke kommunal kunnskap om barn med atferdsvansker, barn som lever med vold og psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre. Dette programmet er fulgt opp gjennom konkrete forslag til forbedring av barnevernsutdanningen, ved hjelp av i første rekke organisatoriske grep og standardisering av utdanningskrav. Her angis i liten grad innholdsmessige krav til utdanningen. Hovedpunktet er å heve kvaliteten i tjenesten gjennom å tilby likeverdige grunnutdanning som er forskningsbasert og praksisnær. Det skal også satses på oppbygging av mastergrads- og doktorgradsstudier forankret i barnevernets oppgaver.

d) Kronisk syke

I Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25 (2005-2006) (Mestring, muligheter og mening), framkommer det at tallet på yngre brukere av hjemmetjenester nesten har blitt fordoblet i løpet av det siste tiåret. Nå utgjør denne gruppen ca. 1/3 av tjenestemottakerne. Sammen med veksten i tallet på eldre med sammensatte lidelser og alvorlig funksjonssvikt stiller dette tjenestene overfor store faglige og bemanningsmessige utfordringer.

Mange alvorlige sykdommer er kroniske, ikke-smittsomme sykdommer. Ca en million nordmenn har en eller annen kronisk sykdom eller plage som faller inn under sykdomskategorier som astma eller allergi, diabetes, epilepsi, revmatisme, høyt blodtrykk, angina pectoris, følger etter hjerneslag, demens - osv. Grad av uførhet, opplevde smerter og mestring av sykdommen varierer fra person til person, men funksjonshemmingene begrenser muligheten til arbeidsinnsats og en aktiv fritid.

Brukermedvirkning

Prinsippet om brukermedvirkning står sterkt i forhold til kronisk syke og det er et mål for helsetjenestene å bidra til selvstendighet og ansvarfølelse hos kronisk syke. Kronisk syke må få mulighet til selv å definere sine behov og problemer. Kroniske sykdommer stiller andre krav til helsetjenesten enn de mer akutte. Ved alvorlige akutte sykdommer er pasienten kanskje best tjent med å la helsetjenesten overta det fulle ansvaret. Ved kroniske tilstander, som for eksempel diabetes eller astma, vil helsetjenesten ha som sin viktigste oppgave å bidra til at den som har sykdommen, i størst mulig grad kan ta vare på seg selv.

Et viktig utdanningsmål i lys av dette er å øke antall helse- og sosialpersonell med fagutdanning, rekruttere flere faggrupper og sørge for at omsorgstjenesten får større faglig bredde. Dette anses som nødvendig for å møte nye brukergrupper med andre behov og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer - spesielt i forhold til psykososiale forhold. Dette er dessuten nødvendig for å sikre gode arbeids- og fagmiljøer og bidrar til å motvirke høyt sykefravær.

Demens

Regjeringen ønsker å styrke hele tiltakskjeden for personer med demens i tråd med regjeringens nye demensplan 2015. Det er en stor utfordring for demensomsorgen å sikre tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helse- og sosialpersonell. Dette sikres først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak. En styrking av den faglige kompetansen om psykisk helse, geriatri og demenssykdommer er påkrevd (Demensplan 2015). I planen heter det at:

Kunnskapen om og interessen for aldersrelaterte sykdommer er liten, og det gir liten yrkesmessig status å ha sitt arbeid innen tjenester til eldre. Det er nødvendig at alle helse- og sosialfaglige utdanninger på universitets-, høyskole- og videregående nivå tilpasser undervisningen til utfordringene knyttet til et økende antall personer med demens.

Astma- og allergisykdommer

I nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008-2012) pekes det på samme måte som for området demens, at det er stor mangel på personell med spesialopplæring innen oppfølging og behandling av astma og matallergier i samfunnet, ikke minst i institusjoner der allergiske barn skal være, som i barnehager og skoler. I kommunehelsetjenesten pekes det på at økt kompetanse kan sikres ved etablering av interkommunale enheter for miljørettet helsevern. Siden astma-, allergi- og relaterte inneklimateproblemer er blant de mest utbredte kroniske

sykdomsgruppene, må det finnes kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten/hos fastleger til å kunne diagnostisere og behandle disse. Videre påpekes det at det er behov for opplæring og kompetanseøkning i primærhelsetjenesten både blant fastleger, helsesøstre, førskole- og teknisk personell.

Videre pekes det på at i dagens primærhelsetjeneste finnes liten eller ingen spesialkompetanse innen klinisk ernæring som kan ivareta kostveiledning og -oppfølging av pasienter/brukere i de ulike tjenestene og som kan ha en rådgivningsfunksjon overfor tjenestene. Alle tjenestetilbud på dette området finnes i dag i spesialisthelsetjenesten. Utfordringen er særlig å kunne gi et tilbud om kostveiledning og -oppfølging utover det som fastlege -, helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan gi i dag. Det er en utfordring å styrke kompetansen på dette fagfeltet hos helsepersonell generelt, men også hos personell med ansvar for matproduksjon og matutdeling.

Økt omfang og mangfold – sårbar bemannings- og kompetansesituasjon

Omfanget og mangfoldet i behov har blitt større de siste årene, men bemannings- og kompetansesituasjonen gjør tjenestetilbudet sårbart (Statens helsetilsyn 2005). Omsorgsplan 2015 påpeker at det er ønskelig at omsorgstjenestene gis en ny og mer aktiv profil og at det bygges ut dagtilbud, aktivitetstilbud og eldresentra. Det konstateres at det er i forhold til kultur, aktivitet, dagliglivets funksjoner og sosiale forhold at omsorgstjenesten i dag har størst utfordringer. Utfordringene er store og knyttet til både medisinske, helsemessige og sosiale problemer. Dette krever kompetanseheving og innsats med større faglig bredde. Omsorgstjenesten står overfor både kapasitetsmessige og kompetansmessige utfordringer som må løses i sammenheng. Bemanningskapasitet og kompetanse må ikke settes opp mot hverandre ettersom dette er to sider av samme sak. Begge er sentrale i regjeringens strategier og planer.

Rekrutteringsbehov og styrking av tjenesteutøver

Kompetanseløftet 2015 har et særlig fokus på omsorgstjenestene i den kommunale omsorgstjenesten. Dette er en plan som skal gjelde fram til 2015 og inneholder strategier og tiltak som også skal møte de langsiktige demografiske utfordringene fram mot 2050. Rekruttering av personell omhandler både kapasitet og kvalitet i tjenestene. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015), er styrkingen av utøveren ett av fem innsatsområder.

Formålet med Kompetanseløftet 2015 er knyttet til stortingsmeldingens strategi om kapasitetsvekst og kompetanseheving og vil i sin helhet omfatte den kommunale omsorgstjenesten. Kompetanseløftet vil i større grad omfatte tiltak knyttet til videre- og etterutdanningstilbud for personell uten helse- og sosialutdanning. Den store avgangen fra sektoren, gjennom både sykefravær og uføretrygding, bidrar til å redusere den positive effekten som kvalifiseringstiltakene har på tilgangen av faglært arbeidskraft. Videre- og etterutdanning er et godt tiltak for å øke rekrutteringen og holde på arbeidskraften.

For å møte framtidens omsorgsutfordringer er strategien å utnytte den demografisk sett stabile perioden de nærmeste 15 år til å heve utdanningsnivået i omsorgssektoren, slik at kommunene står kompetansmessig rustet før den raske behovsveksten setter inn

for alvor. Gjennom aktiv rekruttering, tilstrekkelig utdanningskapasitet og opplæring av ansatte uten fagutdanning, kan andelen ansatte uten utdanning gradvis reduseres. Dette kan først og fremst gjennom betydelig vekst i andelen ansatte med høgskole- og universitetsutdanning i helse- og sosialfag og annen høyere utdanning videre ved at antall helse- og sosialpersonell med videregående opplæring øker i takt med behovsveksten. For å løse den sterke veksten i perioden 2025-2035 kan det bli nødvendig å rekruttere personell uten fagutdanning i tillegg til personer med fagutdanning.

I de første årene vil målet for Kompetanseløftet være å:

- øke bemanningen i omsorgssektoren ut fra nivået i 2004 med 10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning innen utgangen av 2009
- heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene, gjennom blant annet å legge til rette for at andelen personell med høgskoleutdanning i omsorgstjenesten økes
- sikre bruttotilgang på helsefagarbeidere på om lag 4.500 per år gjennom rekrutterings- og kvalifiseringstiltak
- skape større faglig bredde med flere faggrupper og økt vekt på tverrfaglighet
- styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning

Kvalifisering av personell

Kompetansereformen i utdanningssystemet har gitt voksne som er født før 1978 rett til individuelt tilpasset videregående opplæring på grunnlag av en vurdering av deres realkompetanse. Ansatte i omsorgstjenesten uten helse- og sosialfaglig utdanning skal tilbys realkompetansevurdering og opplæring, slik at de kan godkjennes som helsefagarbeidere.

Mange voksne har benyttet sin rett til videregående opplæring, men ikke innenfor helse- og sosialfag, og ønsker allikevel å arbeide i omsorgssektoren. For disse vil det legges til rette med individuelt tilpassede praksis- og opplæringsløp på 1-2 år, fram til fagprøve som helsefagarbeider. Slike opplæringsprogram utvikles i samarbeid mellom fylkeskommunene og kommunene. Tilskudd gis av fylkesmannen etter en vurdering av rekrutteringsbehovet i kommunene i fylket. Forutsetningen for tilskudd må være at kommunene har behov for denne arbeidskraften og kan tilby tilsetting i 1/1 stillinger etter endt opplæring.

Det vil også bli tilbudt voksenopplæring i det nye helsearbeiderfaget, slik at voksne med den nødvendige praktiske kompetanse, kan gå opp til fagprøve som «praksiskandidater». For disse bør det legges til rette for opplæringsprogrammer basert på deres realkompetanse. Siktemålet er å få flest mulig opp til fagprøve i løpet av 1-2 år.

I kommuner med høy andel innvanderbefolkning er det mange av disse som arbeider som ufaglærte i omsorgstjenesten. Flere kan ha en helsefaglig utdanning fra sitt hjemland, mens mange har opparbeidet betydelig praksiserfaring. Det er stort behov for at disse og andre som har helsefaglig utdanning fra hjemlandet, kan gis tilbud om opplæring/tilleggsutdanning med sikte på norsk autorisasjon som helsepersonell, i

hovedsak som helsefagarbeidere. Helsemyndighetene har de siste årene støttet slik opplæring i noen kommuner. Det er et stort behov for å utvide slik støtte, slik at flere kommuner kan få tilskudd til kvalifiseringstiltak.

For perioden 2007-2010 tas det sikte på å kvalifisere 12 000 voksne til helsefagarbeidernivå.

Tilstrekkelig tilgang av helse- og sosialpersonell og en økning i andelen personell med høgskoleutdanning i årene fremover, vil kreve at utdanningskapasiteten på høgskolenivå fortsatt holdes høy. Dette gjelder spesielt utdanning av sykepleiere og vernepleiere.

Oppsummering, kompetansebehov knyttet til kronisk syke

Det er et viktig utdanningsmål at antall helse- og sosialpersonell med fagutdanning økes, at det rekrutteres flere faggrupper og at det blir sørget for større faglig bredde i omsorgstjenestene. Dette anses som nødvendig for å møte nye brukergrupper med andre behov og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer. Dette gjelder også spesielt i forhold til psykososiale forhold.

På området astma og allergi er det stor mangel på personell med spesialopplæring innen oppfølging og behandling. Det videre en særlig stor utfordring for demensomsorgen å sikre tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helse- og sosialpersonell. Det pekes også på at det i dagens primærhelsetjeneste finnes liten eller ingen spesialkompetanse innen klinisk ernæring som kan ivareta kostveiledning og -oppfølging av pasienter/brukere i de ulike tjenestene og som kan ha en rådgivningsfunksjon overfor tjenestene.

Avslutning

Vår gjennomgang viser at det i ulik grad legges vekt på kompetansehevede tiltak for å møte utfordringene på de fire feltene. Særlig når det gjelder psykisk helse, og til en viss grad rus, har kompetansetiltak vært sentrale virkemidler de siste tiårene. På alle de omtalte områdene etterspørres rekruttering av fagutdannet personale generelt, i tillegg til styrking av bestemte former for eksisterende spisskompetanse.

Det er et viktig utdanningsmål at antall helse- og sosialpersonell med fagutdanning økes i forhold til kronisk syke, at det rekrutteres flere faggrupper og at det blir sørget for større faglig bredde i omsorgstjenestene. Dette anses som nødvendig for å møte nye brukergrupper med mer sammensatte behov og et større spekter av helsemessige og sosiale problemer. Dette gjelder også spesielt i forhold til psykososiale forhold. Stadig flere helsefaglige utfordringer skal løses utenfor institusjonene og tallene på tjenestemottakere under 67 år, personer med psykiske lidelser og rusproblemer samt yngre tjenestemottakere med langvarige og sammensatte somatiske lidelser, ofte av nevrologisk art forventes å øke. Gjennom samhandlingsreformen vil ytterligere oppgaver knyttet til disse brukergruppene bli overført til kommunalt nivå.

Det påpekes mangel på personell med spesialopplæring, særlig innen oppfølging og behandling av demens, samt astma og matallergier. Det finnes liten eller ingen spesialkompetanse innen klinisk ernæring som kan ivareta kostveiledning og -oppfølging av pasienter/brukere i de ulike tjenestene og som kan ha en rådgivningsfunksjon overfor

tjenestene. Når det gjelder barnevernet etterspørres også flerkulturell kompetanse, samt kunnskap om ettervern og familierapi i tillegg til en generell formalisering av kompetansekravene på området, knyttet til etniske minoriteter.

I tillegg til økt antall utdannet personale og styrking av spisskompetanse på flere felt ser vi at det etterspørres nye former for kompetanse i forbindelse med endret innhold i tjenestene. Økt vekt på samhandling i tjenesteytingen, styrket brukermedvirkning og forebyggende innsats gir nye krav til yrkesroller og innhold i utdanningen, og kunnskap om slike forhold etterspørres. Dette gjelder særlig på området psykisk helse for barn og unge. Kompetanse om samhandling og planleggingskompetanse vektlegges også når det gjelder rus og barnevern.

Omsorgstjenesten i kommunene står overfor både kapasitetsmessige og kompetansemessige utfordringer. Det er behov for kapasitetsvekst og kompetanseheving i hele den kommunale omsorgstjenesten. Samhandlingsreformen legger først og fremst opp til at kommunene skal få en ny framtidig rolle der helse- og omsorgstjenestene skal løse oppgaver av både forebyggende og helsefremmende art, og bidra til oppbygging av døgnplasser for å kunne behandle enklere medisinske tilstander og for å unngå innleggelse i sykehus. Utdanningene må dermed bidra til en robustgjøring av den kommunale omsorgstjenesten gjennom utdanningstilbud, og da særlig rettet mot hjemmetjenester og åpen omsorg.

Litteraturliste

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet: *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007-2012*
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet: NOU 2009:8. *Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning.*
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet: *Nå skal kompetansen i barnevernet styrkes - Anbefaling om bedre barnevernsutdanning.* Pressemelding BLD 30.04.2009, nr. 09041
- Elvbakken, Kari Tove og Kari Ludvigsen (2003): «Hygiene og psykiatri- medisinske disipliner i statens tjeneste» *Norsk statsvitenskapelig tidskrift 1*, 2003, årgang 19: 3-27
- Helsedirektoratet (2006): *Opptrappingsplan for rusfeltet. Oslo.*
- Helsedirektoratet (2010): *Opptrappingsplan for rusfeltet. Statusrapport for 2009. Oslo*
- Helse- og Omsorgsdepartementet: *Delplan til omsorgsplan 2015. Demensplan 2015*
- Lie, Terje og Sverre Nesvåg (2006): *Evaluering av rusreformen.* IRIS rapport 2006/1227.
- Ludvigsen, Kari og Marit Helgesen (2004): *Kompetanseheving i psykisk helsearbeid.* Videreutdanning i høgskoler og SEPREP tverrfaglig utdanning. NIBR- notat 2004:135
- Mjåland, Kristian (2008): *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen.* Masteroppgave, sosiologisk institutt, UiB.
- Norges Forskningsråd (2004): *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse – konklusjoner og policyutfordringer.* Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter, Oslo.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening.* Omsorgsplan 2015.
- Ravneberg, Bodil (2010): Spesialisthelsetjenesten og tvang, i Lundeberg, I. R., K. Mjåland, K. H. Søvig, E. Nilssen og B. Ravneberg: *Tvang overfor rusmiddelavhengige. Evaluering av lov om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3.* Rokkanrapport nr. 2.
- Sosialkomiteen (1997): *Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet).* Innst. S. nr. 25 (1996-1997)
- Sosial- og helsedirektoratet: *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*
- St. meld. nr. (2008-09): (Samhandlingsreformen) *Rett behandling - på rett sted – til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 30 (2008–2009): *Klima for forskning,* Kunnskapsdepartementet
- St.meld. nr. 44 (2008-2009): *Utdanningslinja,* Kunnskapsdepartementet.
- St.meld. nr. 20 (2006-2007): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller,* Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Helse- og omsorgsdepartementet
- http://www.helsedirektoratet.no/rusmidler/opptrappingsplanen/opptrappingsplan_for_rusfeltet__283544
- Stortingsprp nr. 1
- <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-20092010/9.html?id=580402>
- Ådnanes, M og M. Sitter (2004): *Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid : status i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2002.* Sintef-rapport, STF78 A045001.