

RAPPORT

***Utdanning, kompetanseheving og rekruttering
til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.***

***Syntese av funn fra evalueringen av Opptrappings-
planen for Psykisk helse per desember 2005***

Marian Ådnanes, Marit Helgesen og Clara Åse Arnesen

SINTEF Helse

April 2006

**SINTEF Helse**

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks: 22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Utdanning, kompetanseheving og rekruttering til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid

- Syntese av funn fra evalueringen av Opptrappingsplanen for Psykisk helse per desember 2005

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes, Marit Helgesen og Clara Åse Arnesen

OPPDRAUGSGIVER(E)

Norges forskningsråd / Sosial- og helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A84	GRADERING Åpen	OPPDRAUGSGIVERS REF. Signe Bang	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03926-6 978- 82-14-03926-9	PROSJEKTNR. 78I533.30	ANTALL SIDER OG BILAG 17
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78I53330 Utdanningstiltak, Opptr.planen\2005\Syntese		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Marian Ådnanes	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2006-04-19	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Britt Venner	

SAMMENDRAG

Denne rapporten ser på fire prosjekter som evaluerer utdanning, kompetanseheving og rekruttering i regi av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Rapporten utgjør en syntese av funn, tidligere publisert i fire separate rapporter. De tre forfatterne av rapporten er prosjektledere for disse prosjektene, og arbeider ved henholdsvis SINTEF Helse, NIBR (Norsk institutt for by og regionforskning) og NIFU (Norsk institutt for forskning om utdanning).

Tre av evalueringsprosjektene tar for seg kvantitative problemstillinger: utviklingen i aktuelle utdanningstiltak, og antallet kandidater per år som er aktuelle for rekruttering, og utviklingen i antallet faktisk rekruttert til psykisk helsevern og til kommunene. Det ene av disse ser spesifikt på hvilken effekt satsingen på utdanning har for rekruttering, på grunnlag av data om andelen av ferdig utdannede som velger å jobbe innen feltet, og andelen som blir værende der. Det fjerde prosjektet tar for seg en rekke problemstillinger, i hovedsak kvalitative, knyttet til kompetanseheving og kompetanseutvikling i det psykiske helsearbeidet i kommunene.

Denne synteserapporten drøfter funnene i prosjektene, og gir noen anbefalinger.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Utdanning og kompetanseheving	Education and skills upgrading
GRUPPE 2	Rekruttering	Recruitment
EGENVALGTE	Psykisk helsevern	Mental health services
	Psykisk helsearbeid	

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
1 Innledning	4
1.1 Fire prosjekter om kompetanseheving i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid...	4
1.1.1 Kartlegging av utdanningstiltak innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (Marian Ådnes, SINTEF Helse)	5
1.1.2 Gir økt utdanningskapasitet tilstrekkelig økning av personell til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid? (Marian Ådnes, SINTEF Helse)	5
1.1.3 Arbeid og kompetanseutvikling blant nyutdannede med helse- og sosialfagutdanning (Clara Åse Arnesen, NIFU STEP)	5
1.1.4 Kompetanseutvikling og kompetanseheving. Opptrappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet (Marit Helgesen, NIBR)	6
2 Viktige funn i de fire prosjektene	7
2.1 Økt utdanningskapasitet	7
2.2 God personellvekst sett i forhold til mål i OP	8
2.3 Skyldes god rekruttering en bedre utdanningskapasitet?	9
2.3.1 Universitetsutdanninger (leger og psykologer)	9
2.3.2 Høgskoleutdanninger	10
2.3.3 Lav turnover, og høy tilfredshet i psykisk helsevern	10
2.4 Kompetanseutvikling i kommunene	10
2.4.1 Rekruttering som opprettholder "tradisjonell" arbeidsdeling mellom yrkesgrupper	11
2.4.2 Kommunenes rekruttering i perioden 2002-2004 (nye data)	12
2.5 Bredde og spesialisering i to utdanningstiltak	13
3 Oppsummering og anbefalinger	14

4	Litteratur	16
5	Vedlegg	17
5.1	Måltall for personell ifølge Opptrappingsplanen	17

1 Innledning

Denne rapporten tar for seg fire prosjekter som alle handler om tilførsel av kompetent personell til psykisk helsevern og til psykisk helsearbeid i kommunene.

Tilgangen av kvalifisert personell er avhengig av: kapasitet i grunn- og videreutdanningene, og av andelen kandidater fra grunnutdanningene som velger psykisk helsevern som arbeidsområde (Stortingsmelding nr 25, 1996-97, s. 132). I tillegg er kompetanseheving avhengig av satsingen på videre- og etterutdanning blant de som allerede jobber innen feltet, både i kommunene og psykisk helsevern.

Opptrappingsplanen tilrår økt satsing på utdanning og andre kompetansehevende tiltak med kr 50 millioner til barne- og ungdomspsykiatrien, og 71 millioner til psykisk helsevern for voksne. Planen legger vekt på å øke utdanningskapasiteten ved å styrke videre- og etterutdanningstilbudet, spesialistutdanningene, og andre kompetansehevende tiltak, for eksempel tiltak lokalt som tilpasses lokale behov. Tiltakene har favnet bredt, og gjelder de fleste yrkesgrupper, fra ufaglærte til universitetsutdannede. De støtter utdanningstiltak på universitetsnivå og videre- samt etterutdanninger drevet i regi av frivillige institusjoner.

Som en konsekvens av økende krav til kompetanse, og det store antallet yrkesgrupper som arbeider innen feltet, uttrykkes både et behov for økt samordning mellom utdanningene, og et behov for økt spesialisering (Stortingsmelding nr 25, 1996-97). Eksempel på samordning finner vi i videreutdanningen innen psykisk helsearbeid som retter seg mot alle velferdsutdanningene innen høgskolesystemet. I tillegg til tradisjonell spesialisering (psykiater og psykologspesialist), finner vi eksempel på utradisjonell spesialisering innenfor nye utdanninger, rettet mot spesifikke pasientgrupper. Eksempelvis retter SEPREP seg mot gruppen med tyngre psykiske lidelser, og spesielt schizofreni.

Opptrappingsplanens mål når det gjelder rekruttering er totalt 9 275 nye årsverk, likt fordelt på psykisk helsevern og kommunene, med spesifiserte delmål i forhold til de ulike faggruppene (se vedlegg). I den grad man har oppnådd å rekruttere i forhold til målene, viser dette at man har lyktes når gjelder tilførsel av kompetanse.

1.1 Fire prosjekter om kompetanseheving i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid

Tre av prosjektene i evaluering av Opptrappingsplanen tar for seg utelukkende kvantitative problemstillinger: utviklingen i aktuelle utdanningstiltak, og antallet kandidater per år som er aktuelle for rekruttering, og utviklingen i antallet faktisk rekruttert til psykisk helsevern og til kommunene. Videre, på grunnlag av data om andelen av ferdig utdannede som velger å jobbe innen feltet, og andelen som blir værende der er vi i stand til å si noe om hvilken effekt satsingen på utdanning har for rekruttering. Det fjerde prosjektet tar for seg en rekke problemstillinger, i hovedsak kvalitative, knyttet til kompetanseheving og kompetanseutvikling i det psykisk helsearbeidet i kommunene.

1.1.1 Kartlegging av utdanningstiltak innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (Marian Ådnanes, SINTEF Helse)

Prosjektets mål er å finne ut hvorvidt utdanningskapasiteten øker i opptrappingsplanperioden.

- 1) Hvilke utdanningstiltak eksisterte ved Opptrappingsplanens oppstart i 1998, og hvilke utdanningstiltak etableres og videreføres i perioden 2002-2006?
- 2) Hvor mange kandidater har blitt uteksaminert/ uteksamineres innen de ulike utdannings-tiltakene?

Prosjektet baserer seg i hovedsak på statistikk fra Database for høgere utdanning (DBH) ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Når det gjelder utdanninger fra private institusjoner, baseres prosjektet på data fra spørreskjema utfyllt av institusjonene (de fire regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri, SEPREP, Voksne for barn og Institutt for Gruppeanalyse). For øvrig er det innhentet data fra Lånekassen (for oversikt over kandidater til medisin og psykologi som har studert i utlandet), samt fra Legeforeningen og Psykologforeningen for oversikt over spesialister.

Det foreligger en delrapport fra prosjektet (Ådnanes og Sitter, 2004). Ny innsamling og analyse vil gjennomføres for perioden 2002-2006. I tillegg vil det gjøres nye analyser for hele perioden 1998-2006. Sluttrapport vil foreligge i desember 2006.

1.1.2 Gir økt utdanningskapasitet tilstrekkelig økning av personell til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid? (Marian Ådnanes, SINTEF Helse)

Prosjektets mål er å finne ut hvorvidt økt utdanningskapasitet gir tilstrekkelig økning av personell i henhold til Opptrappingsplanens mål for kommunene og psykisk helsevern.

- 1) I hvilken grad øker personellinnsatsen i psykisk helsevern og i kommunene?
- 2) Er personelløkningen i tråd med Opptrappingsplanens mål i forhold til de ulike utdanningsgruppene?
- 3) Er personelløkningen geografisk likeverdig fordelt?
- 4) I den grad det er avvik mellom Opptrappingsplanens mål, og den faktiske personellutvikling, skyldes dette generelt: for lav utdanningskapasitet, geografisk betingede rekrutteringsproblemer, eller andre faktorer?

Når det gjelder psykisk helsevern, undersøkes problemstillingene ved analyse av personell-data fra Samdata. Baselinetidspunktet er 1998. Første delrapport fra prosjektet inkluderer driftsåret 2002 (Ådnanes og Sitter, 2004). Når det gjelder rekruttering til kommunene benyttes data fra parallelt prosjekt i evalueringen av Opptrappingsplanen (SINTEF Helse/ NIBR), med data for perioden 1999-2001.

Data om antall utdanningskandidater fra de ulike utdanningstiltakene hentes fra prosjektet: "Kartlegging av utdanningstiltak innen psykisk helse" (beskrevet over).

Ny analyse skal gjøres for perioden 2002-2006 i tillegg til en analyse av hele perioden 1998-2006. Sluttrapport kommer i desember 2006.

1.1.3 Arbeid og kompetanseutvikling blant nyutdannede med helse- og sosialfagutdanning (Clara Åse Arnesen, NIFU STEP)

Hovedformål med prosjektet er å kartlegge i hvilken grad aktuelle universitets- og høyskolekandidater rekrutteres til psykisk helsevern i den tidlige fasen av yrkeskarrieren. Det fokuseres på leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, vernepleiere og

fysioterapeuter. Prosjektet ser også på omfanget av videreutdanning innen psykisk helsevern, og på tilfredshet med arbeid og utdanning.

Prosjektet legger vekt på utviklingen over tid for å kunne si noe om effekten av Opptappingsplanen. Problemstillinger:

- 1) Kartlegge andelen av de enkelte utdanningsgruppene som rekrutteres inn i psykisk helsevern, og i den grad det er mulig, se på rekrutteringen til ulike deler av psykisk helsevern.
- 2) Kartlegge i hvilken grad personer fra de ulike utdanningsgruppene som rekrutteres inn i sektoren blir værende der, og i den grad det er mulig, se om det er forskjeller mellom de ulike delene av psykiatrien.

Prosjektet baserer seg på data fra NIFUs kandidatundersøkelser av arbeidsmarkedssituasjonen for nyutdannede kandidater fra universiteter og høyskoler ca et halvt år etter eksamen for perioden 1991-2001.

Prosjektet har utgitt en delrapport (Arnesen, 2005). Sluttrapport kommer i juni 2006.

1.1.4 Kompetanseutvikling og kompetanseheving. Opptappingsplanens bidrag til styrking av kompetansen i det psykiske helsearbeidet (Marit Helgesen, NIBR)

Prosjektets hovedmål er å evaluere Opptappingsplanens satsning på kompetanseutvikling og kompetanseheving i det psykiske helsearbeidet. Delmål:

- 1) Gjennomføre en innholdsanalyse av utdanningsprofil i videreutdanningstiltak.
- 2) Studere kompetansen i det psykiske helsearbeidet, samt tiltakene som gjennomføres for å drive kompetanseutvikling.
- 3) Studere dilemmaet mellom kommunenes satsning på bredde og på mer spesialiserte tilbud.

Studien baserer seg på et triangulert datamateriale: dokumentstudier, intervjuer og surveyundersøkelse samt analyse av data fra SINTEF Helse/ NIBRs kartlegging i kommunene (foreløpig med tall fra 2001). I tillegg har man analysert data om personell i kommunene fra Hjulet (SSB).

Det er utgitt to delrapporter fra prosjektet (Ludviksen og Helgesen, 2004; Helgesen m.fl., 2005). Det skal ikke utgis flere rapporter i prosjektet.

2 Viktige funn i de fire prosjektene

I denne delen gjennomgås de viktigste funnene i de fire prosjektene: Hvordan har utviklingen vært når det gjelder utdanningskapasitet? I hvilken grad har man oppnådd rekrutteringsmålene i Opptrappingsplanen? Skyldes veksten i personell økningen i utdanningstiltak? Hvordan er situasjonen i kommunene?

2.1 Økt utdanningskapasitet

Utviklingen når det gjelder utdanningskapasitet dokumenteres i hovedsak for perioden 2000-2002, men går tilbake til 1998 og 1999 der dette er mulig uten at tallmaterialet blir for dårlig (Ådnes og Sitter, 2004).

Studien konkluderer med at antallet utdanningstiltak, og antallet kandidater som har gjennomført utdanningene har økt gjennom Opptrappingsplanperioden. Først og fremst vises satsningen på utdanningstiltak i et svært rikholdig videre- og etterutdanningstilbud som knyttes til ulike målgrupper, perspektiver og metoder. Når det gjelder grunnutdanningene, fant man en økning i antall ferdige kandidater per år ved aktuelle utdanninger ved høgskolene. I medisinerutdanningen varierte antallet ferdige kandidater per år i perioden 1999-2001, men totalt sett var det en nedgang på 3 prosent. Psykologiutdanningen hadde totalt sett en økning i samme periode på 6 %, og ikke vesentlig økning i antallet tatt opp til studiene. Videre var det kun en svak økning i antallet spesialiseringer innen psykologi og psykiatri i denne perioden. Både ved psykolog- og legeutdanningen ble imidlertid *opptaket* øket vesentlig *før* 1998. Utdanningsstatistikken viser forøvrig at det har skjedd en økning i antallet ferdige kandidater de siste to årene (2003-2004). Ved psykologutdanningen har man dermed en totalt sett en vekst på 20 % gjennom perioden 1999-2004. Ved medisinerutdanningen er veksten på 18 % gjennom hele perioden. Man har nå begynt å "høste" av økningen i opptak på slutten av nittitallet. I disse beregningene har vi ikke tatt med antallet kandidater som har tatt utdanningen i utlandet.

Ådnes og Sitter (2004) konkluderer at det er den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid som representerer den mest synlige utdanningssatsningen når det gjelder antallet utdanningstiltak, og antallet kandidater. Sammen med SEPREP utdanningen er den dessuten den mest omfattende og strategiske satsningen i forhold til å oppnå helsepolitiske mål om større tverrfaglighet og om mer samordning og samarbeid, også mellom nivåene (kommuner og psykisk helsevern).

I tillegg til disse to videreutdanningstiltakene har det blitt etablert en rekke andre tiltak ved høgskolene, ved Rbup'ene (regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri), og blant andre private aktører som Voksne for barn og Institutt for gruppeterapi. Dette er tilbud som på ulikt vis bidrar til å oppfylle Opptrappingsplanens intensjoner overfor spesifikke målgrupper: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser, eller i forhold til lokalsamfunnsbaserte målsettinger.

I tillegg til satsing på videreutdanning, dokumenterer Ådnes og Sitter (2004) også den rikholdige mengden av etterutdanningstilbud som fikk doblet antallet deltakere i perioden 2000-2002. Endelig rapport i prosjektet vil dokumentere utviklingen i utdanningskapasitet for hele perioden fram til og med skoleåret 2005/2006.

2.2 God personellvekst sett i forhold til mål i OP

Ådnanes og Sitter (2004) konkluderer at den årlige tilveksten av årsverk i perioden 1998-2002 har vært tilfredsstillende sett i forhold til Opptrappingsplanens mål for psykisk helsevern, og at man mest sannsynlig vil oppnå målet om 4 500 årsverk innen planperiodens slutt. Både innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne har man hatt en god utvikling i forhold til å rekruttere personell med høgskole- eller universitetsutdanning. Det mest overraskende som påpekes er at den relative personellveksten er større både for psykiatere og spesialister i klinisk psykologi enn for leger og psykologer uten spesialistutdanning. Det understrekes imidlertid at det til tross for noe utjevning mellom helseregioner, fremdeles eksisterer til dels store regionale forskjeller. Tilgangen på kvalifisert personell i forbindelse med utbygging av DPS'er er vanskelig flere steder (Ruud m.fl., 2004), noe som også påvirker samhandlingen mellom tjenestene når det gjelder samarbeid og veiledning, for eksempel bistand til fastlegene (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Når det gjelder regionvise forskjeller viser Ådnanes og Sitter (2004) at i psykisk helsevern for voksne har Helse Øst hatt en mye bedre tilgjengelighet til både leger, psykiatere og sykepleiere (inkludert sykepleiere med videreutdanning) i perioden 1998-2002 enn andre helseregioner. Helse Nord hadde den beste tilgangen på psykologer og annet terapipersonell med høgskoleutdanning i perioden. Det var helseregion Sør og helseregion Midt-Norge som hadde den laveste personelldekningen for leger, psykiatere i 2002. Variasjonene mellom regionene var noe mindre i 2002 enn i 1998. Innen psykisk helsevern for barn og unge var forskjellene i personelldekning enda større mellom regionene. Helseregion Nord og helseregion Øst hadde en mye høyere personelldekning i forhold til innbyggertall enn tilfellet i de øvrige regionene. Den siste SAMDATA-rapporten (Kalseth m.fl., 2005) viser at for psykisk helsevern totalt har helseregion Sør sammen med helseregion Midt-Norge, lavest personelldekning også i 2004, helseregion Nord har nærmet seg helseregion Øst mens Øst har nærmet seg landsgjennomsnittet (s. 80).

Når det gjelder kommunene, viser Ådnanes og Sitter (2004), ved hjelp av tall fra kartleggingen til SINTEF Helse/ NIBR, at også de har hatt en relativt god tilvekst av årsverk til psykisk helsearbeid for perioden 1999-2001, og at dette spesielt gjelder i forhold til rekruttering av høgskoleutdannet personell. Det konstateres at man med en økende endringstakt mot slutten av planperioden er i stand til å nå målet om ca. 4 800 årsverk totalt. Også når det gjelder kommuner påpekes forskjeller, med en bedre rekruttering i små kommuner sammenlignet med store kommuner, og en høyest andel både av høgskoleutdannet personell totalt, og av psykiatriske sykepleiere. På den annen side var innslaget av rekrutterte psykologer størst i de største kommunene. Den totale veksten av psykologer var imidlertid for lav i forhold til å oppnå måltallet i Opptrappingsplanen på 184.

Ådnanes og Sitter (2004) påpeker at rekrutteringen av psykologer til kommunen kanskje er det mest kritiske punktet i kommunenes opptrapping av personell. Det poengteres også at selve måltallet for psykologer oppfattes som lavt i forhold til ambisjonene om å bruke disse for å styrke tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene, og for utforming av innholdet i de kommunale tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Her har kommunene i stedet satset på rekruttering av personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Både for psykisk helsevern og for kommunene, påpeker Ådnanes og Sitter (2004) at nye årsverk nesten i overveiende grad er personell *med* høgskoleutdanning selv om Opptrappingsplanen har et måltall på 3 600 for personell *uten* høyere helse- og sosialfaglig utdanning (totalt for psykisk helsevern og kommunene). Ettersom de fleste årsverkene i kommunene skal gå til styrking av hjemmebaserte tjenester (70 %) som skal bistå personer med psykiske lidelser i omsorgsbolig, kunne man forvente en større vekt på rekruttering av personell med lavere utdanning. Ådnanes og Sitter mener den lave andelen dette sannsynligvis skyldes at mange kommuner på kartleggingstidspunktet (2001) ennå ikke hadde fått opprettet et botilbud, operativt med personell etc., og at kommunenes videre rekruttering av personell trolig ville inkludere en større andel personell med lavere utdanning. Vi skal seinere i denne framstillingen se på nye data fra kommunene, og hvorvidt utviklingen har gått i en slik retning.

Ådnes og Sitter (2004) konkluderer altså med at personelltilgangen i stor grad er i tråd med Opptrappingsplanens mål både for psykisk helsevern og i kommunene, også i forhold til utdanningsgrupper man hadde forventet at det skulle bli vanskelig å få rekruttert. Et spørsmål er om denne utviklingen skyldes økning av utdanningskapasiteten innenfor feltet. Et annet spørsmål, som vi allerede har vært inne på, er hvorvidt Opptrappingsplanens måltall er tilstrekkelig.

2.3 Skyldes god rekruttering en bedre utdanningskapasitet?

Arnesen (2005) viser at det for de fleste aktuelle utdanningsgruppene har vært en økning i antallet kandidater som begynte å jobbe innen psykisk helsevern et halvt år etter utdanning (i hovedsak gjelder analysene for perioden 1991-2001). Arnesen påpeker at noe av dette kan skyldes økt utdanningskapasitet gjennom Opptrappingsplanen, men at et spinkelt tallgrunnlag gjør det vanskelig å konkludere. Man kan også legge til at året 2001 var tre år etter oppstart, og dermed et tidlig tidspunkt for vurdering av effekter av økt utdanningskapasitet. Vi skal se på de ulike utdanningsgruppene, og drøfte problemstillingen både i forhold til Arnesens og Ådnes og Sitters (2004) studier.

2.3.1 Universitetsutdanninger (leger og psykologer)

Ådnes og Sitter (2004) oppsummerer at når det gjelder den (etter målene i Opptrappingsplanen) tilfredsstillende økningen av leger og psykologer samt spesialister til psykisk helsevern, kunne man per 2002 bare i liten grad vise til en kapasitetsøkning i utdanningene innenfor selve planperioden. Dette grunngis med at økningen i opptakstall i det alt vesentligste skjedde forut for planperiodens oppstart, med det resultat at et høyere antall psykologer og leger uteksamineres per år i selve planperioden i forhold til før. Vi har i forbindelse med denne synteserapporten sett på utviklingen i antallet kandidater fra lege- og psykologstudiet for perioden 2002-2004 og sammenholdt med utviklingen når det gjelder leger og psykologer til psykisk helsevern. Av SAMDATA-rapport for 2005 (Kalseth m.fl., 2005) finner vi at rekrutteringen av både psykiatere, leger og psykologer for 2003 og 2004 følger om lag samme veksten som i perioden 1998-2002.

Data fra Arnesen sin studie viser at andelen nyutdannede psykologer som velger å jobbe innen psykisk helsevern varierer fra år til år, men at kapasitetsøkningen i psykologutdanningen kan ha gitt flere kandidater til psykisk helsevern. Eksempelvis bidro opprettelsen av profesjonsstudiet for psykologer ved NTNU til rekruttering innen psykisk helsevern i Midt-Norge.

Arnesen sin studie viser også en signifikant høyere tilfredshet med utdanningen i forhold til arbeidsoppgaver for nyutdannede psykologer som arbeidet innenfor psykisk helsevern enn for de som ikke gjorde det. Arnesen mener dette kan tyde på at psykologutdanningen er godt tilpasset de faglige utfordringer som ferske psykologer møter innen psykisk helsevern, og at vi kan forvente at dette bidrar i positiv retning når det gjelder å rekruttere og beholde nyutdannede psykologer innen psykisk helsevern (s. 62).

Det knytter det seg for stor usikkerhet til tilgjengelig tallmateriale som viser andelen av nyutdannede leger som jobber innenfor psykisk helsevern. Arnesens analyser viser imidlertid at en relativt lav andel av leger som jobbet innen psykisk helsevern mente utdanningen var relevant i forhold til arbeidet. Arnesen viser for øvrig at andelen leger som tok videreutdanning innen psykologiske/ psykiatriske emner ikke var økende i perioden.

2.3.2 Høgskoleutdanninger

Innen høgskoleutdanninger som er relevante, har det skjedd en relativt god kapasitetsøkning samtidig med at de ulike utdanningsgruppene har hatt et jevnt tilsig til psykisk helsevern gjennom hele planperioden.

Med om lag 3 000 personer som har gjennomført den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid i perioden 2000-2004, representerer dette den største satsningen. Sannsynligvis er det denne som har hatt størst betydning for rekruttering til feltet. Vi ser av tabell 2.1 at andelen rekrutterte med denne utdanningen var kun 11 % i 2001, men økte til 18 % i 2004. Når det gjelder psykisk helsevern, er det vanskelig å si ettersom Samdata ikke viser denne utdanningsgruppen separat.

Når det gjelder sykepleiere, viser Arnesens studie at andelen nyutdannede sykepleiere som jobber innen psykisk helsevern et halvt år etter utdanning har vært synkende i perioden 1995-2000. Ådnanes og Sitter (2004) finner imidlertid at antallet sykepleiere har økt tilstrekkelig i forhold til måltall i Opptrappingsplanen, både innen psykisk helsevern og i kommunene. I kommunene gjelder dette ikke minst sykepleiere som har videreutdanning psykiatrisk sykepleie (jfr. tabell 2.1). Dette skal vi se nærmere på i neste kapittel.

Når det gjelder sosionomer til psykisk helsevern, finner Arnesen at samtidig som antallet nyutdannede ble mer enn fordoblet i perioden 1991-2001, økte andelen sosionomer som jobbet i psykisk helsevern et halvt år etter utdanning. Forøvrig skjedde en betydelig økning i andelen nyutdannede barnevernspedagoger som jobber innen psykisk helsevern. Arnesen antyder at en årsak kan være et generelt vanskeligere arbeidsmarked for denne gruppen. Når det gjelder vernepleiere, viser Arnesen at en høyere andel av disse jobber innen psykisk helsevern sammenlignet med sykepleiere og sosionomer, og noe lavere enn blant barnevernspedagogene.

2.3.3 Lav turnover, og høy tilfredshet i psykisk helsevern

Arnesens analyser viser at det innen psykisk helsevern ikke skjer hyppigere jobbskifte til andre sektorer enn tilfellet er innen andre sektorer. Derimot viser analysene en viss jobbmobilitet *innenfor* psykisk helsevern.

Vi har allerede vist til at nyutdannede psykologer var mer tilfreds med utdanningen i forhold til arbeidsoppgaver i psykisk helsevern enn psykologer i andre sektorer og næringer (Arnesen, 2005). For de fleste øvrige utdanningsgruppene var tilfredsheten med arbeid og utdanning minst like høy for de som arbeider innenfor som utenfor psykisk helsevern.

2.4 Kompetanseutvikling i kommunene

Ådnanes og Sitter (2004) viser at kommunene i første fase av Opptrappingsplanen (til og med 2001) i størst grad rekrutterte personell med høgskoleutdanning, og først og fremst personer med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. De påpeker at dette kan ha vært et bevisst valg – at man i første rekke ønsket å få en type fagpersonell på plass som hadde lang erfaring i forhold til feltet psykisk helse. Videre at behovet for personell i forhold til boliger og øvrige tiltak ville aktualiseres etter hvert som kommunene fikk på plass sitt tjenestetilbud.

Helgesen m.fl. (2005) ser spesifikt på kompetanseutvikling i det psykiske helsearbeidet i kommunene ved å se på rekrutteringstiltak, opplæringstiltak og brukerrettede tiltak, og på utviklingen innen disse kategoriene (som samlet sett betegnes som kommunenes "kompetanseprofil"). Forfatterne konkluderer at dette materialet ikke tyder på at den kommunale organisasjonen legger sterke føringer på rekruttering og kompetanse i det psykiske helsearbeidet. De finner imidlertid forskjeller mellom kommuner basert på det kvalitative materialet i undersøkelsen. En sentral konklusjon hos Helgesen m.fl. er at kommunene tenker for tradisjonelt når det gjelder rekruttering og kompetanseutvikling.

I det følgende skal vi se nærmere på hva Helgesen m.fl. mener med dette. Videre skal vi se på nyere data som viser rekruttering til kommunene i perioden 2001-2004. Sannsynligvis vil disse gi oss svar på om kommunene fortsatt tenker for "tradisjonelt" slik Helgesen m.fl. konkluderer, eller om det har skjedd en kursendring etter første kartlegging i 2001.

2.4.1 Rekruttering som opprettholder "tradisjonell" arbeidsdeling mellom yrkesgrupper

Når det gjelder rekruttering i de studerte casekommunene, oppsummerer Helgesen m.fl. (2005) at kommunene i stor grad har lyktes i forhold til rekruttering av ønsket personell, og at den faglige kompetansen ser ut til å være høy, og at det i første rekke er psykiatriske sykepleiere som rekrutteres. Dette er i tråd med Ådnanes og Sitter (2004) sin kartlegging.

Et poeng som understrekes hos Helgesen m.fl. er at kommunene, på tross av at det til en viss grad rekrutteres nye yrkesgrupper til stillinger som psykiatriske sykepleiere hadde monopol på før, fremdeles rekrutterer langs linjer der arbeidsoppgaver knyttes til sektor og faglig spesialisering. Dermed opprettholdes en arbeidsdeling mellom de høgskoleutdannede velferdsyrkene. Det psykiske helsearbeidet i kommunene har dermed en pleiefaglig profil i den forstand at det er psykiatriske sykepleiere som i første rekke rekrutteres. Det kvalitative materialet viser at det i tillegg til psykiatriske sykepleiere gjerne rekrutteres annet pleiefaglig personell som hjelpepleiere og vernepleiere, men at det rekrutteres få med ikke-pleiefaglig høgskoleutdanninger som sosionomer, barnevernspedagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Hvorvidt det har blitt rekruttert få med ikke-pleiefaglig utdanning kan diskuteres. Ifølge Ådnanes og Sitter sine tall var andelen av "annet høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell", rekruttert til kommunene, på 22 % i 2001. I tillegg kommer rekrutterte med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (11 % i 2001). For øvrig ser vi av den siste kartleggingen i kommunene at disse andelenene har økt for perioden 2001-2004.

Helgesen m.fl. mener en årsak til det de oppfatter som en lav andel rekrutterte med ikke-pleiefaglig utdanning, kan være at tilbudet av psykiatriske sykepleiere er langt større enn tilbudet av andre yrkesgrupper med videreutdanning i psykisk helsearbeid. En annen årsak som de påpeker, er at rekrutteringsmønsteret kan være et resultat av at kommunene rekrutterer i forhold til hvilke forventninger de har til yrkesgruppene i forhold til de oppgaver de skal ha i arbeidet. De viser til at psykiatriske sykepleiere rekrutteres til å gjennomføre det direkte arbeidet med brukere, samtaler og andre hjemmebaserte oppgaver. Når sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter rekrutteres er det for å drive nettverksarbeid og dag-sentra. Vernepleiere og pleiepersonell med lavere pleiefaglig utdanning rekrutteres i stor grad til boligene. Forfatterne antyder viktigheten av at kommunene har en plan over hvilken kompetanse de har behov for i det psykiske helsearbeidet, ettersom funnene tyder på at det i første rekke er de som ikke har en plan som tenderer mot å rekruttere i tråd med sektor-spesifikke forventninger til hvilke oppgaver som skal gjennomføres.

Ulike yrkesgrupper drøftes i Helgesen m.fl. sin studie i forhold til hvilken plassering og rolle de har hatt innen helsetjenestene, deres inntreden på feltet psykisk helse, og hva man kan forvente av dem innen psykisk helsearbeid. Forfatterne viser til at de helsepolitiske kravene om samordning av tjenester, og et enhetlig tjenesteapparat som brukerne enklere kan forholde seg til har ført til både "horisontal" og "vertikal integrering" av kompetanse: i utdanningssystemet (tverrfaglig videreutdanning), at det ikke lenger er så sterk kobling mellom yrkesgrupper og sektorer i kommunene som det har vært, og at det legges vekt på samhandling mellom kommunenes psykiske helsearbeid og psykisk helsevern. De kommunene som kommer nærmest disse idealene er de som har organisert det direkte arbeidet med brukere i team. Der blir det gjort forsøk med å rekruttere ikke-pleiefaglig personale i direkte arbeid med brukerne, for eksempel miljøarbeidere.

Helgesen m.fl. finner at dette med å knytte spesifikke arbeidsoppgaver til spesifikke yrkesgrupper også fins i kommunenes arbeid med kompetanseutvikling. Det er hovedsakelig de som arbeider direkte med brukerne, altså de psykiatriske sykepleiere som får et tilbud om videreutdanning. Miljøterapeuter, som i hovedsak driver nettverksarbeid får dette i mindre grad. Helgesen m.fl. mener dette mønsteret kanskje kan forandres gjennom prosesser

kommunene selv setter i gang, og viser til positive erfaringer i de kommunene som har opphevet en administrativ sektororganisering, har en person som er leder av en enhet eller en tjeneste, har teamorganisering av det direkte arbeidet med brukerne som skaper møtepunkter mellom ulike typer kunnskap.

For øvrig finner Helgesen m.fl. at kommunene med tjenestemodell for psykisk helsearbeid ser ut til å arbeide mest systematisk med kompetansetiltak. Dette kan også avspeile at det psykiske helsearbeidet har pågått en lengre periode, og at organisasjonen sånn sett har vært stabil. Forfatterne konkluderer også med at kommunene har en tradisjonell og pleiefaglig profil på kompetanse som kan gi problemer i forhold til å kunne tilby spesialiserte tiltak overfor brukerne.

2.4.2 Kommunenes rekruttering i perioden 2002-2004 (nye data)

Som allerede nevnt er det gjort en ny kartlegging i regi av SINTEF Helse og NIBR i alle landets kommuner. I første kartlegging ble kommunene spurt om antallet rekrutterte gjennom perioden 1999-2001. I den andre kartleggingen, som det nå foreligger data fra, har kommunene registrert økning eller eventuelt reduksjon i stillinger i forhold til første kartlegging (til og med 2004).

Data om rekruttering, samt satsing på opplæring og kompetansetiltak skal analyseres grundig i tilknytning til sluttrapport for prosjektet omtalt under punkt 1.1.2. I denne framstillingen begrenser vi oss til å se etter om kommunene i perioden etter første kartlegging har fortsatt å legge vekt på høgskoleutdannet personell, og om de fortsatt i stor grad rekrutterer psykiatriske sykepleiere. Videre om man har økt andelen ufaglærte blant de nyrekrutterte.

Det er litt flere kommuner som har svart i andre kartlegging. Fordelingen av kommuner i forhold til størrelse på befolkning er imidlertid tilnærmet likt i de to kartleggingene.

Tabell 2.1 Kommunenes rekruttering av personell i perioden 1999-2001 og 2002-2004 .

	Antall rekruttert i perioden 1999- 2001 (N=277)	Andeler	Antall rekruttert i perioden 2002- 2004 (N=284)	Andeler
Lege	6,4	0,01	1,78	0,00
Psykolog	34,6	0,03	22,55	0,03
Psykiatrisk sykepleier	314,0	0,28	154,30	0,18
Annet høgskoleutd helse-/sosialpersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid	120,1	0,11	160,00	0,18
Annet høgskoleutd helse-/sosialpersonell	244,5	0,22	265,09	0,30
Personell med lavere helse-/sosialfaglig utd	269,3	0,24	189,11	0,22
Annet personell	122,8	0,11	82,64	0,09
Sum	1111,7		875,47	

Vi ser av tabellen at utvalget kommuner gjennom siste treårsperiode (2002-2004) har rekruttert kun halvparten så mange psykiatriske sykepleiere som de gjorde første treårsperiode (1999-2001). Kommunene har i noe større grad ansatt personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid i siste perioden sett i forhold til første periode, men har i størst grad rekruttert annet høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell. Når det gjelder per-

sonell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning er det totalt sett rekruttert færre i siste periode enn i første. Andelen med lavere utdanning er om lag den samme i de to periodene.

Ettersom Helgesen m.fl. (2005) sitt poeng er at kommunene tenker for "tradisjonelt" når de rekrutterer så mange psykiatriske sykepleiere, kan man på grunnlag av siste kartlegging antyde at de etter hvert tenker mindre "tradisjonelt". Dette både fordi de rekrutterte bare halvparten så mange psykiatriske sykepleiere som i første periode, og fordi de har rekruttert flere med annen høgskoleutdanning (både med og uten tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid). Denne utviklingen støtter videre Ådnanes og Sitter (2004) sitt poeng om at den høye andelen psykiatriske sykepleiere var strategisk i en oppbyggingsfase. Andelen med lavere utdanning økte imidlertid ikke som forutsatt en utvikling i forhold til måltallene i Opptrappingsplanen. Kommunene har fortsatt å rekruttere folk med høgskoleutdanning. I første periode var andelen med en eller annen høgskoleutdanning 61 %, og i andre periode var den på 66 %.

2.5 Bredde og spesialisering i to utdanningstiltak

Mens det overordnede målet i Helgesen sitt prosjekt om kompetanseutvikling og kompetanseheving er å evaluere Opptrappingsplanens satsning på dette området i kommunene, dreier et av delmålene seg om en innholdsanalyse av utdanningsprofiler i to sentrale utdanninger som begge har en rekke helsepolitiske mål knyttet til kompetanseheving av personell innenfor psykisk helsetjenester.

I denne delstudien gjør Ludvigsen og Helgesen (2004) et dypdykk i videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid og i SEPREP-utdanningen. Førstnevnte representerer et bredde-tilbud mens SEPREP representerer en spesialisering i forhold til å jobbe terapeutisk med personer som har en psykose.

Ludvigsen og Helgesen (2004) analyserer i hvilken grad rekruttering til videreutdanninger i psykisk helsearbeid kan bidra positivt til ambisjonen om økt tverrfaglighet og samordning mellom tjenestenivåene i det psykiske helsearbeidet. Videre i hvilken grad den faglige profilen ved noen høgskoler reflekterer sentrale målsettinger i Opptrappingsplanen.

Forfatterne konkluderer med at utdanningene bygger på perspektiver som står sentralt i OP, men er innrettet mot forskjellige oppgaver, og har ulik grad av spesialisering. De påpeker at med Opptrappingsplanens mål om at både helhetsspektiv, og generell og spesiell kompetanse, rettet mot bestemte målgrupper må ivaretas, har begge en viktig rolle i feltet. De konkluderer med at utdanningene ser ut til å oppfylle målsettingen om å bidra til samordning mellom nivåer.

3 Oppsummering og anbefalinger

Utviklingen knyttet til utdanning og rekruttering av kvalifisert personell følger en god progresjon målt i forhold til Opptrappingsplanens målsettinger på dette området. Målt i forhold til "sluttproduktet", nemlig kvalifisert personell som faktisk jobber i psykisk helsevern og i kommunene, er man på god vei til å oppnå målene, slik de er definert i forhold til de ulike personellgruppene. Ikke minst gjelder dette for høgskoleutdannet personell, men også for psykologer og leger samt spesialister i psykisk helsevern.

Dersom tilsvarende utvikling fortsetter ut planperioden, vil man være i mål nasjonalt. Samtidig er det et kjent problem at man i enkelte områder innen psykisk helsevern sliter med å få kvalifisert personell til de distriktspsykiatriske sentrene. Det er ennå store forskjeller mellom helseregioner. Den laveste bemanningen per innbygger finner vi i helseregion Midt-Norge og helseregion Sør (Kalseth m.fl., 2005).

Når det gjelder kommunene, oppgir de mest problemer i forhold til rekruttering av psykiatriske sykepleiere (2001). Samtidig er det nettopp denne gruppen det ble rekruttert flest av i første fase av opptrappingen (Ådnanes og Sitter, 2004). På tross av rekrutteringsproblemer kan man si at kommunene i stor grad har lyktes i sine bestrebelser. For øvrig er antall årverk, rekruttert per 1 000 innbygger, klart lavere blant store kommuner sammenlignet med små (Ådnanes og Sitter, 2004).

Bare til en viss grad har man belegg for å si at økt utdanningskapasitet i grunnutdanningene har bidratt til den gode utviklingen (rent kvantitativt) i rekruttering av ulike utdanningsgrupper til feltet (Arnesen, 2005). Når det gjelder den betydelige satsningen på videreutdanning og etterutdanning, blant de som allerede arbeider i feltet, hatt kompetansehevende effekt som ikke er så lett å måle. Ludvigsen og Helgesen (2005) konstaterer at videreutdanningen i tverrfaglig psykisk helsearbeid og SEPREP utdanningen, der deltakerne rekrutteres både fra psykisk helsevern og kommunene, bidrar til tverrfaglighet og samordning mellom forvaltningsnivåene. Når vi vet at om lag 3 000 personer har tatt videreutdanningen i tverrfaglig psykisk helsearbeid, og at om lag 1 500 har gjennomgått SEPREP utdanningen i perioden 2000-2004, er det lagt et betydelig grunnlag for utbredelse av de ideer og perspektiver som utdanningene formidler.

Når Helgesen m.fl. (2005) analyserer 11 kommuners arbeid i forhold til rekruttering, opplæring og brukertiltak finner de på den annen side at kommunene fremdeles tenker for "tradisjonelt". Ved å satse mest på rekruttering av psykiatriske sykepleiere, antydes at kommunene har valgt en pleiefaglig profil. Når det gjelder organisering av tjenestene tenker man som før ved at arbeidsoppgaver typisk knyttes til sektor og faglig spesialisering, slik man har brukt å gjøre det. Man opprettholder en arbeidsdeling mellom de høgskoleutdannede velferdsyrkene, og oppnår dermed i mindre grad intensjoner om økt tverrfaglighet.

Helgesen m.fl. (2005) anbefaler, på bakgrunn av sine funn, at kommunene organiserer det direkte arbeidet med brukerne i team der det også rekrutteres flere typer kompetanse. Ettersom kommunene også i varierende grad tilbyr sine ansatte i psykisk helsearbeid kompetanseheving og opplæring, anbefales også å understreke dette i enda større grad. Videre å gå inn for at kommunene arbeider mer systematisk med planer for opplæring. Til sist anbefaler Helgesen m.fl. at kommunene integrerer et fokus på fagterminologi i sin opplærings- og kursvirksomhet, og at utdanningsinstitusjonene bør anbefales å samkjøre terminologien i sine utdanningstilbud. Problemet knyttet til bruk av ulike fagterminologi har blitt avdekket i forbindelse med bestiller-utfører-organisering.

Er Opptappingsplanens måltall for rekruttering tilstrekkelig i forhold til behovet innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid? Når det gjelder psykisk helsevern vet vi gjennom flere undersøkelser (for eksempel Ruud m.fl., 2004) at det trengs flere psykologer, psykologspesialister og psykiatere ved DPS'ene. Når det gjelder mangelen på fagfolk i enkelte geografiske områder, kan det hende at disse vil bli tilgodesett av det stadig økende antallet kandidater som etter hvert blir ferdig med utdannelsen. Dersom dette ikke skjer, trengs antakelig spesifikke, lokale rekrutteringstiltak.

Når det gjelder kommunene, stiller Ådnanes og Sitter (2004) spørsmål ved om måltallet for psykologer og personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid i kommunene er satt for lavt. Det virker lavt i forhold til ambisjonene om å bruke disse for styrking av tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene – ikke minst med tanke på at psykologer tilføres både tjenesten for voksne og PPT. Vi kan tenke oss at de positive erfaringene med team i det psykiske helsearbeidet – som overskred tradisjonell kommunal organisering, og som ga økt tverrfaglighet (Helgesen m.fl., 2005), ville bli faglig sett enda sterkere ved å ha psykolog tilknyttet. Man kan tenke seg at en slik organisering ville kunne avhjelpe køen til psykisk helsevern.

For øvrig anbefales det en videre satsing på videreutdanning og kompetanseheving av de som allerede jobber i feltet, først og fremst videreutdanningen i tverrfaglig psykisk helsearbeid, men også SEPREP (disse nevnes spesielt, ettersom de har vært gjenstand for analyse). Begge utdanningene vil sannsynlig kunne bidra – ikke bare når det gjelder kompetanseheving blant personellet, men også i forhold til samhandling mellom psykisk helsevern og kommunene.

Til slutt bør man også være oppmerksom på det potensialet som ligger i kompetanseheving blant personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning.

4 Litteratur

Arnesen, C.Å. (2005). Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern. NIFU STEP. Arbeidsnotat 4/2005.

Helgesen, M., Feiring, M., Vold Hansen, G. og Ramsdal, H. (2005). Kompetanseutvikling i kommunene. Rekruttering og opplæring i psykisk helsearbeid.

Kalseth, J. (red.) (2005). SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2004. STF78 A055021.

Ludvigsen, K. og Helgesen, M.K. (2004). Kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Videreutdanning i høyskoler og SEPREP tverrfaglig utdanning. Notat 2004:135.

Ruud, T., Lidal, E., Røhme, K., Sitter, M. og Hagen, H. (2004). Distriktpsykiatriske sentra i Norge 2003. STF78 A045008.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006.

Ådnanes, M. og Sitter, M. (2004). Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid. Status i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2002. STF78 A045001.

5 Vedlegg

5.1 Måltall for personell ifølge Opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen har definert en rekke måltall som spesifiserer fordelingen av de totalt 9275 nye årsverkene som skal tilføres psykisk helsevern. Tabell 5.1 viser fordeling mellom utdanningsgrupper totalt, det vil si både i forhold til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Tabell 5.1 Opptrappingsplanens totale måltall for utdanningsgrupper.

	Måltall
Leger	375
Psykologer	940
Høgskoleutdannet helse- og sosialpersonell	4360
Personell u/ høyere helse- og sosialfaglig utdanning	3600
Totalt	9275

Tabell 5.2 Opptrappingsplanens måltall for psykisk helsevern.

	Måltall
Psykisk helsevern for voksne	2300
Leger og psykologer med fylkeskommunal driftsavtale opp 50 % (ift 1998)	ca 280
Fagårsverk til psykisk helsevern for barn- og unge	400
Totalt	ca 2980

Tabell 5.3 Opptrappingsplanens måltall for kommunehelsetjenesten.

	Måltall
Hjemmetjenesten	3400
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	800
Støttekontakter/kulturtilbud til barn og unge	260
Psykologer	184
Høgskoleutdannet personell m/ videreutdanning i psykisk helsearbeid	125
Totalt	4769