

SINTEF A851

RAPPORT

Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005

Nås Opptrappingsplanens mål innen 2008?

Marian Ådnanes og Marit Sitter

SINTEF Helse

Januar 2007

**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)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005.

Nås Opptappingsplanens mål innen 2008?

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes og Marit Sitter

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR. A851	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Signe Bang	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04198-9	PROSJEKTNR. 78i032 og 78i033	ANTALL SIDER OG BILAG 125
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78i53230 Opptapping personell\2006\Rapport		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Marian Ådnanes	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2007-01-15	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningssjef Britt Venner	

SAMMENDRAG

Rapporten kartlegger utdanningskapasiteten innen aktuelle utdanninger, og tilførsel samt fordeling av personell innen psykisk helsevern og kommunale tjenester gjennom perioden 1998-2005. Rapporten gir svar på følgende hovedspørsmål:

1. Hvilke relevante utdanningstiltak fins, og hvor mange kandidater har blitt uteksaminert innen de ulike utdanningene?
2. I hvilken grad øker personellinnsatsen i psykisk helsevern og i kommunene?
3. Er personelløkningen i tråd med Opptappingsplanens mål i forhold til de ulike utdanningsgruppene?
4. Er personelløkningen geografisk likeverdig fordelt?
5. Dersom det er avvik mellom Opptappingsplanens mål, og den faktiske personellutvikling, skyldes dette generelt: for lav utdanningskapasitet, geografisk betingede rekrutteringsproblemer, eller andre faktorer?

Kartleggingen av antallet kandidater som har gjennomført utdanning baserer seg på registerdata fra Database for høyere utdanning (DBH) og på egne innsamlinger. Data for personell i psykisk helsevern baserer seg på tall fra Samdata (SSB). Når det gjelder rekruttering til kommunale tjenester i det psykiske helsearbeidet, benyttes data fra spørreskjemaundersøkelse utført i 2002 og i 2005.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsearbeid	
GRUPPE 2	Psykisk helsevern	Mental Health
EGENVALGTE	Rekruttering	Recruitment
	Utdanning	Education

Forord

Denne rapporten handler om utdanning og rekruttering til psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) og psykisk helsearbeid i kommunene i perioden 1998 til 2005. Rapporten er sluttrapport fra to prosjekter som SINTEF Helse har gjennomført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med den forskningsbaserte evalueringen av Opptrappingsplanen, ledet av Norges Forskningsråd.

Vi takker Yngve Bersvendsen i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD, for bistand med uthenting ut data fra Database for høgre utdanning - DBH. Vi takker også utdanningsinstitusjonene for å gi oss de data vi trengte.

Trondheim, januar 2007

Marian Ådnes
Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
1 Innledning og sammendrag	11
1.1 Formål med rapporten	11
1.2 Hovedspørsmål.....	12
1.2.1 Delspørsmål for analyse av rekruttering til psykisk helsevern.....	12
1.2.2 Delspørsmål for analyse av rekruttering til det kommunale psykiske helsearbeidet.....	12
1.3 Bakgrunn.....	13
1.3.1 Økt personellbehov innen psykisk helsearbeid og psykisk helsevern	13
1.3.2 Måltall for personell	14
1.3.3 Satsing på utdanning i Opptappingsplanen	15
1.4 Resultater	16
1.4.1 Økt utdanningskapasitet	16
1.4.2 Rekruttering til psykisk helsevern.....	17
1.4.3 Rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene	20
1.5 Konklusjoner	22
1.6 Vurderinger og anbefalinger	24
1.7 Data og metode.....	25
1.7.1 Utdanning til arbeid innen psykisk helse.....	25
1.7.2 Personell til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid.....	25
2 Kartlegging av utdanningstiltak i perioden 1998-2005	27
2.1 Avgrensninger	27
2.1.1 Utdanningstiltak.....	27

2.2	Data	28
2.3	Utdanning av leger og psykologer.....	28
2.3.1	Medisinstudiet	28
2.3.2	Profesjonsstudiet i psykologi.....	29
2.3.3	Spesialistutdanninger for leger og psykologer	30
2.4	Aktuelle Helse- og sosialfaglige grunnutdanninger ved høyskolene	31
2.5	Aktuelle videreutdanninger	31
2.5.1	Videreutdanninger ved høyskolene	31
2.5.2	Videreutdanninger ved Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP)	35
2.5.3	Videreutdanninger ved det enkelte regionsenter.....	36
2.5.4	Videreutdanninger RBUP, region Sør/Øst.....	37
2.5.5	Videreutdanning ved SEPREP.....	38
2.5.6	Videreutdanning ved Institutt for Gruppeanalyse.....	39
2.6	Etterutdanning	39
2.7	Oppsummering av utdanningskapasitet	40
3	Rekruttering til psykisk helsevern - personell i spesialisthelsetjenesten i perioden 1998 – 2005.....	43
3.1	Innledning og problemstillinger	43
3.2	Datagrunnlag og metode.....	43
3.3	Opptappingsplanens målsettinger vedrørende personell i psykisk helsevern og status i 2005	45
3.3.1	Mål om 2300 flere årsverk i psykisk helsevern for voksne	45
3.3.2	Mål om økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell i psykisk helsevern for voksne.....	46
3.3.3	Mål om bemanningsøkning per plass i distriktpspsykiatriske senter	48
3.3.4	Mål om 400 flere fagpersoner i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge ...	49
3.3.5	Mål om ca 375 leger og ca 756 psykologer til spesialisthelsetjenesten	50
3.3.6	Mål om 50 prosent flere psykologer og leger med driftsavtale.....	50
3.3.7	Personelløkning i spesialisthelsetjenesten sett i forhold til Opptappingsplanens måltall totalt	51
3.3.8	Oppsummering vedrørende Opptappingsplanens mål for personellinnsats i spesialisthelsetjenesten.....	52

3.4	Personelldekning på regionalt nivå 1998 – 2005	53
3.4.1	Regional personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge	53
3.4.1.1	Utvikling i ulike personellkategorier – psykisk helsevern for barn og unge	56
3.4.2	Regional personelldekning i psykisk helsevern for voksne.....	60
3.4.2.1	Utvikling i ulike personellkategorier – psykisk helsevern for voksne.....	63
3.4.3	Oppsummering av regionale variasjoner i personelldekning i psykisk helsevern	66
3.5	Personelldekning på HF-nivå 2003 - 2005	67
3.5.1	Helse Øst	68
3.5.2	Helse Sør	70
3.5.3	Helse Vest	71
3.5.4	Helse Midt-Norge	72
3.5.5	Helse Nord	74
3.5.6	Oppsummering av variasjoner i personelltilgang mellom helseforetaksområder i psykisk helsevern	75
4	Rekruttering til psykisk helsearbeid i kommunene i perioden 1999 – 2004, og beregnet utvikling til og med 2008.....	77
4.1	Målsettinger vedrørende rekruttering til kommunehelsetjenesten	77
4.2	Data	78
4.2.1	Representativitet i data.....	78
4.3	Problemstillinger	78
4.4	Typer av personell rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene	79
4.4.1	Fordeling av ulike utdanningsgrupper til psykisk helsearbeid i 2001 og 2004	80
4.4.2	Forskjeller mellom kommuner mht rekruttering av ulike faggrupper til psykisk helsearbeid ...	82
4.5	Tjenesteområder som er styrket med nye årsverk	83
4.5.1	Fordeling av personellgrupper til ulike kommunale tjenester	84
4.5.2	Forskjeller mellom kommuner mht tjenesteområder som er styrket.....	85
4.6	Problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid	86
4.6.1	Forskjeller mellom kommuner når det gjelder rekrutteringsproblemer.....	88
4.7	Kommunens satsning på kompetanse	89
4.7.1	Kompetansehevede tiltak	89

4.7.2	Forskjeller mellom kommuner når det gjelder kompetansehevende tiltak	90
4.8	Oppsummering rekruttering til kommunene	90
5	Vurderinger	93
6	Referanser	97
	Vedlegg	99
	Etterutdanningstilbud ved regionsentrene for barn og unges psykiske helse 2000-2005	101
	Etterutdanninger ved helse- og sosialfaglige utdanninger ved statlige og private høgskoler, 2000-2005	113
	Variasjonskoeffisient (CV) vedrørende regionale variasjoner	124

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Opptappingsplanens totale måltall for utdanningsgrupper.	14
Tabell 1.2	Opptappingsplanens måltall for spesialisthelsetjenesten.	14
Tabell 1.3	Opptappingsplanens måltall for kommunehelsetjenesten.	14
Tabell 2.1	Opptak til medisinstudiet. Antall og årlig prosentvis endring 1998-2005.	28
Tabell 2.2	Kandidater som har fullført medisinstudium. Antall og årlig prosentvis endring 1999-2005.	29
Tabell 2.3	Opptak til profesjonsstudiet i psykologi. Antall og årlig prosentvis endring. 1998-2005.	29
Tabell 2.4	Kandidater som har fullført psykologstudium. Antall og årlig prosentvis endring. 1999-2005.	30
Tabell 2.5	Spesialiseringer, medisin. Antall og årlig prosentvis endring. 1998-2005.	30
Tabell 2.6	Aktuelle spesialiseringer innen klinisk psykologi. Antall. 1999-2005.	30
Tabell 2.7	Kandidater fordelt på helseutdanninger ved høyskolen. Antall og gjennomsnittlig prosentvis endring. 2000-2005.	31
Tabell 2.8	Antallet kandidater som har fullført videreutdanning relatert til arbeid innen psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid. 2000-2005.	32
Tabell 2.9	Kandidater som har gjennomført videreutdanning ved RBUP. 2000-2005.	35

Tabell 2.10	Videreutdanninger ved RBUP, Vest. Antall som har fullført videreutdanningen. 2000-2005.	36
Tabell 2.11	Videreutdanning ABUP, Nord. Antall som har fullført videreutdanning. 2000-2005.	36
Tabell 2.12	Videreutdanning ved RBUP, Midt-Norge. Antall som har fullført videreutdanningen.	36
Tabell 2.13	Videreutdanning ved RBUP, Sør/Øst. Antall som har fullført videreutdanningen.	37
Tabell 2.14	Tverrfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser. 2000-2005. Antall som har fullført utdanningen.	38
Tabell 2.15	Utdanningsprogram i gruppepsykoterapi og gruppeanalyse ved Institutt for Gruppeanalyse. Antall fullført.	39
Tabell 2.16	Etterutdanning ved aktuelle utdanningsinstitusjoner. Antall deltakere. 2000-2005.	40
Tabell 3.1	Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne totalt og etter driftsform. 1998-2005.	46
Tabell 3.2	Antall årsverk for leger, psykologer, sykepleiere og annet terapipersonell med høyskoleutdanning, samt totalt personell. 1998, 2002 og 2005.	47
Tabell 3.3	Antall og andel årsverk for psykologer og høyskoleutdannet terapipersonell med og uten spesialistutdanning / videreutdanning. 2001, 2002, 2005.	48
Tabell 3.4	Antall årsverk og døgnplasser i distriktpsikiatriske tilbud/sentra. 1998 - 2005.	49
Tabell 3.5.	Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2005.	49
Tabell 3.6	Antall årsverk for leger og psykologer i psykisk helsevern (barn/unge og voksne). 1998, 2002 og 2005.	50
Tabell 3.7	Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med fylkeskommunal/ regional driftsavtale. 1997-2005.	51
Tabell 3.8	Totalt årsverk i psykisk helsevern for voksne, barn og unge og samlet. 1998, 2002 og 2005.	51
Tabell 4.1	Målsettinger ifølge Opptrappingsplanen.	77
Tabell 4.2	Utvalget i 2002 og 2004 fordelt etter befolkningsstørrelse, sammenlignet med alle kommuner. Prosentfordeling.	78

Tabell 4.3	Antall årsverk rekruttert til psykisk helsearbeid i kommuneutvalgene i perioden 1999-2004, og beregnet vekst for alle landets kommuner i 2004 og i 2008.	79
Tabell 4.4	Kommunenes rekruttering av ulike utdanningsgrupper i perioden 1999-2001 og 2002-2004	81
Tabell 4.5	Beregnet antall årsverk rekruttert til psykisk helsearbeid for alle landets kommuner innen 2008. Etter kommunestørrelse.	82
Tabell 4.6	Beregnet antall årsverk per 1000 innbyggere, rekruttert til psykisk helsearbeid, for <i>alle</i> landets kommuner til og med 2004. Etter kommunestørrelse.	82
Tabell 4.7	Tjenesteområder som er styrket. prosentandel kommuner som oppgir at tjenesteområdet er styrket gjennom rekruttering i 2001 og i 2004.	84
Tabell 4.8	Sentrale tjenesteområder som er styrket. prosentandel kommuner som har krysset av for kombinasjon av personellkategori og tjenesteområde. 2004. N=249.	84
Tabell 4.9	Tjenesteområder som er styrket fordelt på innbyggertall i kommunene i 2001. prosentandel kommuner som oppgir at tjenesteområdet er styrket gjennom rekruttering. N=249.	85
Tabell 4.10	Tjenesteområder som er styrket fordelt på innbyggertall i kommunene i 2004. prosentandel kommuner som oppgir at tjenesteområdet er styrket gjennom rekruttering. N=284.	85
Tabell 4.11	Rekrutteringsproblemer for ulike personellkategorier. prosentandel. N=264...	87
Tabell 4.12	Har opplevd rekrutteringsproblemer for oppgitt personellkategori. prosentandel. Etter kommunestørrelse. 2001. N=264.....	88
Tabell 4.13	Har opplevd rekrutteringsproblemer for oppgitt personellkategori. prosentandel. Etter kommunestørrelse. 2004. N=277.....	88
Tabell 4.14	Kompetansehevende tiltak. Prosentandel av kommunene som har gjennomført tiltaket for minst en ansatt i minst en tjeneste. 2001 og 2004....	89
Tabell 4.15	Kompetansehevende tiltak fordelt på tjeneste. Prosentandel av kommunene som har gjennomført tiltaket for minst en ansatt. 2004. N=279.....	89
Tabell 4.16	Kompetansehevende tiltak. prosentandel av kommunene som har gjennomført tiltaket for minst en ansatt i minst en tjeneste i perioden 2002-2004. Etter kommunestørrelse. N=279.	90

Figuroversikt

Figur 3.1	Total personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.	53
Figur 3.2	Personelldekning i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005. .	54
Figur 3.3	Personelldekning i døgn- og dagvirksomhet i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005. .	55
Figur 3.4	Personelldekning for leger i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.	56
Figur 3.5	Personelldekning for psykiatere i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.	57
Figur 3.6	Personelldekning for psykologer i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.	58
Figur 3.7	Personelldekning for leger i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.	59
Figur 3.8	Personelldekning for annet høyskoleutdannet personell ¹ i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.	60
Figur 3.9	Total personelldekning i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.	61
Figur 3.10	Personelldekning i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005. .	62
Figur 3.11	Personelldekning i døgn- og dagvirksomhet i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005. .	63
Figur 3.12	Personelldekning for leger i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.	63
Figur 3.13	Personelldekning for psykiatere i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.	64
Figur 3.14	Personelldekning for psykologer i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.	65
Figur 3.15	Personelldekning for sykepleiere i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.	65
Figur 3.16	Personelldekning for annet høyskoleutdannet personell ¹ i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.	66

Figur 3.17	Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).....	68
Figur 3.18	Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).	69
Figur 3.19	Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Sør etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).....	70
Figur 3.20	Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Sør etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).	70
Figur 3.21	Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Vest etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).....	71
Figur 3.22	Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Vest etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).	72
Figur 3.23	Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Midt-Norge etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).	72
Figur 3.24	Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Midt-Norge etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).	73
Figur 3.25	Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).....	74
Figur 3.26	Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Nord etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003–2005).	75
Figur 4.1	Sammensetning av årsverk (prosentandeler) rekruttert i innen 2004 i kommunene. Etter kommunestørrelse (N=257for 2001, og N=277 for 2004).....	83

1 Innledning og sammendrag

1.1 Formål med rapporten

Denne rapporten ser på utviklingen i utdanningskapasitet samt rekruttering av personell til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene gjennom Opptappingsplanperioden, fra 1998 til 2005¹. Videre beregnes utviklingen for den perioden som gjenstår fram til Opptappingsplanens slutt i 2008.

Rapporten er en sluttrapport basert på to prosjekter:

- 1) Kartlegging av utdanningstiltak innen psykisk helsearbeid
- 2) Gir økt utdanningskapasitet tilstrekkelig økning i personell til psykisk helsevern?

Det er tidligere utgitt en rapport som beskriver utviklingen i perioden 1998-2002 (Ådnanes og Sitter, 2004). Det er også publisert en såkalt synteserapport som oppsummerer og drøfter funn fra 4 prosjekter i evalueringen av Opptappingsplanen som omhandler kompetanseheving og rekruttering (Ådnanes, Helgesen og Arnesen, 2006).

Gjennom den perioden Opptappingsplanen (St prp nr 63, 1997-98) har vart, har det blitt etablert en rekke nye videre- og etterutdanningstiltak, og det har vært en økning i antallet kandidater innen aktuelle grunnutdanninger (høyskole og universitet), og innen spesialistutdanningene (psykologspesialist og psykiater). Det har videre vært en vekst i personell til psykisk helsevern, og rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene, som i stor grad er i tråd med målene i Opptappingsplanen.

Rapporten dokumenterer veksten i utdanningskapasiteten ved å kartlegge utdanningstiltak, og antallet ferdige kandidater per år innen aktuelle grunnutdanninger, videre- og etterutdanninger og spesialistutdanninger².

Videre dokumenteres og analyseres tilførsel og fordeling av personell innen psykisk helsevern, og rekrutteringen til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Hovedspørsmålet er om det har blitt tilført personell i henhold til Opptappingsplanens mål for de ulike utdanningsgruppene, og de ulike tjenesteområdene.

Rapporten legger vekt på analyser av geografiske forskjeller - i psykisk helsevern mellom helseregioner, og mellom kommuner av ulik størrelse. Når det gjelder psykisk helsevern vil vi også se på eventuelle forskjeller mellom helseforetak innad i helseregioner.

Dersom det eksisterer avvik mellom Opptappingsplanens mål for de ulike personellgruppene og faktisk personellutvikling, vil dette sees i forhold til utdanningskapasiteten.

¹ For det psykiske helsevernet vurderes utviklingen for perioden 1998-2005. For det psykiske helsearbeidet i kommunene vurderes utviklingen ut fra to kartlegginger – henholdsvis for perioden 1999-2001 (innsamling i 2002), og for perioden 2002-2004 (innsamling i 2005).

² I hovedsak fra 2000 til og med 2005. Der det er mulig rapporteres tall fra og med 1998.

1.2 Hovedspørsmål

1. Hvilke relevante utdanningstiltak fins, og hvor mange kandidater har blitt uteksaminert innen de ulike utdanningene?
2. I hvilken grad øker personellinnsatsen i psykisk helsevern og i kommunene?
3. Er personelløkningen i tråd med Opptreppingsplanens mål i forhold til de ulike utdanningsgruppene?
4. Er personelløkningen geografisk likeverdig fordelt?
5. Dersom det er avvik mellom Opptreppingsplanens mål, og den faktiske personellutvikling, skyldes dette generelt: for lav utdanningskapasitet, geografisk betingede rekrutteringsproblemer, eller andre faktorer?

1.2.1 Delspørsmål for analyse av rekruttering til psykisk helsevern

- I hvilken grad vil Opptreppingsplanens målsettinger angående personellvekst innfris i løpet av planperioden?
- Er personellressursene i psykisk helsevern geografisk likeverdig fordelt mellom helseregionene?
- Har det skjedd en tilnærming mellom regionene i tilgangen på personell hittil i opptreppingsperioden, eller har forskjellene blitt større?
- Slår eventuelle geografiske variasjoner i personelldekning spesielt ut for enkelte driftsformer eller personellkategorier?
- I hvilken grad varierer personelldekningen mellom helseforetak innad i helseregionene, og har eventuelle variasjoner blitt større eller mindre i perioden fra 2003 til 2005?

1.2.2 Delspørsmål for analyse av rekruttering til det kommunale psykiske helsearbeidet

- Hvilke typer personell er rekruttert til psykisk helsearbeid, og hvordan fordeler disse seg på ulike utdanningsgrupper?
- Hvilke tjenestoområder er de ulike utdanningsgruppene rekruttert til?
- I de tilfeller der kommunene har opplevd problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid, har spesielle utdanningsgrupper vært mer problematiske enn andre?
- Hva har kommunene gjort for å øke kompetansen i psykisk helsearbeid til ansatte innen ulike tjenestoområder?
- Fins det forskjeller mellom kommuner mht problemstillingene over, basert på befolkningsstørrelse?

1.3 Bakgrunn

1.3.1 Økt personellbehov innen psykisk helsearbeid og psykisk helsevern

Ifølge Opptrappingsplanen gir utbyggingen av tjenestetilbudene i psykisk helsevern et samlet personellbehov på 9275 nye årsverk i løpet av planperioden 1999-2008, som skal fordeles omtrent likt på spesialisthelsetjeneste og kommuner.

Når Opptrappingsplanen baserer seg på beregninger av tilgangen på, og etterspørselen etter viktige helse- og sosialpersonellgrupper, indikeres en knapphet på leger og psykologer i et "mellomlangt perspektiv", balanse i sykepleiermarkedet mens det for øvrige høyskoleutdannede under ett indikeres at tilgangen vil være tilstrekkelig til å møte etterspørselen. En har i disse beregningene blant annet tatt hensyn til økt etterspørsel, som følge av utbygging innen andre sektorer. Man konkurrerer med andre deler av helse- og sosialsektoren som også strever for å få nok kvalifisert helsepersonell.

Stortingsmelding nr 25 (1996-97): "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene", viser til at det har vært en betydelig stillingsvekst innen psykisk helsevern, men at det ut fra vakanstall, og ønsket om faglig spesialisering, var særlig behov for rekruttering av psykiatere (i særlig grad barne- og ungdomspsykiatere), kliniske psykologer og spesialsykepleiere eller annet høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell 1998-: "Rett person på rett plass", understreket dette behovet, samt behovet for kompetanseheving innen spesialisthelsetjenesten med spesialutdannet personell på universitets- og høyskolenivå.

Opptrappingsplanen legger opp til en sterk økning i andelen leger og psykologer i takt med økt vekt på aktiv behandling innen psykisk helsevern.

Det største behovet for rekruttering i kommunene er knyttet til etablering av boliger, og det økende behovet for hjemmebaserte tjenester. Departementet har anslått et stillingsbehov svarende til ett årsverk per person i omsorgsbolig, eller i alt 3400 årsverk.

Når det gjelder kommunenes tilrettelegging for behandling, legger Opptrappingsplanen vekt på behovet for både høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykiatri³ og psykologer (jfr. måltall i tabellen på neste side). Dette, ifølge planen, for å møte behovet hos voksne, barn og unge med psykiske lidelser, og i det forebyggende arbeidet.

I det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge spesifikt legges det opp til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bl.a. i form av helsestasjonsvirksomhet for ungdom. Opptrappingsplanen foreslår en økning på 800 årsverk fordelt på ulike faggrupper innen helsesøstertjenesten. Dette representerer en økning på 50 prosent i forhold til helsesøsterårsverk før Opptrappingsplanen trådte i kraft. Videre legges det opp til styrking av støttekontaktilbudet, kultur- og fritidstiltak for barn og unge med psykososiale lidelser i samme relative omfang som for voksne (jfr. måltall i tabell 1.1)

Geografiske variasjoner

Når det gjelder personelldekning innen psykisk helsevern er det fortsatt store geografiske variasjonene mellom helseregionene, men også mellom helseforetak innad i regionene (Pedersen m.fl., 2006). Dette er en situasjon som ikke utelukkende kan forklares som rekrutteringsproblemer ettersom det også avspeiler den generelle utbyggingsgraden samt politiske prioriteringer – også historisk. Også når det gjelder stillinger til psykisk helsearbeid i kommunene finnes en tilsvarende geografisk variasjon, både totalt og når det gjelder enkeltprofesjoner (Sosial- og helsedepartementet 2001a, Sosial- og helsedepartementet 2001b).

³ Videreutdanningen for psykiatriske sykepleiere har blitt erstattet av den tverrfaglige utdanningen i psykisk helsearbeid. Siste kull som tok videreutdanning i psykiatrisk sykepleie gjorde seg ferdig i 2002.

1.3.2 Måltall for personell

Opptappingsplanen har definert en rekke måltall som spesifiserer fordelingen av de totalt 9275 nye årsverkene som skal tilføres psykisk helsevern. Tabell 1.1 viser fordeling mellom utdanningsgrupper totalt, det vil si både i forhold til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Tabell 1.1 Opptappingsplanens totale måltall for utdanningsgrupper.

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

Opptappingsplanen definerer videre en rekke mer konkrete mål på personell til henholdsvis spesialisthelsetjenesten og til kommune, som vist i tabellen under.

Tabell 1.2 Opptappingsplanens måltall for spesialisthelsetjenesten.

	Måltall
Psykisk helsevern for voksne	2300
Leger og psykologer med fylkeskommunal driftsavtale opp 50 prosent (ift. 1998)	ca 280 ⁴
Fagårsverk til psykisk helsevern for barn- og unge	400
Totalt	ca 2980

Tabell 1.3 Opptappingsplanens måltall for kommunehelsetjenesten.

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

Antall årsverk, spesifisert til psykisk helsearbeid i kommunene (4769), representerer omlag halvparten av det totale målet i Opptappingsplanen på 9275 årsverk. Om vi antar at årsverkene skal fordeles omtrent likt, skal resterende antall årsverk tilføres psykisk helsevern. Når Opptappingsplanens måltall for psykisk helsevern summeres blir dette imidlertid kun 2980 årsverk (her tar vi forbehold om antallet leger og psykologer med

⁴ Jfr. framstilling i avsnitt 3.3.6.

fylkeskommunal avtale, jfr. framstilling i avsnitt 3.3.6). I forhold til å kunne vurdere hvorvidt målene i Opptappingsplanen nås, skaper dette usikkerhet om de resterende omlag 1500 årsverkene, ettersom planen mangler spesifisering av tjenesteområde og utdanningsgrupper for disse. Om vi ser på måltallene for *utdanningsgrupper* ser vi at gruppen *uten* høyere helse- og sosialfaglig utdanning er på hele 3600 årsverk som skal fordeles til første og andrelinjetjenesten. Opptappingsplanen spesifiserer her ikke nærmere hvilke personellgrupper uten høyere helse- og sosialfaglig utdanning som vil bli etterspurt, men sier at det kan både være personell med annen universitets- og høyskoleutdanning (eksempelvis med pedagogisk utdanning), utdanning i håndverksfag, personell med videregående skole og tilsvarende, og personell uten formell utdanning. Mange av disse vil sannsynligvis tilfalle hjemmebasert omsorg i kommunene, men en del må nødvendigvis tilfalle psykisk helsevern. Måltallene, og de sentrale problemstillinger for psykisk helsevern, knyttes imidlertid utelukkende til behovet for høyskole- og universitetsutdannet personell (og ikke gruppen uten høyere helse- og sosialfaglig utdanning).

Når vi i del to gjennomgår personellsituasjonen i psykisk helsevern, vil vi først og fremst forholde oss til de spesifiserte måltall for tjenesten slik de framgår av tabell 1.2. I tillegg vil vi kommentere utviklingen sett i forhold til det totale måltallet på 9275 årsverk, og en forutsetning om omtrent lik fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

1.3.3 Satsing på utdanning i Opptappingsplanen

Tilgangen på kvalifisert personell til psykisk helsevern og til psykisk helsearbeid i kommunene er avhengig av tre forhold: kapasitet i grunnutdanningene og i videreutdanningene samt hvor stor andel av kandidater fra grunnutdanningene som velger psykisk helsevern som arbeidsområde (St meld nr 25, 1996-97; 132).

Kapasiteten ved grunnutdanningene og videre- og spesialistutdanningene økte vesentlig gjennom 1990-tallet for å møte kompetansebehovet generelt innen helse- og sosialomsorg (Sosial- og helsedepartementet 1999:27; St meld nr 25, 1996-97). Betydelige ressurser har blitt brukt, og brukes fortsatt til videre- og etterutdanning av personell (St prp nr 1, 2001-2002; Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Opptappingsplanen tilrår utdanning og andre kompetansehevende tiltak med kr 50 millioner til barne- og ungdomspsykiatrien, og 71 millioner til voksenpsykiatrien. Planen tilrår styrking av videre- og etterutdanningstilbudet, spesialistutdanningene og andre kompetansehevende tiltak, for eksempel tiltak lokalt som tilpasses lokale behov. Videre- og etterutdanningstilbudet skal også økes i takt med innføring av tiltakene i Opptappingsplanen.

Når det gjelder psykisk helsevern rettet mot barn og ungdom, er hovedsatsningen rettet mot de fire regionsentrene for barn og ungdom (Regionsenteret i Vest, Midt-Norge, Sør/Øst samt Abup i Tromsø). For psykisk helsevern for voksne er hovedsatsningen på videre- og etterutdanning dels som tilskudd til institutter og foreninger som driver med videreutdanning, og dels som tilskudd til tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, og dels som ulike etterutdanningstiltak. Eksempel på private institutter og foreninger er SEPREP-Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser, Foreningen Voksne for Barn og Institutt for Gruppeanalyse.

Samtidig med økende krav til kompetanse innen sektoren, er det et stort antall yrkesgrupper som arbeider der. Som konsekvens av dette uttrykkes både et behov for økt samordning mellom utdanningene, og et behov for økt spesialisering (St meld 25, 1996-97). Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid og det tverrfaglige utdanningsprogrammet ved SEPREP er begge eksempler på utdanninger som bygger på dette behovet.

1.4 Resultater

Vi vil i det følgende presentere funnene fra analysene av henholdsvis utdanningskapasitet, personelltilgang innen psykisk helsevern og rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene.

1.4.1 Økt utdanningskapasitet

Grunnutdanning og spesialistutdanning for leger

Etter en kapasitetsøkning tidligere på nittitallet, har opptak til medisinstudiet ligget stabilt rundt 600 i perioden 1998-2005. Tallet på ferdig utdannede leger for perioden ligger på godt og vel 600 per år, inkludert kandidater fra med utdanning i utlandet.

Når det gjelder spesialiseringer i voksenpsykiatri varierer antallet fra 44-75 per år for perioden 1998-2005, mens antallet innen barne- og ungdomspsykiatri varierer fra 6-16 per år. I gjennomsnitt har antallet spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri økt med 5,5 prosent per år

Grunnutdanning og spesialistutdanning for psykologer

Opptaket av studenter til profesjonsstudiet i psykologi har økt fra noe over 200 per år til å nærme seg 300. I gjennomsnitt har økningen vært på om lag 5 prosent per år gjennom perioden 1998-2005. Tallet på ferdig utdannede psykologer for perioden 1999 til 2002 var i underkant av 200 i 1999, og godt over 200 for de resterende årene. I tillegg kommer de i gjennomsnitt 28 kandidater per år som har tatt utdanningen i utlandet.

Det totale antallet spesialiseringer innen klinisk psykologi har variert fra 89 til godt over 100 per år i perioden. Gjennomsnittlig årlig vekst har vært på ca 4,5 prosent om vi regner for perioden 1998, og til og med 2004 (ettersom tallet for 2005 ikke er fullstendig), med størst vekst innen barne- og ungdomspsykologi.

Grunnutdanning ved høyskolene

Gjennom perioden har det vært en vekst i antallet som har fullført sykepleie-, ergoterapi-, fysioterapi, sosionom-, vernepleier- og barnevernspedagogutdanningen på totalt 6 prosent årlig. Bortsett fra fysioterapiutdanningen har alle utdanningene hatt en netto økning i antallet kandidater gjennom perioden. Størst har veksten vært i ergoterapiutdanningen og vernepleierutdanningen med 11 prosent i gjennomsnitt per år.

Videreutdanning ved høyskolene

Tilbudet om videreutdanning ved høyskolene er svært mangfoldig når det gjelder tema som er rettet mot psykisk helse. En rekke utdanningstilbud har kommet til i løpet av de siste årene – tilbud som i stor grad reflekterer helsepolitiske målsettinger innen psykisk helse. Totalt har over 10000 personer; i gjennomsnitt 1765 personer per år gjennomført en videreutdanning i høgskolesystemet som er relevant i forhold til arbeid innen psykisk helse.

I regi av Opptrappingsplanen er den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid den største satsningen. I perioden 2000-2005 har 3819 personer gjennomført den tverrfaglige videreutdanningen. I så måte utgjør denne videreutdanningen hele 40 prosent av det totale antallet kandidater som tar en videreutdanning som kan defineres innen feltet psykisk helse.

Helsesøstre utgjør en svært viktig gruppe i kommunehelsetjenesten, rettet mot barn og unge. Antallet ferdig utdannede helsesøstre har variert mellom 112 og 218 kandidater per år, totalt nesten 1000 i løpet av hele perioden. Netto vekst per år er på gjennomsnittlig 3,4 prosent.

I tillegg til tradisjonelle helsesøstre, tilbyr høyskolene en rekke andre videreutdanninger rettet mot barn og unge. Totalt har 1643 personer tatt en slik videreutdanning i perioden

2000-2005. Nesten 1300 av disse fullførte studieprogrammet Barn og unge i psykiatrien (15 studiepoeng).

I andre, men mindre sentrale videreutdanninger nevnes at godt over 1400 kandidater har gjennomført utdanning i familieråd eller familieterapi, mer enn 1000 kandidater har gjennomført videreutdanninger innen rehabilitering/ habilitering og forebygging, og 573 kandidater gjennomført videreutdanning i aldersdemens.

Av andre relevante tilbud finner vi diverse emner blant annet ift helsefremmende/ forebyggende arbeid, gruppeterapi, kognitiv terapi, og forebygging av selvmord. Innen kategorien "andre tilbud" er det 573 som har gjennomført utdanningen. Dette er små utdanninger i antall deltakere, men svært viktige bidrag til kompetanseheving.

Videreutdanning ved regionsenter for barn og unges psykiske helse

Regionsentrenes oppgave er blant annet å sørge for oppbygging, vedlikehold og videreutvikling av barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse. Utdanningene retter seg både mot ansatte i psykisk helsevern og i kommunene.

Regionsentrene driver etter- og videreutdanning i stor skala. Antallet som har tatt videreutdanning ved et av regionsentrene (RBUP) er gjennomsnittlig 215 per år i perioden 2000-2005. Antallet som gjennomførte videreutdanning ved et RBUP økte spesifikt fra år 2002 til 2003, og økte ytterligere i 2004. Det er regionsenteret Sør/ Øst som har den største gjennomstrømming av studenter.

Videreutdanning ved private institutter

SEPREP sitt tverrfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser er beregnet på ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten. I overkant 300 personer har gjennomført det tverrfaglig utdanningsprogrammet i SEPREP per år.

Institutt for Gruppeanalyse driver et utdanningsprogram i gruppepsykoterapi og gruppeanalyse som er tverrfaglig, og tilgjengelig for helsepersonell innen det psykiatriske fagfelt i Norge. Antallet kandidater som har gjennomført utdanningene ved Institutt for Gruppeanalyse har vært variabelt, men økende gjennom perioden - i gjennomsnitt 92 personer per år (sum for alle 3 nivåer).

Etterutdanning

Kartleggingen har registrert etterutdanningstilbud ved statlige og private høyskoler, ved regionsentra for barn og unges psykiske helse, samt ved Foreningen Voksne for barn og Institutt for Gruppeanalyse. Antallet deltakere viser en sterk økning i tilbudet fra år 2000 til 2002. Antallet deltakere har deretter stabilisert seg på mellom 4000 og 4500 per år.

Ved forige kartlegging kategoriserte vi alle etterutdanningskursene i forhold til tema, og fant at den største kategorien var kurs og samlinger relatert til arbeid med barn og unge, hvorav regionsentrene sto for de fleste. Arbeid i forhold til familier var også sentralt, samt kursing i spesifikke terapiformer og i bruk av verktøy og behandlingsmodeller.

1.4.2 Rekruttering til psykisk helsevern

Opptappingsplanens mål for psykisk helsevern innfris selv om veksten avtar

Analysene av personelltilgang i psykisk helsevern viser at selv om veksten i årsverk skulle avta noe resten av planperioden, vil man likevel oppnå målet om 4500 flere årsverk innen planperiodens slutt i 2008.

Netto rekruttering totalt innen psykisk helsevern (til psykisk helsevern for barn, unge og voksne) er 3301 årsverk for perioden 1998 til 2005, noe som utgjør en årlig endringstakt på 472 årsverk. I psykisk helsevern for voksne ble Opptappingsplanens mål om 2300 nye årsverk i løpet av planperioden nær nådd i 2005 med 2253 nye årsverk.

Personellveksten i psykisk helsevern for voksne har relativt sett vært størst innen poliklinisk virksomhet i perioden, med en vekst på 51 prosent. Økningen innen døgn- og dagvirksomheten har vært på 11 prosent.

Opptrappingsplanen spesifiserer ingen målsetting i forhold til endelig andel personell med høyere utdanning i psykisk helsevern etter endt opptrappingsperiode. Imidlertid angis mål om at veksten i universitets- og høyskoleutdannet personell skal utgjøre 72 prosent av total personelløkning i planperioden. I perioden 1998-2005 utgjør veksten i universitets- og høyskoleutdannet personell 107 prosent av total personellvekst, altså langt over målsettingen om 72 prosent.

En annen målsetting har vært å øke bemanningen i DPS'ene. I løpet av perioden 1998 til 2005 har antall årsverk per døgnplass i DPS'ene økt fra 1,4 til 2,1, Dette tilsvarer en vekst på 50 prosent, og innebærer en klar styrking av tilbudet. Dette er i tråd med Opptrappingsplanens mål om omstrukturering av tjenestetilbudet og vekst i antall døgnplasser for aktiv behandling.

Når det gjelder målsettingen om 400 flere polikliniske fagpersoner til psykisk helsevern for barn og unge, ble dette allerede innfridd i 2003.

Utviklingen for lege- og psykologårsverk har hittil i planperioden vært tilfredsstillende i forhold til måltall for psykisk helsevern. For leger er målet om 375 flere legeårsverk nær nådd med 374 legeårsverk i 2005. Dersom veksten fortsetter for psykologer, vil man også oppnå målet om 756 nye årsverk i løpet av 2006. Antagelsen i Opptrappingsplanen om at det ville bli en viss mangel på leger og psykologer, ser derfor ikke ut til å stemme i forhold til måltallene på nasjonalt nivå. Dette forutsetter imidlertid at veksten fortsetter for psykologer ut 2006.

Regionale variasjoner i personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge

Innen psykisk helsevern for barn og unge har det i gjennom planperioden vært en kraftig vekst i personelldekningen for samtlige regioner. For tjenesten sett under ett har veksten vært på nær 42 prosent. Det er imidlertid relativt store variasjoner mellom regionene når det gjelder nivået på personellratene. Helse Øst og Helse Nord har hittil i opptrappingsperioden stått i en særstilling med markert høyere personelldekning enn de øvrige helseregionene. Ved starten av perioden var personellraten i Helse Øst 89 prosent høyere enn i Helse Sør, som på dette tidspunktet hadde laveste rate av helseregionene. I 2005 er forskjellene mellom regionene mindre. Helse Nord hadde da høyeste rate med 49 prosent høyere dekning enn Helse Vest. I døgn- og dagvirksomheten er forskjellene større. Her har Helse Øst 62 prosent høyere personelldekning enn Helse Midt-Norge i 2005.

Analysene i rapporten viser at det har skjedd en tilnærming mellom regionene i tilgangen på personell hittil i opptrappingsperioden. Når det gjelder psykisk helsevern for barn og unge har det skjedd en tilnærming mellom regionene innen alle driftsformene.

Det er mindre variasjoner i personelldekningen mellom regionene i 2005 enn i 1998. For døgn- og dagvirksomheten skyldes utjevningen mellom regionene delvis at Helse Øst har hatt svakere vekst (7 prosent) enn de andre regionene i perioden, og at Helse Nord har hatt en kraftig styrking av bemanningen knyttet til døgn- og dagtilbudet i regionen (103 prosent). For polikliniske tjenester har det vært en klar tilnærming mellom fire av de fem regionene – mens Helse Nord i 2005 fortsatt står i en særstilling med klart høyere dekning enn de andre regionene.

Når det gjelder de ulike personellkategoriene, ser man samme tendens med utjevning mellom regionene i dekningsgrad. Unntaket er deknningen av personellkategorien sosionomer, hvor forskjellene mellom regionene har økt i perioden. Helse Nord har en sosionomdekning som er over 200 prosent høyere enn raten i Helse Vest. Det er også klare regionsvise forskjeller i deknningen av andre personellgrupper. I 2005 er forskjellen mellom høyeste og laveste dekningsgrad 50 prosent eller mer for samtlige personellkategorier i psykisk helsevern for barn og unge.

Totalt viser de ulike målene for geografisk variasjon at utviklingen fra 1998 til 2005 har gått i retning av mer likeverdig personelltilgang for barne- og ungdomsbefolkningen i de ulike regionene. De regionsvise forskjellene er imidlertid betydelige for flere av målene knyttet til personellinnsats.

Regionale variasjoner i personelldekning i psykisk helsevern for voksne

Det har også vært vekst i personelldekningen for samtlige regioner i psykisk helsevern for voksne i perioden 1998 til 2005, men i en annen størrelsesorden enn i tjenestene til barn og unge. Her varierer veksten for regionene med mellom 8 og 17 prosent, og totalt har tjenestene for voksne hatt en vekst i personelldekningen på nær 12 prosent.

I hele perioden har forskjeller i personelldekningen mellom regionene vært større innenfor tjenestene til barn og unge enn i tjenestene til voksne. I psykisk helsevern for voksne hadde Helse Øst i starten av perioden 22 prosent høyere personelldekning totalt enn Helse Sør, og 28 prosent høyere i 2005. Helse Øst og Helse Sør hadde henholdsvis høyeste og laveste rate på begge tidspunkt. Det har med andre ord ikke foregått en klar tilnærming mellom regionene i personelldekning i tilbudet til voksne – variasjonene har imidlertid holdt seg relativt stabile i perioden.

For både poliklinisk og døgn- og dagvirksomhet har avstanden i personellratene mellom regionene økt noe i perioden. I 2005 har Helse Nord 56 prosent høyere dekning av poliklinisk personell enn Helse Vest som da hadde laveste rate, mens for døgn – og dagvirksomheten var avstanden mellom Helse Øst og Helse Sør 35 prosent på dette tidspunktet.

I tjenestene til voksne er de regionale variasjonene også mindre for de ulike personellkategoriene enn i tjenestene til barn og unge. For psykiatere er det imidlertid en betydelig forskjell mellom regionene, hvor Helse Øst har 50 prosent høyere dekning enn Helse Midt-Norge. For samlekategorien "annet høyskoleutdannet personell" er også avstanden mellom regionene relativt stor i 2005, noe som skyldes sterk vekst i denne personellgruppen i Helse Nord etter år 2000.

Variasjoner i personelltilgang mellom helseforetaksområder i psykisk helsevern

For flere regioner viser analysene i denne rapporten store interne variasjoner i personelltilgang mellom helseforetaksområdene.

Innen psykisk helsevern for barn og unge er forskjellene størst i Helse Nord, hvor befolkningen i helseforetaket med høyeste personellrate hadde 69 prosent høyere personelltilgang enn befolkningen i foretaket med laveste rate i 2005. Helse Midt-Norge har de minste variasjonene i tilgang på personell i 2005. Forskjellene mellom helseforetakene er imidlertid redusert i alle de fem helseregionene fra 2003 til 2005.

I psykisk helsevern for voksne ser vi tilsvarende tendens med store forskjeller i dekningsgrad innad i flere av regionene. Helse Øst har de kraftigste variasjonene mellom foretaksområdene og for denne regionen har forskjellene blitt større fra 2003 til 2005. Befolkningen i helseforetaket med høyeste personellrate i denne regionen har 90 prosent høyere dekning enn befolkningen i foretaket med laveste rate i 2005. Helse Vest har derimot liten variasjon mellom foretakene. I denne regionen har foretaket med høyest dekning kun 13 prosent høyere personellrate enn foretaket med lavest dekning. I tjenestene for voksne er variasjonene i personelltilgang redusert i to av de fem helseregionene i perioden.

Forskjellene som avdekkes mellom helseforetakene innad i flere av helseregionene er betydelige, og viser at regionene og helseforetakene har utfordringer knyttet til målet om likeverdige tjenestetilbud uavhengig av bosted.

Resultatene må tolkes med forsiktighet med hensyn til å beskrive geografisk likeverdige tjenestetilbud. Befolkningen i opptaksområdene til de ulike helseforetakene kan både ha ulike behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, foretakene kan ha ulike funksjoner som krever ulik ressursinnsats og befolkningens tilgjengelighet til andre alternative tjenestetilbud kan varierer. I tillegg kan sammenlikning av helseforetak over tid være problematisk pga

organisatoriske og strukturelle endringer. Det er videre knyttet noe usikkerhet til personellrapporteringen på helseforetaksnivå.

1.4.3 Rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene

God rekruttering til kommunene – med unntak av psykologer

De to kartleggingene gjort i 2002 og 2005⁵, viser en god rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Når vi forutsetter om lag lik utvikling i de kommunene og bydelene som ikke har svart på kartleggingen som blant de som har svart, og lik endringstakt i perioden 2004-2008 som for perioden 1999-2004, vil målet om 4769 årsverk i kommunene oppfylles, og det med god margin, innen 2008.

Totalt var andelen rekrutterte med enten høyskoleutdanning eller universitetsutdanning (psykologer og noen få leger) så høy som 65 prosent i 2001, og økte til 67 prosent i 2005. Om lag en fjerdedel er personell med lavere helse-/sosialutdanning. Kun om lag 10 prosent av rekrutterte kommer under kategorien "annet personell".

Det kritiske punktet i opptrappingen av personell til kommunene er rekruttering av psykologer. I likhet med første kartlegging, viser andre kartlegging at veksten fremdeles er for lav dersom man skal oppnå Opptrappingsplanens mål om 184 psykologer til det psykiske helsearbeidet i kommunene. Til og med 2004 er det totalt rekruttert kun 57 psykologer i svarkommunene. Dette tilsier at kommunene med dagens endringstakt vil oppnå 139 nye psykologårsverk totalt innen 2008 (beregnet for alle landets kommuner).

Når det gjelder andelen psykologer i forhold til totalt antall rekrutterte er den på 3 prosent, og har vært uendret gjennom hele perioden. Det ble imidlertid tilsatt 34 prosent færre psykologer i perioden 2002-2004 enn i den første treårsperioden.

Rekruttering per 1000 innbygger er lavest i store kommuner med over 35000 innbyggere, og høyest i kommuner med mindre enn 1000 innbyggere. Med unntak av kommuner med 2-3000 innbyggere, er rekrutteringen vesentlig bedre til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere enn til større kommuner.

Svært god rekruttering av personell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid

Når det gjelder rekruttering for såkalt tilrettelagt behandling, definerer Opptrappingsplanen, i tillegg til psykologer, behov for 125 årsverk for personell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det kan se ut som kommunene i stedet for å satse på rekruttering av psykologer, har satset på personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid. De to kartleggingene dokumenterer en mye større tilførsel av personell fra denne faggruppen enn det som er måltallet. Med samme vekst for resten av perioden (2004-2008), vil antallet med denne utdanningen nå i overkant av 700. Dette kommer i tillegg til psykiatriske sykepleiere i kommunen, som utgjør en enda større gruppe, selv om gruppen med tverrfaglig utdanning stadig "tar innpå". I kommunene som har svart er det rekruttert 468 psykiatriske sykepleiere. Beregnet antall psykiatriske sykepleiere, rekruttert til alle landets kommuner innen 2008 er på 1191 stykker.

Færre psykiatriske sykepleiere, og flere med tverrfaglig videreutdanning

Selv om psykiatriske sykepleiere fremdeles utgjør en større andel av totalt rekrutterte enn det personell med tverrfaglig videreutdanning gjør, utgjør sistnevnte etter hvert en betydelig faggruppe i kommunene. Det ble forøvrig rekruttert vesentlig færre psykiatriske sykepleiere i perioden 2002-2004 enn i perioden 1999-2001 samtidig som det ble tilsatt 33 prosent flere med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid enn ved første kartlegging. Veksten har altså vært relativt mindre for psykiatriske sykepleiere enn for gruppen med tverrfaglig videreutdanning.

⁵ For henholdsvis perioden 1999-2001 og 2002-2004.

Denne utviklingen kan dels forklares av at videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie er erstattet av den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Antallet med denne utdanningen har ekspandert mye siden 1998 da utdanningen ble etablert. Totalt er det i underkant av 4000 som har gjennomført utdanningen i perioden 2000-2005. Mange av disse er personell i kommunene, og i spesialisthelsetjenesten, som har fått støtte til å gjennomføre utdanningen.

Andelen *annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell*⁶ har for øvrig også økt i perioden, og utgjør den største personellgruppen i 2004. Mange av disse vil ytterligere bidra til tverrfaglighet ved utdanninger innen ergoterapi, fysioterapi, fysioterapi etc.

Forskjeller mellom kommuner når det gjelder fordeling av personell til tjenester

Andelen med høyskoleutdanning er svært høy totalt sett, og høyest er det i de aller minste kommunene (under 1000 innbyggere). Her har over 80 prosent av de rekrutterte høyskoleutdanning. Ingen av disse kommunene har rekruttert psykologer. Videre har de en høyere andel psykiatriske sykepleiere i forhold til øvrige faggrupper enn det større kommuner har. Kommuner med under 1000 innbyggere har dessuten en svært liten andel av personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning, og ingen i gruppen "annet personell".

Andelen *uten høyere utdanning* (personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning samt "annet personell") er større i kommuner mellom 1000 og 5000 innbyggere. Andelen med høyere utdanning er lavest i kommuner med mellom 3-5000 innbyggere. Her har kun halvparten høyere utdanning. Andelen med høyere utdanning øker igjen i kommuner med over 5000 innbyggere, og ligger stabilt på om lag 70 prosent. Når det gjelder de største kommunene ser vi også at innslaget av psykologer, og dels også leger, gjør seg gjeldende.

Tjenester styrket

Som forventet er det først og fremst enhet for psykisk helsearbeid og avdeling for pleie og omsorg som har blitt styrket ved økt rekruttering. Videre følger helsestasjons-/skolehelsetjenesten. Barnevern og sosialtjeneste er i mindre grad styrket, og kultur, barnehager/ grunnskole, PPT og andre tjenester har bare i liten grad blitt styrket gjennom Opptrappingsplanen.

I andre kartlegging (2005) er det ikke registrert med hvilke personellgrupper de ulike tjenestene er styrket. Første kartlegging (2002) viser imidlertid at enhet for psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenesten i perioden 1999-2001 i hovedsak ble styrket gjennom rekruttering av høyskoleutdannet personell, primært psykiatriske sykepleiere samt annet høyskoleutdannet personell, med og uten tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten ble primært styrket ved rekruttering av psykiatrisk sykepleier eller annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell, og i svært liten grad ved personell med lavere utdanning. 9 prosent av kommunene oppgir for øvrig at helsestasjons-/skolehelsetjenesten ble styrket ved rekruttering av psykolog. Dette betyr at en relativt høy andel av de (få) psykologene som er rekruttert til kommunene har tilfalt denne tjenesten.

Forskjeller mellom kommuner mht tjenester styrket

Både ved første og andre kartlegging var det de minste kommunene som i minst grad fikk styrket enhet for psykisk helsearbeid med rekruttering. Forskjellene kan dels forklares med ulik organisering av tjenester. Organisering i egen enhet er mer vanlig i større kommuner.

Pleie- og omsorgstjenesten ble i mindre grad styrket ved rekruttering i siste periode enn i første periode. I første periode var det primært kommuner med over 20000 innbyggere, samt kommuner med mellom 1000 og 1999 innbyggere som ble styrket. Ved andre kartlegging var fordelingen mer lik mellom kommunegrupper.

⁶ Personell med høyskoleutdanning innen helse-/sosial som ikke har videreutdanning enten i psykiatrisk sykepleie eller tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Totalt halvparten av kommunene oppgir rekruttering til helsestasjon- og skolehelsetjeneste, og dette dreier seg i størst grad om kommuner med over 10000 innbyggere. Mellom 60-80 prosent av disse kommunene oppgir styrking ved rekruttering til helsestasjon- og skolehelsetjenesten, og dette gjelder på begge kartleggingstidspunkt.

I gjennomsnitt oppgir mellom 20 og 27 prosent av kommunene at sosialtjenesten og barnevernet er styrket ved rekruttering på begge kartleggingstidspunkt. Dette gjelder primært større kommuner. Når det gjelder kulturtjenesten er det i overveiende grad kommuner med over 20000 innbyggere som oppgir styrking. Det samme gjelder for PPT, barnehage og grunnskole.

Mest problematisk å rekruttere psykiatriske sykepleiere

Andelen kommuner som opplever rekrutteringsproblemer har gått ned. I 2002 var det om lag 40 prosent som oppga problemer med rekruttering av personell til psykisk helsearbeid de siste to årene. I 2005 var det en del færre, 27 prosent av kommunene som oppga rekrutteringsproblemer.

Rekruttering av psykiatriske sykepleiere oppgis som mest problematisk, men for de fleste har det vært uproblematisk. I 2002 oppga 70 prosent av kommunene det som uproblematisk å rekruttere psykiatriske sykepleiere mens det i 2005 ble oppgitt som uproblematisk for 80 prosent av kommunene.

Samtidig som rekruttering av psykiatriske sykepleiere oppgis som mest problematisk, er det denne gruppen det er rekruttert flest av. Tallene for perioden 2002-2004 tyder på at behovet for psykiatriske sykepleiere har avtatt litt i forhold til første periode.

I første fase ble rekruttering av psykiatrisk sykepleier oppgitt som et større problem i kommuner med under 2000 innbyggere, og i kommuner med mellom 20000 og 35000 innbyggere. I andre periode var derimot rekrutteringen av psykiatriske sykepleiere minst problematisk i små kommuner mellom 2-3000 innbyggere, noe som kan tyde på at behovet i stor grad ble dekket i første periode.

Kompetansehevende tiltak mest vanlig i større kommuner

Nesten alle kommunene har gjennomført kompetansehevende tiltak samlet for de ansatte. Om lag 90 prosent har gjennomført kurs eller seminarer på begge kartleggingstidspunkt. Over 70 prosent gjennomførte videreutdanning av høyskoleutdannet personell i psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Andelen økte til 85 prosent i 2004.

Videreutdanning av personell er mest utbredt innen enhet for psykisk helsearbeid, og dernest innen pleie- og omsorgstjenesten. Mellom 30 og 40 prosent av kommunene oppgir at de har gjennomført videreutdanning for minst en ansatt. Mellom 14 og 19 prosent av kommunene oppgir at dette er gjort innen helsestasjons og skolehelsetjenesten og i sosialtjenesten.

Når det gjelder tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid er dette minst utbredt i de aller minste kommunene, men svært utbredt i de øvrige kommunene. Også når det gjelder etterutdanning i psykisk helsearbeid er dette mest vanlig i de største kommunene.

Relativt få kommuner oppgir tiltak i form av voksenopplæring (fagbrev fra videregående skole). Dette er mest vanlig i kommuner med mellom 10 og 20000 innbyggere. Gjennomføring av kurs og seminar er om lag like utbredt i alle kommunegruppene.

1.5 Konklusjoner

Økt utdanningskapasitet

Kapasiteten innenfor utdanninger som er aktuelle i forhold til arbeid innen psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid har økt gjennom planperioden fram til 2005. Innen grunnutdanningene er det snakk om en moderat, men jevn økning i antallet kandidater. Den store satsingen finner vi imidlertid innen det svært rike tilbudet av videre- og

etterutdanninger, både ved høyskolene, regionsentrene for barn og unges psykiske helse og ved private institutter. I særlig grad representerer den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid og videreutdanningen innen SEPREP betydelige satsinger som også har et relativt høyt antall studenter samt en god gjennomstrømning. Ettersom utdanningene i stor grad gjennomføres av personell som allerede jobber innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid, representerer utdanningene også et stort potensial i forhold til kompetanseheving uten at det nødvendigvis skjer ny rekruttering. Det samme gjelder i forhold til det enda høyere antallet som gjennomfører en av de utallige etterutdanningene.

Arnesen (2006) viser for øvrig i sin rapport at de økte kandidattallene i perioden 1998-2004 har ført til at flere nyutdannede (både absolutt og relativt) har begynt å arbeide innenfor psykisk helsevern i slutten av perioden enn ved begynnelsen. Økningen gjaldt alle høgskolegruppene med unntak av ergoterapeutene. Økningen var størst når det gjaldt psykologer.

Personelltilgang innen psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern er det svært lite sannsynlig at man ikke vil oppnå målene for personellvekst i Opptrappingsplanen. Man kan også tåle en noe redusert vekst per år for resten av planperioden. Veksten har relativt sett vært størst innen poliklinisk virksomhet. Veksten i universitets- og høyskoleutdannet personell er allerede langt over det nivået Opptrappingsplanen la opp til, den økte bemanningen i DPS'ene er i tråd med mål om omstrukturering av tjenestetilbudet og vekst i antall døgnplasser for aktiv behandling. 400 flere polikliniske fagpersoner til psykisk helsevern for barn og unge ble allerede innfridd i 2003. Antagelsen i Opptrappingsplanen om at det ville bli en viss mangel på leger og psykologer, ser ikke ut til å stemme i forhold til måltallene på nasjonalt nivå.

Det er imidlertid store geografiske variasjoner i personelldekningen, spesielt i psykisk helsevern for barn og unge. I 2005 hadde regionen med høyeste personellrate (Helse Nord) 49 prosent høyere dekning enn regionen med laveste rate (Helse Vest). For tjenestene til barn og unge ser man imidlertid en klar tilnærming i personelldekning mellom regionene så langt i opptrappingsperioden. I psykisk helsevern for voksne har de regionale variasjonene i personelltilgang holdt seg relativt stabile i perioden. Forskjellene er imidlertid mindre i tjenestene til voksne enn til barn og unge. Det også betydelige variasjoner i tilgang på personell innad i flere helseregioner, mellom de ulike helseforetaksområdene.

Rekruttering til kommunene

Dersom vi forutsetter om lag lik utvikling i de kommunene som ikke har svart på kartleggingen som blant de kommunene som deltok i undersøkelsen, og dersom vi forutsetter lik endringstakt i perioden 2004-2008 som for perioden 1999-2004, kan vi forvente at målet om totalt 4769 nye årsverk oppfylles. Dette med unntak av psykologer. Det høye antallet med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid kan imidlertid være et uttrykk for at kommunene enten kompenserer for mangel på psykologer, eller bevisst velger å rekruttere fra denne utdanningsgruppen. Det understrekes for øvrig at utdanningsnivået generelt er svært høyt blant de nyrekrutterte. Det er først og fremst enhet for psykisk helsearbeid og avdeling for pleie og omsorg som har blitt styrket ved økt rekruttering. Videre følger helsestasjons-/ skolehelsetjenesten. Utdanningsnivået er for øvrig godt i både små og store kommuner, men kompetansehevingstiltak er mest utbredt i større kommuner.

Tilstrekkelig utdanningskapasitet

Når man vurderer utdanningskapasiteten i forhold til veksten av personell til psykisk helsevern og til kommunene må konklusjonen bli at kapasiteten ikke har vært til hinder for at Opptrappingsplanen oppnår sine mål for rekruttering. Spesielt positiv er den gode tilgangen på høyskolepersonell generelt, og personell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i særskilt grad. Det kan være at for dårlig kapasitet for utdanning av psykologer har vært medvirkende til at man ikke har hatt en god rekruttering av psykologer til kommunene. Den økende andelen nyutdannede psykologer som velger å jobbe i spesialisthelsetjenesten (Arnesen, 2006), kan også reflektere en konkurrerende

rekrutteringsvirksomhet der kommunene taper overfor spesialisthelsetjenesten. På den annen side, ettersom kommunene i liten grad oppgir problemer med hensyn til rekruttering av psykologer, kan dette tyde på at kommunene i stedet for å rekruttere psykologer velger å rekruttere andre utdanningsgrupper. Gruppen med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i kommunene har også økt betydelig.

1.6 Vurderinger og anbefalinger

Ettersom utviklingen i den personellmessige opptrappingen har vært nesten uventet god i forhold til anslag og framskrivninger for ulike utdanningsgrupper, både når det gjelder antall rekrutterte og utdanningsnivået de representerer, er det et sentralt spørsmål i fortsettelsen hvorvidt ambisjonene bør økes. Fremdeles kan vi peke på relativt store regionale variasjoner i personelldekning i psykisk helsevern. De regionale helseforetakene har her klare utfordringer knyttet til å nå målet om likverdig tilgang til helsetjenester og dermed ivareta sitt "sørge for"-ansvar. I hvilken grad regionale variasjoner skyldes rekrutteringsproblemer, historiske forhold eller ulik utbyggingsgrad bør kartlegges nærmere.

Anslått behov for psykologer i kommunene bør også følges opp, både i forhold til den svake veksten, og i forhold til at måltallet er satt relativt lavt. Den derimot sterke veksten i gruppen med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid, vil kanskje tvinge seg fram en diskusjon om fordeling av roller mellom disse faggruppene som begge skal bidra til styrking av tilrettelagt behandling i kommunene. En slik diskusjon aktualiseres ytterligere ved den styrte satsingen på flere psykologer til kommunene (Norsk Psykologforening, 2006). Dessuten må man ikke glemme fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet. Det lave antallet psykologer i kommunene så langt trenger med andre ord ikke å være et kritisk punkt i kommunenes opptrapping, men noe man må vurdere i forhold til det generelle kompetanse- og utdanningsnivået i den enkelte kommunes psykiske helsearbeid samt hvordan tilgjengeligheten til, og samarbeidet med psykisk helsevern er.

Utdanningsnivået blant de som er rekruttert til psykisk helsevern og kommunene er høyt. Det er ingen grunn til bekymring i forhold til potensialet for kompetanseheving, og det er ingen tvil om at svært mange i praksisfeltet per i dag allerede har tilegnet seg mye kompetanse. Det faller imidlertid utenfor denne rapportens problemstillinger å vurdere *hvilken* kompetanse de ulike utdanningene bringer inn i praksisfeltet. Fra andre evalueringer vet vi imidlertid at behovet for kompetanse er nærmest uutømmelig i de ulike faggruppene i kommunenes psykiske helsearbeid, også inkludert fastlegene (Andersson m.fl., 2006; Norvoll m.fl., 2006; Ådnes og Bjørngaard, 2006; Andersson m.fl., 2005).

Ettersom denne kartleggingen dokumenterer at kompetansehevende tiltak primært ytes i større kommuner, anbefales for øvrig at slike tiltak økes først og fremst i små- og mellomstore kommuner.

Den store satsingen på etter- og videreutdanning har bidratt i stort monn til kompetent personell, som sannsynligvis vil bidra med perspektiver på brukermedvirkning og samhandling og viktigheten av tverrfaglighet. Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid legger særskilt vekt på samhandling og brukerperspektivet, for øvrig sentralt i SEPREP-utdanningen også (Ludvigsen og Helgesen, 2004). Dette gode arbeidet bør videreføres. I tillegg til at gruppen med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid har økt i kommunene, har også andelen annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell⁷ økt, og utgjør den største personellgruppen i 2004. Mange av disse vil ytterligere bidra til tverrfaglighet ved utdanninger innen sosialfag, ergoterapi, fysioterapi, fysioterapi etc. Disse utdanningsgruppene øker samtidig som gruppen psykiatriske sykepleiere minker. I tillegg til økt tverrfaglighet er det sannsynlig at dette kan bidra til nye perspektiver inn i praksisfeltet.

⁷ Personell med høyskoleutdanning innen helse-/sosial som ikke har videreutdanning enten i psykiatrisk sykepleie eller tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid.

I tillegg fremheves den potensielle betydningen av et godt samspill mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfelt for å dekke det store behovet for kompetanse som fins både innen psykisk helsevern og i kommunene.

1.7 Data og metode

1.7.1 Utdanning til arbeid innen psykisk helse

Kartleggingen av antallet kandidater som har gjennomført videreutdanning innen høyskolesystemet, psykologutdanning eller medisinutdanning, baserer seg på registerdata fra Database for høgre utdanning (DBH). Data om antallet spesialister baserer seg på statistikk utgitt av Den Norske Legeforening og Den Norske Psykologforening. For å få med antallet psykologer og medisinere som har fullført i utlandet er statistikk hentet inn fra Statens Lånekasse for utdanning.

Videre er det gjennomført en egen spørreskjemaundersøkelse ved aktuelle sentre og institutt som driver videre- spesialist- og etterutdanning: Regionsentrene for barn- og ungdoms psykiske helse, SEPREP og Institutt for Gruppeanalyse.

1.7.2 Personell til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid

Kartlegging av personell til psykisk helsevern, baserer seg på tall fra Statistisk Sentralbyrå og Samdatarapportene. Når det gjelder rekruttering til det psykiske helsearbeidet i kommunene, benyttes data fra spørreskjemaundersøkelse utført i 2002 og 2005 i regi av SINTEF Helse og Norsk Institutt for by og regionsforskning, NIBR⁸. I første innsamling ble rekruttering og kompetanseheving for perioden 1999-2001 kartlagt. Andre innsamling i 2005 gjaldt for perioden 2002-2004.

⁸ Denne undersøkelsen ble gjort i tilknytning til et av de andre evalueringsprosjektene i den forskningsbaserte evalueringen av opptrappingsplanen.

2 Kartlegging av utdanningstiltak i perioden 1998-2005

I hvilken grad har utdanningskapasiteten økt gjennom Opptrappingsplanperioden? For å gi svar på dette har vi kartlagt antallet ferdige kandidater (dels også opptak) innen aktuelle grunnutdanninger, videreutdanninger, spesialistutdanninger og etterutdanninger.

Kapitlet vil først definere og avgrense hvilke utdanningstiltak som er gjenstand for kartlegging. Det gis en kort beskrivelse av datagrunnlaget. Deretter presenteres statistikk for de aktuelle utdanningstiltakene.

Vi vil hovedsaklig se på perioden fra og med 2000-2005. Der det foreligger pålitelige tall vil vi også presentere disse for 1998 og 1999. Grunnen til at vi ikke konsekvent rapporterer fra 1998 er at det ikke foreligger pålitelige tall vedrørende videreutdanningene ved høyskolene før i år 2000 (i Database for høyere utdanning, DBH). Ettersom dette evalueringsprosjektet hadde oppstart først i slutten av 2002, var det begrenset hvor langt tilbake i tid man kunne be utdanningsinstitusjonene om å registrere data for⁹.

2.1 Avgrensninger

2.1.1 Utdanningstiltak

St meld nr 25 (1996-97) beskriver satsningen på utdanningstiltak for å tilstrebe et godt utdannet og tilstrekkelig personell (s. 123-127). Under utdanningstiltak regnes: aktuelle grunnutdanninger, spesialiseringer, videreutdanninger og etterutdanninger. I motsetning til ved videreutdanning, leder etterutdanning ikke til formell kompetanse, men er mer å forstå som en oppdatering og ajourføring av grunnutdanningen.

Eksisterende utdanninger som inkluderes i denne kartleggingen:

- Grunnutdanninger på universitetsnivå: medisin, psykologi
- Grunnutdanninger på høyskolenivå: sykepleie, vernepleie, ergoterapi, fysioterapi, sosionom, barnevernspedagog
- Videreutdanninger på høyskolenivå som er mer eller mindre direkte rettet mot arbeid med psykisk helse i spesialisthelsetjeneste eller kommune (se tabell 2.10).
- Alle videreutdanninger og etterutdanninger ved regionsentrene for barn og unges psykiske helse
- Spesialistutdanninger i regi av profesjonsforeningene Den Norske Legeforening og Norsk Psykologforening: Spesialistutdanning i psykiatri, Spesialistutdanning i barne- og ungdomspsykiatri, relevante spesialistutdanning i klinisk psykologi

⁹ Spørreskjema ble sendt ut til alle aktuelle utdanningsinstitusjoner i november 2002.

- Videre- og etterutdanninger ved følgende frittstående institutter: SEPREP - Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser og Institutt for gruppeanalyse.

2.2 Data

Database for høgre utdanning (DBH), tilgjengelig via Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), er brukt for å hente statistikk over antall ferdige kandidater ved grunnutdanningene ved høyskolene (sykepleie, vernepleie, ergoterapi, fysioterapi, sosionom, barnevernspedagog) samt opptak og antall ferdige kandidater til universitetsutdanningene (medisin og psykologi) samt videre- og etterutdanninger i høyskolene. Tall for leger og psykologer som er utdannet i utlandet er hentet fra Lånekassen (som registrerer antall avskrivninger av lån for ferdige kandidater per år).

I tillegg til data via DBH, ble det i 2002 foretatt innsamling fra alle landets høyskoler, regionsentrene for barn og unges psykiske helse samt SEPREP og Institutt for Gruppeanalyse.

Data fra DBH kunne på dette tidspunktet (2002) være noe upålitelige i forhold til kandidater som har gjennomført videreutdanning ved høyskolene, og det fantes ikke data for etterutdanningstiltak. På bakgrunn av at tallene kunne være upålitelige ble de systematisk sammenlignet med tall som ble samlet inn fra høyskolene direkte. I de tilfellene der det eksisterte sprik mellom tallene i Database for høgre utdanning (DBH) og tallene oppgitt i spørreskjema, ble høyskolene (i 2002) kontaktet på nytt for å kvalitetssikre tallene. Etter hvert har høyskolene utviklet bedre rutiner for registrering av slike data. Det var dermed ikke nødvendig med en slik kvalitetssikring for data for perioden 2002-2005.

For registrering av videre- og etterutdanninger ved regionsentrene samt de private instituttene, er spørreskjema benyttet både i 2002 og i 2006. For spesialiseringer for psykologer og leger er det innhentet statistikk for spesialiseringer direkte fra Psykologforeningen og Legeforeningen.

2.3 Utdanning av leger og psykologer

Vi skal i det følgende se på opptakstall og ferdige utdannede kandidater innen medisinstudiet og psykologstudiet.

2.3.1 Medisinstudiet

Tabell 2.1 Opptak til medisinstudiet. Antall og årlig prosentvis endring 1998-2005.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Universitetet i Oslo	190	177	209	209	209	204	211	219
Universitetet i Bergen	157	163	158	160	172	162	169	162
NTNU (inkl utenlandsstud*)	180	171	144	128	109	104	120	119
Universitetet i Tromsø	75	89	98	95	99	89	103	107
Totalt	602	600	609	592	589	559	603	607
prosentvis årlig endring		-0,3	1,5	-2,9	-0,5	-5,4	7,3	0,7

Kilde: Database for høgre utdanning (DBH).

* I statistikken for NTNU er det inkludert utenlandsstudenter fra 1998-2002. Disse utgjorde 90 studenter i 1998, 44 i 2000 og 11 studenter i 2002.

Antallet studenter tatt opp på medisinstudiet har ligget jevnt rundt 600 per år i perioden 1998-2005. Det har ikke vært noen økning. Før 1998 økte imidlertid opptaket vesentlig, både på grunn av økning i antallet studieplasser ved de ulike universitetene, men også på grunn av økt antall utenlandsstudenter.

Tabell 2.2 Kandidater som har fullført medisinstudium. Antall og årlig prosentvis endring 1999-2005.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Universitetet i Oslo	168	182	181	122 (1)	156	151	172
Universitetet i Bergen	103	122	107	131	139	136	148
NTNU	50	63	56	71	91	87	82
Universitetet i Tromsø	74	57	59	57	79	85	70
Totalt	395	424	403	381	465	459	472
Årlig prosentvis endring		6,8	-5,2	-5,8	18,1	-1,3	2,8

Kilde: Database for høgre utdanning (DBH).

Antallet ferdig utdannede leger i perioden 1999 til 2005 har økt med 2,5 prosent i gjennomsnitt per år. For 2002 er tallet mye mindre enn de foregående år grunnet et lavere antall kandidater ved Universitetet i Oslo for dette året. Årsaken er at dette kullet (som startet utdanningen høsten 1996) hadde blitt redusert i årenes løp (pga sykdom, svangerskap etc.) uten å få påfyll av andre studenter, ettersom dette var første kull i ny studieordning av 1996.

I tillegg er det et relativt høyt antall som skaffer seg medisinedukasjonen i utlandet. I gjennomsnitt i perioden 1999-2005 utgjorde dette 158 kandidater per år. Antall ferdige kandidater utdannet i utlandet baserer seg på statistikk fra Statens Lånekasse.

2.3.2 Profesjonsstudiet i psykologi

Tabell 2.3 Opptak til profesjonsstudiet i psykologi. Antall og årlig prosentvis endring. 1998-2005.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Universitetet i Oslo	72	68	71	78	75	89	88	134
Universitetet i Bergen	72	72	72	69	72	72	72	72
NTNU	48	49	47	48	48	48	48	48
Universitetet i Tromsø	24	25	24	25	23	25	25	25
Totalt	216	214	214	220	218	234	233	279
Årlig prosentvis endring		-0,9	0,0	2,7	-0,9	6,8	-0,4	16,5

Kilde: Database for høgre utdanning (DBH).

Opptaket av studenter til profesjonsstudiet i psykologi har økt fra noe over 200 per år til å nærme seg 300. I gjennomsnitt har økningen vært på om lag 5 prosent per år gjennom perioden.

Tabell 2.4 Kandidater som har fullført psykologstudium. Antall og årlig prosentvis endring. 1999-2005.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Universitetet i Oslo	84	90	88	72	96	61	75
Universitetet i Bergen	59	42	57	56	71	79	64
NTNU	13	38	35	29	38	39	45
Universitetet i Tromsø	17	22	24	25	21	24	23
Totalt	173	192	204	182	226	203	207
Årlig prosentvis endring		9,9	5,9	-12,1	19,5	-11,3	1,9

Kilde: Database for høgre utdanning (DBH) og Statens Lånekasse for utdanning.

Tallet på ferdig utdannede psykologer for perioden 1999 til 2002 var i underkant av 200 i 1999, og godt over 200 for de resterende årene. Gjennomsnittlig vekst per år 2,3 prosent. I tillegg kommer de som har tatt utdanningen i utlandet. I gjennomsnitt i perioden 1999-2005 utgjorde antallet disse 28 kandidater per år.

2.3.3 Spesialistutdanninger for leger og psykologer

Tabell 2.5 Spesialiseringer, medisin. Antall og årlig prosentvis endring. 1998-2005.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Barne- og ungdomspsykiatri	6	6	11	11	10	16	16	13
Psykiatri	50	44	56	75	55	63	61	58
Totalt	56	50	67	86	65	79	77	71

Kilde: Legeforeningen

I gjennomsnitt har antallet spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri økt med 5,5 prosent per år i perioden 1998-2005. Blant legene er det mye færre som spesialiserer seg innen Barne- og ungdomspsykiatri enn tilfellet er innen Voksenpsykiatri, men det har vært en større vekst i førstnevnte spesialisering (henholdsvis 16,5 prosent og 4 prosent).

Tabell 2.6 Aktuelle spesialiseringer innen klinisk psykologi. Antall. 1999-2005.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 1)
Habilitering	3	3	5	3	2	6	1	3
Psykisk arbeid med misbruk	7	5	8	4	2	2	6	10
Psykologi i skolen	5	1	0	0	0	0	2	0
Nevropsykologi	13	6	10	9	7	11	10	8
Gerontopsykologi	3	2	0	1	1	2	0	0
Familiepsykologi	5	2	2	3	5	7	6	4
Barne- og ungdomspsykologi	17	17	26	30	35	35	41	26
Voksenpsykologi	29	38	31	45	44	45	44	35
Psykologi med Psykoterapi		2	1	1	0			
Spesialist Samfunnspsykologi	3	6	11	3	3	3	5	0
Intensiv	4	2	4	1	3	1	4	2
Totalt	89	84	98	100	102	112	119	88

Kilde: Psykologforeningen

1) Inntil september 2005.

Det totale antallet spesialiseringer innen klinisk psykologi har hatt en gjennomsnittlig årlig vekst på ca 4,5 prosent om vi regner for perioden 1998, og til og med 2004 (ettersom tallet for 2005 ikke er fullstendig). Den største veksten finner vi innen barne- og ungdomspsykologi.

2.4 Aktuelle Helse- og sosialfaglige grunnutdanninger ved høyskolene

I det følgende skal vi se på kapasitetsutviklingen når det gjelder antallet kandidater innen aktuelle grunnutdanninger innen høyskolene: sykepleie, ergoterapi, fysioterapi, sosionom, vernepleier, barnevernspedagog.

Tabell 2.7 Kandidater fordelt på helseutdanninger ved høyskolen. Antall og gjennomsnittlig prosentvis endring. 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Gj.sn. årlig endring 2000-2005
Sykepleier	2 818	3 297	3 393	3 324	3 578	3 463	4,5
Ergoterapeut	155	163	163	191	237	255	10,8
Fysioterapeut	256	253	241	254	282	255	0,2
Sosionom	594	663	709	670	718	799	6,3
Vernepleier	497	591	698	760	731	834	11,2
Barnevernspedagog	528	571	550	562	632	593	2,6

Kilde: Database for høgre utdanning (DBH)

Gjennom perioden har det vært en vekst i antallet som har fullført sykepleie-, ergoterapi-, fysioterapi, sosionom-, vernepleier- og barnevernspedagogutdanningen på totalt 6 prosent årlig. Bortsett fra fysioterapiutdanningen har alle utdanningene hatt en netto økning i antallet kandidater gjennom perioden. Størst har veksten vært i ergoterapiutdanningen og vernepleierutdanningen med 11 prosent i gjennomsnitt per år.

2.5 Aktuelle videreutdanninger

2.5.1 Videreutdanninger ved høyskolene

Vi skal i det følgende se på kapasiteten og utviklingen når det gjelder høyskolenes videreutdanninger som har en direkte relevans for arbeid innen psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Det rapporteres fra samtlige videreutdanningsprogram innen kategorien helsefag, med unntak av program innen rus og eldre. Vi har imidlertid inkludert utdanningen innen aldersdemens. Når det gjelder rus er vi oppmerksom på at det de siste par årene er opprettet spesielle utdanningsprogram knyttet til dualproblematikk; rus og psykiske lidelser.

Tabellen under rapporterer antallet kandidater som har fullført utdanningen.

Tabell 2.8 Antallet kandidater som har fullført videreutdanning relatert til arbeid innen psykisk helsevern eller psykisk helsearbeid. 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid	692	445	726	538	695	723
Psykiatrisk sykepleier	38	16				
Helsesøsterutdanningen	192	143	192	112	218	121
<i>Videreutdanninger rettet mot barn og unge</i>						
Kommunikasjon med barn/unge (15)				20	1	25
Barn og unge i psykiatrien (15)	171	382	263	227	230	
Utekontaktarbeid (30)						17
Tverrfaglig samarbeid og forebyggende innsats for barn og unge (30)			39			
Psykososialt arbeid med barn, ungdom og deres foreldre (30)					90	54
Psykososialt arbeid med barn, ungdom og deres foreldre (60)	10	28	21			
Barne- og ungdomsvern, deltid (60)		18		9	1	0
Totalt barn og unge	181	428	352	264	322	96
<i>Videreutdanninger i familierterapi</i>						
Familieråd m.m., (10 og 15)		52	26		21	
Familierapi/ systemisk (30)		209	236	205	250	248
Familierapi (60)	55	25	27	4	60	16
Totalt familierapi	55	286	289	209	331	264
<i>Videreutdanninger i arbeidsmiljøretta helsevern</i>						
Velferd og re-/habilitering (10)					28	
Lederopplæring Statens barne- og familievern						15
Helse/miljø (30)				37	5	17
Helse/miljø (60)	18	5	27	22	15	11
Målretta miljøarbeid (vernepleie)	27	27	40	14	16	43
Velferdsstudiet (90)						91
Totalt arbeidsmiljøretta helsevern	45	32	67	73	64	177
<i>Videreutdanninger i rehabilitering/habilitering, forebygging m.m.</i>						
Rehabilitering og individuell planlegging (10)				26		
Forebygging/rehabilitering (30)	143	70	49	20	60	64
Forebygging/ rehabilitering (60)	1	29	5	48	1	17
Tverrfaglig rehabilitering (30)	20	13	18	55	78	33
Tverrfaglig rehabilitering (45)					11	31
Tverrfaglig rehabilitering (60)			30	30	17	0
Innføring i kognitiv terapi (30)					43	49
Livsstyrketrening (30)		16	14		1	22
Yrkesrettet rehabilitering (30)			14	36	12	16

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totalt rehabilitering/habilitering, forebygging m.m	164	128	130	215	223	232
<i>Videreutdanning i aldersdemens</i>						
Aldersdemens m.m. (5)	21					
Aldersdemens m.m. (15)		64	50	49	62	51
Aldersdemens m.m. (30)	44	22	38	22	76	74
Totalt aldersdemens	65	86	88	71	138	125
<i>Andre videreutdanninger</i>						
Aktivitet og helsefremmende (15)		10	45	9	15	31
Helsefremmende og forebyggende (60)		23	19	15	15	0
Gruppe som metode (60)		26	18	15		23
Videreutdanning i Intervensjon ved personlighetsforstyrrelser (15)		7	3			
Tverrfaglig kurs i ledelse av nettverksmøtet innen psykisk helsevern			26			
Voldsrisiko for mennesker med psykiske lidelser (15)					98	60
Pedagogisk veiledning innen psykisk helsevern (36)			10			
Kognitiv psykoterapi (30)				13		
Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid			19	22	15	
Totalt under "andre tema"		66	140	74	143	114
Totalt alle studieprogram	1394	1614	1955	1548	2134	1852

Oversikten over aktuelle videreutdanninger i tabellen over viser at antallet kandidater fra de ulike videreutdanningstilbudene varierer noe fra år til år. Totalt sett har det i perioden 2000-2005 vært en økning i antallet kandidater fra de ulike videreutdanningene på gjennomsnittlig 5 prosent per år.

Psykisk helsearbeid

Den største satsningen gjennom Opptrappingsplanen er den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid¹⁰. Utdanningen erstatter fra 2003 videreutdanning i psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid, og psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi. Målet for videreutdanningen er at den skal kvalifisere helse- og sosialarbeidere til arbeid med mennesker som har psykiske vansker og lidelser innenfor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

I perioden 2000-2005 er det, ifølge tallene fra DBH, 3819 personer som har gjennomført den tverrfaglige videreutdanningen. I år 2000 var det 17 høyskoler som tilbød utdanningen. Året etter var det 14. I 2002 var det 19, mens det året etter var 18. I 2004 var det 20 høyskoler, mens det var 17 i 2005. Nedgangen i antallet skoler som tilbyr utdanningen fra 2004-2005 reflekterer kun en liten nedgang i antallet kandidater.

Helsesøster

Helsesøstre utgjør en svært viktig gruppe i kommunehelsetjenesten, og da rettet mot barn og unge. Antallet ferdig utdannede helsesøstre har variert mellom 112 og 218 kandidater i

¹⁰ Rammepåplanen i denne videreutdanningen har ulike fordypningsalternativer: fagspesifikk fordypning i sykepleie, sosialt arbeid og fysioterapi samt tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid.

perioden, men det har likevel vært en netto vekst per år i perioden på gjennomsnittlig 3,4 prosent.

Barn og unge

Når det gjelder relevante utdanninger rettet mot barn og unge, har DBH registrert 1643 kandidater gjennom perioden 2000-2005. Nesten 1300 av disse fullførte studieprogrammet Barn og unge i psykiatrien (15 studiepoeng). Tilbudet varte fra 1999, og til og med 2004. Dette var et samarbeid mellom Henær og Organisasjonen Voksne for barn, og fokuserte på barn av foreldre som er psykisk syk. Det var et såkalt oppdragsstudium for å styrke kompetansen innen tverrfaglig samarbeid i tilknytning til psykisk helsevern i 1. og 2. linjetjenesten i kommunene. Da prosjektperioden var over hadde alle i den definerte målgruppa, inndelt i ulike regioner, fått tilbud om å delta. Vi ser av tabellen over at det i 2005, når dette spesielle studietilbudet var avsluttet, kun var 96 kandidater totalt innen kategorien barn og unge mot 322 i 2004.

Familieterapi

Godt over 1400 kandidater har gjennomført utdanning i familieråd eller familieterapi i perioden 2000-2005. Antallet kandidater har i gjennomsnitt økt med 11 prosent per år.

Arbeidsmiljøretta helsevern o.l.

Vi har inkludert utdanningstilbud innen arbeidsmiljøretta helsevern der 458 kandidater har gjennomført i den aktuelle perioden, fra 45 i år 2000 til 177 i 2005. Gjennomsnittlig årlig vekst i antallet kandidater er på 14 prosent.

Rehabilitering/habilitering, forebygging m.m.

Mer enn 1000 kandidater har gjennomført videreutdanninger innen rehabilitering/habilitering og forebygging i perioden. Veksten i antallet kandidater per år har vært på 4 prosent.

Aldersdemens

Når det gjelder aldersdemens har 573 kandidater gjennomført videreutdanning. Her har det vært en vekst i antallet kandidater på 8 prosent i gjennomsnitt per år.

Andre tilbud

Av andre relevante tilbud finner vi diverse emner blant annet ift helsefremmende/forebyggende arbeid, gruppeterapi, kognitiv terapi, forebygging av selvmord. Innen kategorien "andre tilbud" er det 573 som har gjennomført utdanningen.

Samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og andre

Det er en rekke utdanningstilbud som har kommet til i løpet av de siste par årene som gjenspeiler helsepolitiske reformer og satsninger. Flere av disse gjennomføres i et samarbeid med andre institusjoner. Videreutdanning i kognitiv psykoterapi er et eksempel, som gjennomføres ved Høyskolen i Hedmark, og er et oppdrag fra Klinikk for psykiatri ved Aker universitetssykehus HF. Målgruppen er helse- og sosialarbeidere som arbeider med voksne psykiatriske pasienter, og som trenger grunnleggende kunnskaper og ferdigheter for å arbeide psykoterapeutisk etter kognitive prinsipper rettet mot det enkelte individ. Videreutdanning i boligsosialt arbeid er nok et eksempel. I studieplanen går det fram at denne utdanningen tar utgangspunkt i avinstitusjonaliseringen, blant annet i forhold til mennesker med psykiske lidelser, og de utfordringene dette medfører med behov for nye arbeidsformer i det kommunale forvaltnings- og tjenesteapparat.

Videre er det noen nye studieprogrammer som retter som mot arbeid i kommunehelsetjenesten spesifikt. Dette gjelder Videreutdanning i vurdering bruker/pasientbehov i kommunen, Etter- og videreutdanning for kommunehelsetjenesten, Videreutdanning i organisering og veiledning for støttekontakter, avlastere og frivillige, Videreutdanning i boligsosialt arbeid.

Av andre aktuelle nye videreutdanninger finner vi: Videreutdanning i psykisk stress og krisebearbeidelse, Videreutdanning i arbeid med barn med psykisk syke foreldre, AD/HD, Tourette, Aspergers, Videreutdanning i anvendt gruppeterapi for pasienter/klienter i ulike helse- og sosialinstitusjoner

I tillegg til disse videreutdanningsemnene har det de siste årene blitt etablert en rekke nye mastergrader som relaterer seg til psykisk helsearbeid: Master i psykisk helsearbeid, Master i Community Care, Master i helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet, Master i forebyggende arbeid med utsatte barn, unge og deres familier, Master i barn og unges psykiske helse, Mastergradsstudium i systemisk familieterapi og praksis.

2.5.2 Videreutdanninger ved Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP)

Det overordnede målet for regionsentrenes undervisningsaktivitet er å medvirke til høy faglig kompetanse innen Psykisk helsevern for barn og unge. Undervisningstilbudet skal kvalifisere ulike faggrupper for klinisk arbeid, og det skal også bidra til å øke rekrutteringen til Psykisk helsevern for barn og unge. Regionsentrene skal sørge for oppbygging, vedlikehold og videreutvikling av barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse i den aktuelle regionen. De har særlig forpliktelse til å ivareta etter- og videreutdanningsbehov hos leger, psykologer, sosionomer og pedagoger (St meld nr. 41, 1987-88), men regionsentrene tilbyr også videreutdanning til miljøterapeuter og administrativt personell. Fra 2003 har de tillegg fått utvidet mandat til utvikling av kompetanse på barn og unges psykiske helse generelt. Dette innebærer at de også har ansvar for kompetanseheving av kommunalt ansatte. Utdanningsvirksomheten skal også bidra til et godt samarbeid mellom instanser som er involvert i arbeidet for barn og ungdoms psykiske helse. For øvrig følger regionsentrenes oppgaver av årlig tildelingsbrev fra Sosial- og helsedirektoratet med utgangspunkt i Stortingets vedtak og føringer fra Helsedepartementet.

I denne presentasjonen har vi tatt utgangspunkt i regionsentrenes svar på skjema sendt ut i forbindelse med denne kartleggingen, og informasjon om videreutdanningene som framkommer på regionsentrenes hjemmesider.

Tabellen under viser totalt antall kandidater som har gjennomført videreutdanninger ved de 4 regionsentrene.

Tabell 2.9 Kandidater som har gjennomført videreutdanning ved RBUP. 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
RBUP, Sør/ Øst	101	126	99	137	173	139
RBUP, Midt-Norge	22	23	16	68	93	55
RBUP, Vest	29	11	0	30	11	29
ABUP, Tromsø	24	0	55	1	13	40
Totalt	176	160	170	236	290	263

Antallet som har tatt videreutdanning ved et av regionsentrene er gjennomsnittlig 215 år per år i perioden 2000-2005. Antallet som gjennomførte videreutdanning ved et RBUP økte spesifikt fra år 2002 til 2003, og antallet økte ytterligere i 2004. Det er regionsenteret Sør/ Øst som har den største gjennomstrømning av studenter.

2.5.3 Videreutdanninger ved det enkelte regionsenter

I det følgende vil vi presentere videreutdanningene som tilbys ved det enkelte regionsenter, i den grad disse er presentert på regionsentrenes hjemmesider, og antallet kandidater som har gjennomført de ulike utdanningene i perioden 2000-2005.

Tabell 2.10 Videreutdanninger ved RBUP, Vest. Antall som har fullført videreutdanningen. 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Utdanning i psykoseterapi med barn og ungdom	8					
Klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri for sosionomer	10			8		
Klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri for spesialpedagogikk	11			9		
Videreutdanning i familierapi		11			11	11
Videreutdanning klinisk veiledningsmetodikk				13		
Videreutdanning i miljøterapi i samarbeid med Høyskolen						18
	29	11	0	30	11	29

Kilde: Spørreskjema til regionsentrene.

Tabell 2.11 Videreutdanning ABUP, Nord. Antall som har fullført videreutdanning. 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri for sosionomer			11		11	
Fordypningssekvens i klinisk barne- og ungdomspsykiatri			14			10
Langsgående videreutdanning i kognitiv terapi			14			
Langsgående videreutdanning i miljøterapi	24		16			
Spesialistutdanning for barne- og ungdomspsykiatri				1	2	
Årsstudium i sosialt arbeid						20
Årsstudium i kognitiv atferdsterapi						10
	24	0	55	1	13	40

Kilde: Spørreskjema til regionsentrene.

Tabell 2.12 Videreutdanning ved RBUP, Midt-Norge. Antall som har fullført videreutdanningen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Utdanning i psykoterapi med barn og ungdom (3-årig)		14			5	
Klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri for spesialpedagoger		9				
Videreutdanning i familierapi ¹¹	22		16		25	

¹¹ Samarbeid med høyskolen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tverrfaglig klinisk videreutdanning i miljøterapi				25		
Foreldre-barn intervensjon (Marte Meo) for BUP ansatte og nære samarbeidspartnere				10		9
Organisering og ledelse i BUP				6		
Videreutdanning for kliniske pedagoger					14	
Kognitiv terapi					13	
Nettbasert lederutvikling for mellomledere i BUP, PPT og barnevernet						19
Forskningsmetode for klinikere (løpende seminarer)				18	29	27
Videreutdanning i familierapi i Iasi, Romania				9		
Videreutdanning for kliniske sosionomer					7	
	22	23	16	68	93	55

Kilde: Spørreskjema til regionsentrene.

2.5.4 Videreutdanninger RBUP, region Sør/Øst

Tabellen under viser antallet kandidater som har gjennomført videreutdanninger ved RBUP, Sør/Øst i perioden 2000-2005 (utdanninger spesifikt for spesialisering til psykolog/psykiater samt utdanninger i samarbeid med høyskolene er unntatt fra denne statistikken).

Tabell 2.13 Videreutdanning ved RBUP, Sør/Øst. Antall som har fullført videreutdanningen.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Videreutdanning i familierapi	40	43	21	35	15	17
Videreutdanning i familierapi i Kristiansand ¹²					22	
Høyere utdanning i familierapi	13	19	31			
Innføring i Miljøterapi					12	13
Tverrfaglig klinisk videreutdanning i miljøterapi	14	14	14	16	16	14
Utdanning i psykoterapi med barn og ungdom	24	24	18	21	23	22
Klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri for sosionomer	4	10	11	10	18	6
Klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri for spesialpedagoger	6	16	4	4	10	0
Familierapiseminar knyttet til spesialistutdanningen (2-3 år)				51	57	16
Videreutdanning i sped og små barns psykiske helse						24
Videreutdanning i kognitiv adferdsterapi						27
	101	126	99	137	173	139

Kilde: Spørreskjema til regionsenteret.

¹² Tverrfaglig og tverretattlig, videre- og spesialistutdanning

2.5.5 Videreutdanning ved SEPREP

For å imøtekomme målene i Opptreppingsplanen har Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep) fått i oppgave å stå for et toårig tverrfaglig utdanningsprogram, såkalt: Tverrfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette er et tilbud for ansatte i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Målet med programmet er å øke ferdighetene i å få kontakt med, utrede, forstå samt behandle og samarbeide med og om mennesker som har alvorlige psykiske lidelser. Utdanningsprogrammet gjennomføres lokalt i nært samarbeid med aktuelle instanser, og med organisatorisk forankring i spesialisthelsetjenesten. Utdanningen er organisert som deltidsutdanning over to år, og utgjør i gjennomsnitt 1,5 dag forelesning/veiledning/litteraturstudie per måned. Programmet finansieres med betydelig statlig stimuleringstilskudd, slik at utgiftene for den enkelte arbeidsgiver blir minimal. Utdanningen er rettet mot alle aktuelle yrkesgrupper med utdanning på nivå med videregående skole, høyskole og universitet.

Tabell 2.14 Tverrfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser. 2000-2005. Antall som har fullført utdanningen.

	Avsluttet før 2002	Avsluttet i 2002	Andeler	Avsluttet i 2003	Avsluttet i 2004	Avsluttet i 2005
Antall totalt	289	346		395	331	275
Fordelt på kommuner	129	161	47 %			
Fordelt på spesialisthelsetjenesten	160	185	53 %			
Fordelt på utdanningsgrupper						
Psykiatriske sykepleiere	89	90	26 %			
Sykepleiere	39	41	12 %			
Sosionomer	22	31	9 %			
Leger/psykiatere	4	3	1 %			
Psykologer	4	1	0 %			
Vernepleiere	20	23	7 %			
Hjemmesykepleiere	0	1	0 %			
Barnevernspedagoger	5	6	2 %			
Fysioterapeuter	0	1	0 %			
Ergoterapeuter	16	16	5 %			
Psykiatriske hjelpepleiere	15	46	13 %			
Hjelpepleiere	26	41	12 %			
Aktivitører	3	16	5 %			
Annet	46	30	9 %			

Det har vært i overkant av 300 personer som har gjennomført det tverrfaglig utdanningsprogrammet i SEPREP per år.

Fram til 2002 var det en ganske lik fordeling mellom deltakere som kommer fra kommunehelsetjenesten og fra psykisk helsevern, og det var flest sykepleiere enten med eller uten videreutdanning om deltok. Vi har ikke den fullstendige statistikken for årene etter

2002 tilgjengelig for denne rapporten, men det er grunn til å tro at andelene vil være om lag lik. For øvrig er det svært mange yrkesgrupper som deltar i utdanningen.

De deltakerne som har fullført SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram, og som ønsker vekttall, kan søke opptak som student. Eksamen gir 20 vekttall. De tre siste årene er det mellom 50 og 60 prosent av deltakerne som har tatt eksamen.

2.5.6 Videreutdanning ved Institutt for Gruppeanalyse

Institutt for Gruppeanalyse har gjennom mange år drevet ulike opplæringsprogram innen feltet gruppepsykoterapi/gruppeanalyse. Hovedvirksomheten er tre forskjellige utdanningsprogram i gruppepsykoterapi/ gruppeanalyse: 1. Voksenåsenkurset i Oslo; 2. Terminuskurset i Bergen, og 3. Vikakurset i Oslo.

Når det gjelder Voksenåsenkurset og Terminuskurset går disse over 1-5 år. Det vil si at deltakerne kan ta et 1-årig grunnleggende kurs som kan bygges på med et 2-årig videregående kurs og et 2-årig kvalifiserende kurs. Kandidatene kan imidlertid slutte etter 1, 3 eller 5 år. Etter 5 år kan kandidatene skrive et diplomarbeid. Det er for øvrig ingen eksamen ved opplæringsprogrammet. Det er til enhver tid ca 125 kandidater på ulike nivåer i disse programmene.

Når det gjelder Vikakurset i Oslo er dette et 1- til 3-årig utdanningsprogram i gruppepsykoterapi som er rettet mot ulike psykiatriske institusjoner, barnevern, rusomsorg m.m. Dette programmet startet opp høsten 2002. Det første kullet som fullførte hele utdanningen over tre år ble ferdig 2005.

I tabellen under presenteres antallet som har gjennomført de ulike kurstrinn, det vil si 1-årig grunnleggende kurs, 2-årig videregående kurs og 2-årig kvalifiserende kurs.

Tabell 2.15 Utdanningsprogram i gruppepsykoterapi og gruppeanalyse ved Institutt for Gruppeanalyse. Antall fullført.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Grunnleggende kurs 1 år	50	26	36	79	38	53
Kvalifiserende kurs 2 år	18	20	16	26	29	66
Videregående Kurs 2 år	12	13	16	9	24	20
Totalt	80	59	68	114	91	139

Tabellen viser at antallet kandidater som har gjennomført utdanningene ved Institutt for Gruppeanalyse har vært variabelt, men økende gjennom perioden. I gjennomsnitt har 92 personer per år har gjennomført utdanningen.

2.6 Etterutdanning

Kartleggingen har registrert etterutdanningstilbud ved statlige og private høyskoler, Regionsentrene for barn og unges psykiske helse, Institutt for Gruppeanalyse og organisasjonen Voksne for barn. Tabellen under gir en oversikt over totalt antall deltakere ved disse institusjonene. Etterutdanningstilbudene ved den enkelte institusjon er presentert i tabeller i vedlegget bakerst i rapporten. For de siste tre årene er det registrert timer varighet ved det enkelte etterutdanningskurset som gjennomføres av høgskolene.

Tabell 2.16 Etterutdanning ved aktuelle utdanningsinstitusjoner. Antall deltakere. 2000-2005.

Utdanningsinstitusjon	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Regionsenteret Nord (Abup)	204	242	439	371	744	662
Regionsenteret Vest	246	270	435	815	1 139	815
Regionsenteret Midt-Norge	297	428	1 332	511	588	549
Regionsenteret Øst/ Sør	40	1 125	1 363	560	824	1 242
Institutt for Gruppeanalyse	187	161	298	168	80	125
Voksne for barn	1 117	1 278	944	755	312	340
Høgskolene	755	935	1 199	943	415	729
Totalt	2 846	4 439	6 010	4 123	4 102	4 462

Oversikten over deltakere på etterutdanningskurs ved regionsentrene, høyskolene samt Institutt for Gruppeanalyse og organisasjonen Voksne for barn viser en sterk økning i tilbudet fra år 2000 til 2002. Antallet deltakere har deretter stabilisert seg på mellom 4000 og 4500 per år.

2.7 Oppsummering av utdanningskapasitet

Grunnutdanning og spesialistutdanning for leger

Antallet studenter tatt opp på medisinstudiet har ligget rundt 600 per år i perioden 1998-2005 mens antallet ferdig utdannede leger har variert fra i underkant av 400 i 1998 til å nærme seg 500 kandidater i 2005. I tillegg kommer kandidater med utdanning fra utlandet (i gjennomsnitt 158 per år). Antallet ferdige kandidater har økt med 2,5 prosent i gjennomsnitt per år (med unntak av 2002 der antallet er mindre enn de foregående år grunnet et lavere antall kandidater ved Universitetet i Oslo for dette året).

Når det gjelder spesialiseringer i voksenpsykiatri varierer antallet fra 44-75 per år for perioden 1998-2005, mens antallet innen barne- og ungdomspsykiatri varierer fra 6-16 per år. I gjennomsnitt har antallet spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri økt med 5,5 prosent per år.

Grunnutdanning og spesialistutdanning for psykologer

I perioden 1998-2000 skjedde ingen vekst i opptak til psykologstudiet, men fra år 2000 har veksten vært på 30 prosent per år. Tidligere på nittitallet økte opptakskapasiteten markant på grunn av etablering av psykologstudium ved NTNU.

Tallet på ferdig utdannede psykologer for perioden 1999 til 2002 var i underkant av 200 i 1999, og godt over 200 for de resterende årene. I tillegg kommer de som har tatt utdanningen i utlandet. I gjennomsnitt i perioden 1999-2005 utgjorde antallet disse 28 kandidater per år.

Det totale antallet spesialiseringer innen klinisk psykologi har variert fra 89 til godt over 100 per år i perioden. Gjennomsnittlig årlig vekst har vært på ca 4,5 prosent for perioden 1998-2004 (tallet for 2005 var ikke klart), med størst vekst innen barne- og ungdomspsykologi.

Grunnutdanning ved høyskolene

Gjennom perioden har det vært en vekst i antallet som har fullført sykepleie-, ergoterapi-, fysioterapi, sosionom-, vernepleier- og barnevernspedagogutdanningen på totalt 6 prosent årlig. Bortsett fra fysioterapiutdanningen har alle utdanningene hatt en netto økning i

antallet kandidater gjennom perioden. Størst har veksten vært i ergoterapiutdanningen og vernepleierutdanningen med 11 prosent i gjennomsnitt per år.

Videreutdanninger ved høyskolene

Totalt sett har det i perioden 2000-2005 vært en økning i antallet kandidater fra de ulike videreutdanningene på gjennomsnittlig 5 prosent per år. Totalt har over 10000 personer; i gjennomsnitt 1765 personer per år gjennomført en videreutdanning i høgskolesystemet som er relevant i forhold til arbeid innen psykisk helse.

I regi av Opptrappingsplanen er den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid¹³ den største satsningen. I perioden 2000-2005 har 3913 personer gjennomført den tverrfaglige videreutdanningen. I år 2005 var det 17 høyskoler som tilbød utdanningen.

Helsesøstre utgjør en svært viktig gruppe i kommunehelsetjenesten, rettet mot barn og unge. Antallet ferdig utdannede helsesøstre har variert mellom 112 og 218 kandidater per år, totalt nesten 1000 i løpet av hele perioden. Netto vekst per år er på gjennomsnittlig 3,4 prosent.

I tillegg til tradisjonelle helsesøstre, er det en rekke andre videreutdanninger rettet mot barn og unge. Totalt har 1643 personer tatt en slik videreutdanning i perioden 2000-2005. Nesten 1300 av disse fullførte studieprogrammet Barn og unge i psykiatrien (15 studiepoeng). Tilbudet varte fra 1999, og til og med 2004.

I andre, men mindre sentrale videreutdanninger nevnes at godt over 1400 kandidater har gjennomført utdanning i familieråd eller familierterapi i perioden 2000-2005. Mer enn 1000 kandidater har gjennomført videreutdanninger innen rehabilitering/ habilitering og forebygging, og 573 kandidater gjennomført videreutdanning i aldersdemens.

Av andre relevante tilbud finner vi diverse emner blant annet ift helsefremmende/ forebyggende arbeid, gruppeterapi, kognitiv terapi, og forebygging av selvmord. Innen kategorien "andre tilbud" er det 573 som har gjennomført utdanningen. Dette er små utdanninger i antall deltakere, men svært viktige bidrag til kompetanseheving.

For øvrig har en rekke utdanningstilbud kommet til i løpet av de siste par årene som gjenspeiler helsepolitiske reformer og satsninger. Flere av disse gjennomføres i et samarbeid med andre institusjoner.

Videreutdanning ved regionsenter for barn og unges psykiske helse

Antallet som har tatt videreutdanning ved et av regionsentrene (RBUP) er gjennomsnittlig 215 år per år i perioden 2000-2005. Antallet som gjennomførte videreutdanning ved et RBUP økte spesifikt fra år 2002 til 2003, og antallet økte ytterligere i 2004. Det er regionsenteret Sør/ Øst som har den største gjennomstrømning av studenter.

Videreutdanning ved private institutter

SEPREP sitt tverrfaglig utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser er beregnet på ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er i overkant av 300 personer som har gjennomført det tverrfaglig utdanningsprogrammet i SEPREP per år.

Institutt for Gruppeanalyse driver et utdanningsprogram i gruppepsykoterapi og gruppeanalyse som er tverrfaglig, og tilgjengelig for helsepersonell innen det psykiatriske fagfelt i Norge. Antallet kandidater som har gjennomført utdanningene ved Institutt for Gruppeanalyse har vært variabelt, men økende gjennom perioden - i gjennomsnitt 92 personer per år (sum for alle 3 nivåer).

¹³ Rammeplanen i denne videreutdanningen har ulike fordypningsalternativer: fagspesifikk fordypning i sykepleie, sosialt arbeid og fysioterapi samt tverrfaglig fordypning i psykososialt arbeid.

Etterutdanning

Kartleggingen har registrert etterutdanningstilbud ved statlige og private høyskoler, ved regionsentra for barn og unges psykiske helse, samt ved Foreningen Voksne for barn og Institutt for Gruppeanalyse. Antallet deltakere viser en sterk økning i tilbudet fra år 2000 til 2002. Antallet deltakere har deretter stabilisert seg på mellom 4000 og 4500 per år.

3 Rekruttering til psykisk helsevern - personell i spesialisthelsetjenesten i perioden 1998 – 2005

3.1 Innledning og problemstillinger

Dette kapitlet belyser personellsituasjonen i psykisk helsevern i perioden 1999 til 2005. Prosjektets første delrapport (Ådnanes og Sitter, 2004) presenterte personellinnsats på nasjonalt og regionalt nivå fram til og med 2002, det vil si halvveis i Opptrappingsplanens opprinnelige planperioden (1999-2006). Planperioden ble i 2003 utvidet med ytterligere to år og går nå fram til 2008 (1999- 2008). I denne avsluttende rapporten vil vi presentere personellsituasjonen i psykisk helsevern fram til 2005, det vil si tre år før Opptrappingsplanens planperiode avsluttes.

Presentasjonen av rekruttering og bemanning i spesialisthelsetjenesten er tredelt. Først presenteres personellsituasjonen i psykisk helsevern i lys av Opptrappingsplanens målsettinger for perioden 1998 til 2005 på nasjonalt nivå (kapittel 3.3). Deretter belyses regionale variasjoner i personelldekning for perioden 1998 til 2005 (kapittel 3.4), og avslutningsvis presenteres helseforetakenes personelldekning innad i helseregionene fra 2003 til 2005 (kapittel 3.5).

Følgende problemstillinger vil bli belyst:

- I hvilken grad vil Opptrappingsplanens målsettinger angående personellvekst innfris i løpet av planperioden?
- Er personellressursene i psykisk helsevern geografisk likeverdig fordelt mellom helseregionene?
- Har det skjedd en tilnærming mellom regionene i tilgangen på personell hittil i opptrappingsperioden, eller har forskjellene blitt større?
- Slår eventuelle geografiske variasjoner i personelldekning spesielt ut for enkelte driftsformer eller personellkategorier?
- I hvilken grad varierer personelldekningen mellom helseforetak innad i helseregionene, og har eventuelle variasjoner blitt større eller mindre i perioden 2003 til 2005?

3.2 Datagrunnlag og metode

Data som benyttes for å belyse personellsituasjonen i psykisk helsevern, er basert på personelldata/institusjonsstatistikk som er rapportert til Statistisk sentralbyrå i perioden 1998 til 2005. Data er kvalitetskontrollert av SSB i samarbeid med SINTEF Helse, og tilrettelagt for Samdataprojektet som SINTEF Helse utfører på oppdrag for Sosial- og Helsedirektoratet. Tallmaterialet som denne rapporten bygger på, er presentert i de årlige Samdata-rapportene fra 1999 til 2006.

Beregningene av personell tar utgangspunkt i antall "avtalte årsverk ved utgangen av året", dvs antall ansatte ved utgangen av året omregnet til heltidsansatte ut i fra stillingsbrøk. Personelldataene som benyttes er punkttelling per 31.12 gjeldende år.

Data er fordelt på ulike personellkategorier og driftsform (poliklinisk virksomhet, døgn- og dagvirksomhet) både når det gjelder psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge. Fordi tallmaterialet refererer seg til situasjonen ved slutten av året, er endringene i planperioden 1999-2005 beregnet med utgangspunkt i data fra driftsåret 1998.

Det må tas forbehold om kvaliteten på personellrapporteringen. For det først er det viktig å være oppmerksom på at ansatte som jobber i mer enn 100 prosent stilling telles som ett årsverk. I den grad økt bruk av overtid skulle være tilfelle i perioden 1998 til 2005 – så vil dette underestimere veksten i årsverk – og omvendt. I tillegg viser erfaringer at det kan være svakheter knyttet til rapportering av fellespersonell, eksempelvis den sentrale HF-administrasjon. Dette gjelder både hvorvidt de skal rapporteres, og hvordan de skal fordeles mellom somatikk og psykisk helsevern. Praksis for ovennevnte kan variere mellom år og mellom helseforetak. Alle oversikter som inkluderer personelldata fra helseforetak må tolkes i lys av de nevnte forbehold (SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2005).

I tillegg kan sammenlikning av helseforetak over tid være problematisk pga organisatoriske og strukturelle endringer som sammenslåing eller splitting av enheter, eller at deler av virksomhetene skilles ut eller overføres til andre forvaltningsnivå.

Det vil bli presentert absolutte tall for personellinnsats på nasjonalt nivå og personelltall relatert til befolkningsstørrelsen på regionalt og helseforetaksnivå (personelldekning). Personelldekning defineres her som antall årsverk per 10 000 innbyggere. Tall på regionnivå vil bli presentert for perioden 1998 til 2005, mens tall på helseforetaksnivå vil omfatte årene 2003 til 2005. Årsaken til at tallene ikke presenteres på foretaksnivå for 2002, er at dette ikke er tilrettelagt i SAMDATA-rapportene.

For å kunne sammenlikne personelltilgangen i regionene, sees personellinnsatsen i relasjon til befolkningsstørrelsen i helseregionene også før Eierskapsreformen i 2002. Dette gjøres ved å slå sammen personellinnsatsen for de aktuelle fylkene som inngår i de ulike helseregionene.

Indikatorer på helseregionnivå kan dekke over betydelige forskjeller internt i regionene. Vi vil derfor presentere antall årsverk som gikk med til å betjene innbyggerne i de ulike helseforetaksområdene. På grunn av mangelfull registrering av bydel i pasientdata i Samdata-prosjektet, er Oslo (inklusive Stovner og Grorud bydeler som hører inn under Akershus universitetssykehus) og Follo (som hører inn under Aker universitetssykehus) sett under ett. Beregningen tar utgangspunkt i årsverksinnsatsen ved den enkelte institusjon. Ved institusjoner for barn og unge er personell ved døgn- og dagavdelingene fordelt ut på foretaksområdene ut fra hvilken andel av døgn- og dagpasientene som var hjemmehørende i hvert foretaksområde. Årsverksinnsatsen ved poliklinikkene ble fordelt på tilsvarende måte. Ved institusjoner for voksne ble årsverkene ved døgn- og dagavdelinger fordelt ut på foretaksområdene ut fra hvilken andel av oppholdsdøgnene pasienter fra hvert helseforetaksområde hadde generert ved institusjonen. På grunn av ikke komplette pasientdata fra poliklinikkene, ble personell ved poliklinikkene tilordnet helseforetakets opptaksområde, eller for enkelte private poliklinikkens vedkommende, etter i hvilket helseforetaksområde poliklinikken var lokalisert.

Ved presentasjon av HF-tall i kapittel 3.4 er også tall for regionene tatt med. Disse avviker noe fra regiontallene i kapittel 3.3. Dette skyldes to forhold: For det første er årsverksinnsatsen ved Modum bads nervesanatorium fordelt ut på helseregionene (Modum er ikke tilknyttet noe regionalt helseforetak, og inngår derfor ikke i ratene for de regionale helseforetakene i kapittel 3.3). I tillegg er regiontallene justert for bruk av tjenester fra andre helseregioner i kapittel 3.4.

Personelldekning brukes for å kartlegge geografiske variasjoner og benyttes som indikator for belyse likeverdighet i tjenestetilbudet på regionnivå. Man må imidlertid være forsiktig med å benytte dekningsgrad som indikator på helseforetaksnivå for å belyse geografisk likeverdige tjenestetilbud. Dette både fordi det kan være svakheter knyttet til personellrapporteringen på dette nivået, samt at foretakene kan ha ulike funksjoner og

oppgaver innad i regionene og dermed ikke er direkte sammenliknbare. Videre viser tidligere forskning (Pedersen, Kalseth og Hagen 2002, Samdata 2006) at forskjeller i befolkningens behov for tjenester kan ha betydning på lavere aggregeringsnivå som fylker og foretaksområder. Faktiske forskjeller i ressursinnsats på slike nivå kan (men trenger ikke) derfor gjenspeile forskjeller i befolkningens behov for tjenester. Dette kan igjen være avhengig av flere forhold, eksempelvis tilgjengeligheten til kommunale tjenester.

For å kunne si noe om variasjonen i personelldekingen mellom helseregionene er endret i løpet av planperiodens sju første år, benyttes det statistiske målet variasjonskoeffisienten¹⁴ (CV).

3.3 Opptappingsplanens målsettinger vedrørende personell i psykisk helsevern og status i 2005

For å nå Opptappingsplanens målsettinger har det vært nødvendig med en omfattende omstrukturering og styrking av det psykiske helsevernet. Økt ressurstilgang i form av økt personellinnsats har vært et sentralt virkemiddel for å nå de fastsatte mål. Plandokumentene (St meld nr 25 (1996-97), St prp nr 63 (1997-98)) som lå til grunn for iverksetting av Opptappingsplanen, viste at det var behov for flere ansatte med relevant utdanning både innen psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne.

I det følgende vil mål for personellinnsats i Opptappingsplanen belyses for henholdsvis psykisk helsevern for voksne og psykisk helsevern for barn og unge:

1) Psykisk helsevern for voksne

- Mål om en betydelig økning av bemanningen i voksenpsykiatrien - økning med ca. 2300 årsverk i løpet av planperioden.
- Mål om økt innsalg av leger psykologer og høyskoleutdannet personell
- Bemanningsøkning per plass i DPS'ene

2) Psykisk helsevern til barn og unge

- Mål om 400 flere fagpersoner til poliklinisk virksomhet

3) Psykisk helsevern samlet:

- Mål om ca 375 leger og ca 756 psykologer til spesialisthelsetjenesten
- Mål om 50 prosent flere psykologer og leger med driftsavtale
- Personelløkning i spesialisthelsetjenesten totalt: ca 4500 årsverk

3.3.1 Mål om 2300 flere årsverk i psykisk helsevern for voksne

Opptappingsplanens opprinnelige målsetting var en økning på 2300 årsverk i psykisk helsevern for voksne innen 2006. Dette impliserte en gjennomsnittlig økning på 288 årsverk per år. I løpet av Opptappingsplanens fire første år økte antall årsverk i gjennomsnitt med 351 årsverk per år, altså raskere enn forutsatt endringstakt. Fra 2003 til 2005 har endringstakten vært noe lavere.

¹⁴ Variasjonskoeffisienten (CV) er definert som standardavviket dividert med gjennomsnittet. Ved bruk av variasjonskoeffisienten skal man være oppmerksom på at økning eller reduksjon i dette variasjonsmålet vil kunne skyldes endring i begge komponentene (standardavvik og/eller gjennomsnitt)

Tabell 3.1 Antall årsverk i psykisk helsevern for voksne totalt og etter driftsform. 1998-2005.

	1998	2002	2003	2004	2005	Endring 1998-2005	
						Absolutte tall	Prosent
Årsverk totalt	13 654	15 058	15 435	15 585	15 907	2 253	17
- prosent endring fra året før		3	3	1	2	2	
- ambulante team					138	138	
- årsverk poliklinisk virksomhet	1 535	2 142	2 205	2 243	2 318	783	51
- årsverk døgn- og dagvirksomhet	12 120	12 916	13 230	13 342	13 451	1 331	11

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

Tabell 3.1 viser at det totale antall årsverk innen psykisk helsevern for voksne har økt med 2253 fra 1998 til 2005, det vil si at det kun mangler 47 årsverk for å innfri målsettingen. Dersom veksten videreføres i resten av planperioden, vil målet om 2300 flere årsverk være oppnådd allerede i 2006.

Personellveksten har relativt sett vært størst i poliklinisk virksomhet hvor det har vært en økning på 51 prosent i perioden. Tilsvarende har økningen innen døgn- og dagvirksomheten vært på 11 prosent.

3.3.2 Mål om økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell i psykisk helsevern for voksne

I Opptappingsplanen vektlegges både en kvantitativ og kvalitativ styrking av psykisk helsevern for voksne. Den kvalitative styrkingen innebærer blant annet økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell¹⁵.

I Opptappingsplanen tallfestes denne målsettingen på følgende måte:

Kvalitativ styrking:

- økt innslag av leger, psykologer og høyskoleutdannet personell (andelen denne gruppa under ett utgjorde i 1996 ca. 52 prosent, mens andelen i den planlagte økningen i løpet av planperioden vil ligge på ca. 72 prosent).

Dette betyr at 72 prosent av den totale personelløkningen i planperioden skal bestå av universitets- eller høyskoleutdannet personell.

¹⁵ Sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, miljøterapeuter og annet helse- og terapipersonell med høyskoleutdanning.

Tabell 3.2 Antall årsverk for leger, psykologer, sykepleiere og annet terapipersonell med høyskoleutdanning, samt totalt personell. 1998, 2002 og 2005.

Årsverk	1998	2002 ³	2005	Endring		Andel kvalifisert personell av total personellendring	
				1998-02	1998-05	1998-02	1998-05
Psykiatere	495	584	650	89	155	7	7
Andre leger	376	410	497	34	121	3	5
Psykologer	615	874	1 076	259	461	19	20
Sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid ¹	2 644	2 919	3 467	275	823	20	37
Andre sykepleiere ¹	1 889	2 156	2 409	267	520	20	23
Annet høyskoleutdannet terapipersonell ²	1 163	1 372	1 483	209	320	15	14
Universitets- og høyskoleutdannet personell totalt	7 182	8 315	9 582	1 133	2 400	83	107
Årsverk totalt	13 654	15 013	15 907	1 359	2 253	100	100

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

1) Omfatter også vernepleiere

2) Omfatter sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter barnevernspedagoger, miljøterapeuter og annet helse- og terapipersonell med høyskoleutdanning.

3) Tall for 2002 kan være korrigert siden prosjektets første rapport (Ådnanes og Sitter, 2004). Tallene for dette året kan derfor avvike noe fra 2002-tall i rapporten fra 2004.

Tabell 3.2 viser at universitets- og høyskoleutdannet personell har økt med 2400 årsverk i løpet av de sju første årene av opptrappingsperioden. Dersom man ser denne personelløkningen i forhold til den totale veksten i personell fra 1998 til 2005 (2253 årsverk), utgjør dette 107 prosent, noe som innebærer at personell uten høyskoleutdanning har gått ned i perioden. Dette er altså langt over målsettingen om 72 prosent.

For leger og sykepleiere har vi data som skiller årsverk med og uten spesialistutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid, og av tabell 3.2 ser vi at personellgruppene med spesialist- eller videreutdanning utgjør en større andel av økningen i personell enn gruppene uten spesialistutdanning.

For psykologer og annet terapipersonell med høyskoleutdanning har vi opplysninger om spesialistutdanning og videreutdanning fra 2001. I tabell 3.3 presenteres tall for disse to personellkategoriene.

Tabell 3.3 Antall og andel årsverk for psykologer og høyskoleutdannet terapipersonell med og uten spesialistutdanning / videreutdanning. 2001, 2002, 2005.

Årsverk	2001		2005		Endring 2001-05	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Prosent
Spesialister i klinisk psykologi	336	44	453	42	117	35
Andre psykologer	436	56	623	58	187	43
Psykologer totalt	772	100	1 076	100	304	39
Annet terapipers. med videreutd. i psyk. helsearbeid. ¹	288	24	534	36	246	85
Annet terapipers. uten videreutd. i psyk. helsearbeid. ¹	895	76	949	64	54	6
Annet terapipersonell totalt	1 183	100	1 483	100	300	25

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

1) Omfatter sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, barnevernspedagoger, miljøterapeuter og annet helse og terapipersonell med høyskoleutdanning.

Blant psykologer er andelen med spesialutdanning gått ned fra nær 44 prosent i 2001 til 42 prosent i 2005. Veksten i antall psykologårsverk er størst for de uten spesialistutdanning eller videreutdanning. Psykologer med spesialutdanning har økt med 35 prosent i perioden 2001-2005, mens tilsvarende tall for andre psykologer er 43 prosent.

For samlekategorien annet terapipersonell med høyskoleutdanning er veksten fra 2001 til 2005 på hele 85 prosent for de med videreutdanning i psykisk helsearbeid, mens tilsvarende tall for gruppen uten videreutdanning er seks prosent. For denne kategorien personell har andelen med videreutdanning gått opp fra 24 prosent til 36 prosent i perioden.

3.3.3 Mål om bemanningsøkning per plass i distriktpsikiatriske senter

Et annet mål knyttet til den kvalitative styrkingen av det psykiske helsevernet for voksne, er bemanningsøkning per plass i DPS'ene. Tabell 3.4 viser hvordan utviklingen har vært når det gjelder totale årsverk knyttet til sentrenes døgnenheter og døgnplasser i distriktpsikiatriske tilbud/sentra¹⁶ i perioden 1998 til 2005.

¹⁶ Klassifiseringen av institusjonstyper i dette tallmaterialet er i tråd med SAMDATA-rapportenes klassifisering, og har så langt det har vært mulig tatt utgangspunkt i institusjonenes funksjon og spesialiseringsgrad. Kategorien distriktpsikiatriske tilbud /sentra gjelder institusjoner som har et avgrenset opptaksområde hvor de skal yte allmennpsykiatrisk hjelp på ulike omsorgsnivå. Mange institusjoner har kommet langt i å utvikle slike tilbud, andre kortere. Dette innebærer at kategorien distriktpsikiatriske senter i dette tallmaterialet både består av fullverdige distriktpsikiatriske senter og av institusjoner under utvikling.

Tabell 3.4 Antall årsverk og døgnplasser i distriktpspsykiatriske tilbud/sentra. 1998 - 2005.

	Årsverk i DPS	Døgnplasser i DPS	Antall årsverk per døgnplass i DPS
1998	2 111	1 487	1,42
2002	4 176	2 091	1,96
2005	4 290	2 009	2,14

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

Både antall døgnplasser og årsverk i distriktpspsykiatriske sentra har økt kraftig i perioden 1998 til 2005. Dette er i tråd med Opptappingsplanens målsetting om omstrukturering av tjenestetilbudet til voksne hvor utbygging av distriktpspsykiatriske sentra og vekst i antall døgnplasser for aktiv behandling står sentralt. Fra 1998 økte bemanningsfaktoren fra 1,4 årsverk per døgnplass til 2,1 i 2005. Dette tilsvarer en vekst på 50 prosent, og er en betydelig styrking av DPS-tilbudet. Mangelen på normer for hva som er god nok bemanning, gjør at det er vanskelig å bedømme hvor langt en er kommet i å bemanne DPS-enes døgnenheter (SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005).

3.3.4 Mål om 400 flere fagpersoner i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge

I Opptappingsplanen presiseres behovet for styrking av psykisk helsevern for barn og unge som fagfelt. En viktig målsetting er at flere barn og unge skal få psykiatrisk bistand. Dette bekreftes også i Sosial- og helsedirektoratets rapporter angående Opptappingsplanenes status for 2003 (Sosial- og helsedirektoratet Rapport 15-1127), og videre tiltak (Sosial- og helsedirektoratet Rapport 15-1128), hvor barn og unge blir utpekt som en av de særskilte gruppene det skal satses på i Opptappingsplanen.

Et sentralt virkemiddel er å styrke den polikliniske virksomheten både i form av økt produktivitet og kapasitet. Den konkrete målsettingen i Opptappingsplanen når det gjelder personell, er å øke personellinnsatsen i poliklinisk virksomhet med 400 flere fagpersoner. Med fagpersoner menes personell med minimum treårig helsefaglig utdanning. Vi forutsetter i fortsettelsen at *en* fagperson tilsvarer *ett* årsverk.

Tabell 3.5. Polikliniske fagårsverk i psykisk helsevern for barn og unge. Absolutte tall og endring 1998-2005.

Årsverk	1998	2002	2005	Endring 1998-2005	
				Antall	Prosent
Psykiatere og andre leger	115	157	168	53	46
Psykologer	305	430	523	218	72
Sosionomer	185	244	257	72	39
Annet terapipersonell med høyskoleutdanning ¹	175	322	385	210	120
Totalt antall fagårsverk i poliklinisk virksomhet	780	1 153	1 333	553	71
Årsverk totalt	2 155	2 882	3 203	1 048	49

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

1) Omfatter pedagoger og miljøterapeuter med høyskoleutdanning.

Tabell 3.5 viser utviklingen i antall fagårsverk i poliklinisk virksomhet i perioden 1998 - 2005. Fra 1998 til 2005 økte antall polikliniske fagårsverk med 71 prosent. Dette tilsvarer 553 nye årsverk i perioden. Målsettingen om 400 flere fagårsverk i poliklinisk virksomhet ble allerede innfridd i 2003.

Til sammenlikning ser vi at totalt antall årsverk i psykisk helsevern for barn og unge i perioden har økt med 49 prosent. Veksten i polikliniske fagårsverk utgjør nær 53 prosent av den totale årsverksveksten i perioden. Dette bekrefter at det har skjedd en særskilt styrking av fagpersonell i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge så langt i gjennomføringen av Opptappingsplanen.

Det er kategorien "Annet terapipersonell med høyskoleutdanning" som har hatt den største veksten i poliklinikk i perioden med en økning på 120 prosent fra 1998 til 2005. Denne gruppen utgjør den nest største faggruppen i polikliniske virksomhet i 2005. Psykologene har også hatt en kraftig vekst på 72 prosent i perioden, og har i hele perioden vært den største personellgruppen innen poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge. Økningen i antall legeårsverk har også vært betydelig i perioden, med en vekst på 46 prosent.

3.3.5 Mål om ca 375 leger og ca 756 psykologer til spesialisthelsetjenesten

En av Opptappingsplanens klare målsettinger er økt vekt på aktiv behandling innen psykisk helsevern. Dette vil spesielt medføre et økt behov for leger og psykologer både i psykisk helsevern for barn og unge og for voksne.

Totalt sett definerer Opptappingsplanen et behov for 375 leger og 940 psykologer. Behovet for 184 psykologer spesifiseres til kommunehelsetjenesten. Vi antar derfor at spesialisthelsetjenesten skal tilføres 375 leger og ca 756 psykologer.

I tillegg definerer Opptappingsplanen det også som et mål å få 50 prosent flere privatpraktiserende psykiatere og psykologer med driftsavtale (se avsnitt 3.3.6).

Tabell 3.6 viser utviklingen for leger og psykologer i psykisk helsevern for barn, unge og voksne i perioden 1998 til 2005.

Tabell 3.6 Antall årsverk for leger og psykologer i psykisk helsevern (barn/unge og voksne). 1998, 2002 og 2005.

Årsverk	1998	2002	2005	Endring 1998-2005	
				Antall tall	Prosent
Leger	1 036	1 222	1 410	374	36
Psykologer	1 009	1 414	1 741	732	73
Totalt leger og psykologer	2 045	2 637	3 151	1 106	54

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

I løpet av opptappingsperiodens sju første år har antallet legeårsverk i psykisk helsevern økt med 374 (36 prosent), mens det for psykologer har vært en vekst på 732 årsverk (73 prosent).

Målet om 375 nye legeårsverk er dermed nær sagt nådd i 2005. Målsettingen om omlag 756 nye psykologer i psykisk helsevern er også snart innfridd. Dersom den årlige veksttakten siste år fortsetter, er denne målsettingen innen rekkevidde i 2006. Opptappingsplanen definerer ikke behovet for spesialister innefor disse personellkategoriene.

3.3.6 Mål om 50 prosent flere psykologer og leger med driftsavtale

Tabell 3.7 viser utviklingen med hensyn til leger og psykologer med fylkeskommunal driftsavtale fram til og med 2001, og driftsavtale med regionale helseforetak fra 2002 til 2005.

Tabell 3.7 Årsverk for privatpraktiserende psykiatere og psykologer med fylkeskommunal/ regional driftsavtale. 1997-2005.

					Endring 1997-2005		Endring 1998-2005	
	1997	1998	2002	2005	Absolutte tall	Prosent	Absolutte tall	Prosent
Leger	56	167	163	173	117	209	6	4
Psykologer	98	388	403	412	314	320	24	6
Totalt	154	555	567	585	431	280	30	5

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

Tabell 3.7 viser en kraftig vekst i årsverk for privatpraktiserende leger/psykiatere og psykologer med fylkeskommunal/regional driftsavtale i perioden 1997 til 2005. Grunnen til den markante økningen fra 1997 til 1998 er at det fant sted en reform der det ble inngått nye avtaler med tidligere avtaleløse spesialister. Etter 1998 har veksten i nye driftsavtaler vært marginal. Fra 2001 til 2005 er det kun en økning på seks årsverk for privatpraktiserende leger med driftsavtale og 24 årsverk for privatpraktiserende psykologer. Dersom man regner 1997 som basisår, er målsettingen om 50 prosent flere psykologer og leger med driftsavtale oppfylt flere ganger. Regnes imidlertid 1998 som utgangår, er målsettingen på langt nær innfridd. I følge SAMDATA psykisk helsevern 2005 er det nærliggende å anta at reformen i 1998 var ment som et "engangsløft" for å styrke tilgjengeligheten til privatpraktiserende spesialister.

3.3.7 Personelløkning i spesialisthelsetjenesten sett i forhold til Opptappingsplanens måltall totalt

Innledningsvis ble Opptappingsplanens måltall vedrørende rekruttering totalt, og i forhold til tjenester, presentert og kommentert (jfr. tab. 1.1, 1.2 og 1.3). Det ble gjort et poeng ut av at sum måltall i planen vedrørende spesialisthelsetjenesten utgjorde kun 3000 årsverk. Ettersom sum årsverk, definert til kommunehelsetjenesten, er på 4769, omlag halvparten av totalmålet på 9275, ble det stilt spørsmål ved hvor de resterende 1500 årsverkene er tiltenkt. Om vi går ut fra at det totale antallet årsverk skal fordeles omtrent likt på spesialisthelsetjeneste og kommuner, skulle sum antall årsverk i spesialisthelsetjenesten utgjøre omlag 4500. På denne bakgrunn kan vi gå ut fra at de 1500 årsverkene skal til spesialisthelsetjenesten.

I perioden 1998 til 2005 utgjør netto rekruttering til spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern for barn, unge og voksne) 3301 årsverk (se tabell 3.8). Dette utgjør en gjennomsnittlig årlig endring på 472 årsverk. Forutsatt en noe lavere vekst per år (ca 400 årsverk) resten av planperioden, vil man innen utgangen av 2008 nå målet om 4500 årsverk i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3.8 Totale årsverk i psykisk helsevern for voksne, barn og unge og samlet. 1998, 2002 og 2005.

	1998	2002	2005	Endring 1998-2005
Årsverk i psykisk helsevern for voksne	13 654	15 058	15 907	2 253
Årsverk psykisk helsevern for barn og unge	2 155	2 882	3 203	1 048
Årsverk i psykisk helsevern samlet	15 809	17 940	19 110	3 301

Kilde: SSB og SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrapport 2005.

3.3.8 Oppsummering vedrørende Opptappingsplanens mål for personellinnsats i spesialisthelsetjenesten

Netto rekruttering til spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern for barn, unge og voksne) er 3301 årsverk for perioden 1998 til 2005, noe som utgjør en årlig endringstakt på 472 årsverk. Forutsatt en noe lavere vekst per år (ca 400 årsverk) resten av planperioden, vil man oppnå målet om 4500 flere årsverk i psykisk helsevern innen planperiodens slutt i 2008.

I psykisk helsevern for voksne er Opptappingsplanens mål om 2 300 nye årsverk i løpet av planperioden nær nådd i 2005 med 2253 nye årsverk. Personelløkningen har relativt sett vært størst innen poliklinisk virksomhet med en vekst på 51 prosent. Tilsvarende har økningen innen døgn- og dagvirksomheten vært på 11 prosent. Dersom den årlige vekst opprettholdes i resten av planperioden, vil målet om 2 300 nye årsverk være nådd allerede i 2006.

Opptappingsplanen spesifiserer ingen målsetting i forhold til endelig andel personell med høyere utdanning i psykisk helsevern etter endt opptappingsperiode. Imidlertid angis mål om at veksten i universitets- og høyskoleutdannet personell skal utgjøre 72 prosent av total personelløkning i planperioden. I perioden 1998-2005 utgjør veksten i universitets- og høyskoleutdannet personell 107 prosent av total personellvekst, altså langt over målsettingen om 72 prosent.

En annen målsetting har vært å øke bemanningen i DPS'ene. I løpet av perioden 1998 til 2005 har antall årsverk per døgnplass i DPS'ene økt fra 1,4 til 2,1. Dette tilsvarer en vekst på 50 prosent og innebærer en klar styrking av tilbudet. Denne utviklingen er i tråd med Opptappingsplanens mål om omstrukturering av tjenestetilbudet og vekst i antall døgnplasser for aktiv behandling.

Når det gjelder målsettingen om 400 flere polikliniske fagpersoner til psykisk helsevern for barn og unge, ble dette allerede innfridd i 2003.

Utviklingen for lege- og psykologårsverk har hittil i planperioden vært tilfredsstillende i forhold til Opptappingsplanens måltall for det psykiske helsevernet. For leger er målet om 375 flere legeårsverk nær nådd med 374 legeårsverk i 2005. Dersom veksten fortsetter for psykologer, vil man også oppnå målet om 756 nye årsverk i løpet av 2006. Antagelsen i Opptappingsplanen om at det ville bli en viss mangel på leger og psykologer, ser derfor ikke ut til å stemme i forhold til måltallene på nasjonalt nivå. Dette forutsetter imidlertid at veksten fortsetter for psykologer ut 2006.

3.4 Personelldekning på regionalt nivå 1998 – 2005

Vi har konstatert en betydelig personelløkning både innen psykisk helsevern for barn og unge og for voksne i løpet av Opptrappingsplanens sju første år. Opptrappingsplanens målsettinger angående personelløkning på nasjonalt nivå er tildels innfridd i 2005, eller ser ut til å innfris innen planperiodens slutt i 2008.

Et sentralt spørsmål er imidlertid i hvilken grad personelltilgangen i psykisk helsevern er likeverdig fordelt geografisk, og om eventuelle geografiske variasjoner har blitt større eller mindre i perioden 1999 til 2005? Et av de mest sentrale helsepolitiske målsettinger de siste tiårene har nettopp vært et likeverdig tjenestetilbud med jevn høy kvalitet uavhengig av bosted (St meld 41 (1987-88)). Dette har også vært et viktig mål i Opptrappingsplanen.

I denne delen av kapitlet settes derfor fokus på regionale variasjoner i personelltilgang i psykisk helsevern fra Opptrappingsplanens start i 1999 (1998-tall) til 2005, sju år ut i planperioden.

Personelldekning (årsverk per 10 000 innbygger) kan som omtalt i avsnittet angående data og metode indikere grad av geografisk likeverdighet i tjenestetilbudet. Vi benytter derfor dekning av totalt personell som indikator, og forutsetter at et likeverdig tilbud av tjenester vil være avhengig av likeverdig tilgang til ressurser.

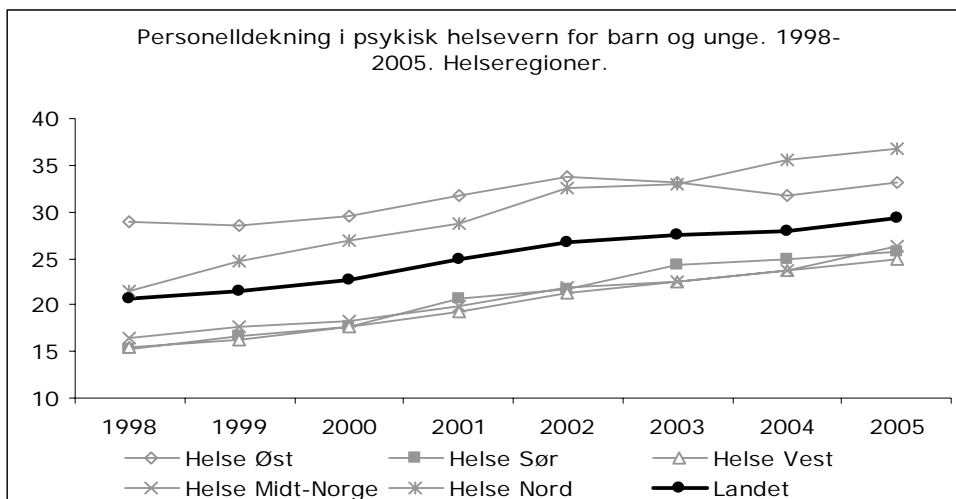
For mer informasjon om definisjoner, data og metode, se kapittel 3.2.

I det følgende presenteres først regional personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge (kapittel 3.6.2), deretter en tilsvarende presentasjon av tjenestetilbudet for voksne (kapittel 3.6.3). Det vil både vises personellrater for sektorene totalt, ulike typer driftsformer samt for ulike personellkategorier.

3.4.1 Regional personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge

Figur 3.1 viser utvikling i total personelldekning innen psykisk helsevern for barn og unge for de fem helseregionene i perioden 1998 til 2005.

Figur 3.1 Total personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.



Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

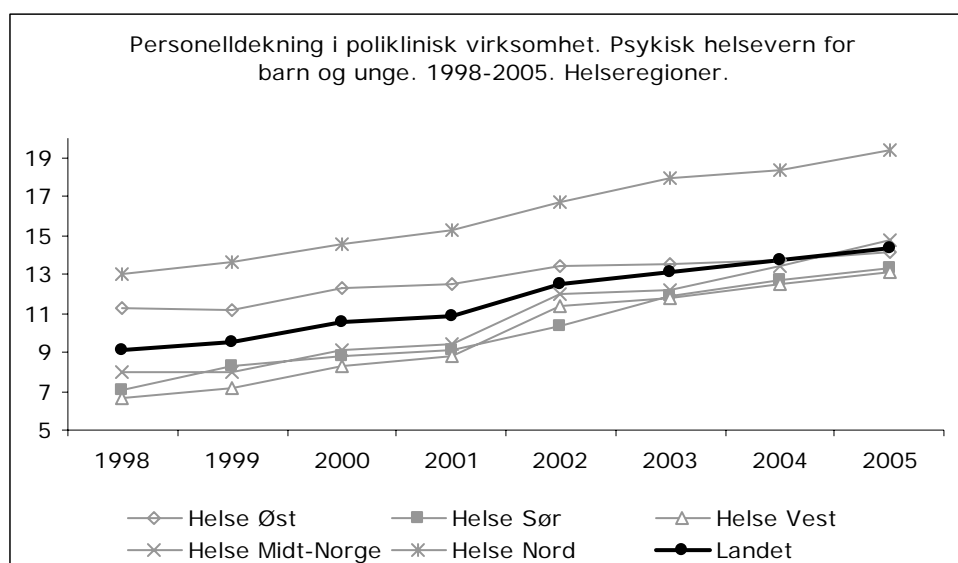
Innen psykisk helsevern for barn og unge ser vi at det er relativt stor variasjon mellom regionene når det gjelder dekningsgrad for personell. Helse Øst og Helse Nord har i hele perioden hatt betraktelig høyere dekningsgrad enn de øvrige helseregionene. Ved starten

av perioden var raten for personelldekning i Helse Øst 89 prosent høyere enn i Helse Sør, som på dette tidspunktet hadde laveste rate av helseregionene. Helse Nord har hatt den kraftigste veksten i perioden (71 prosent), og passerte Helse Øst i 2004. Regionen hadde i 2005 den høyeste personellraten med 37 årsverk per 10 000 innbygger under 18 år, mens Helse Vest hadde tilsvarende laveste rate med 25 årsverk. Dette betyr at Helse Nord i 2005 hadde 49 prosent høyere personelldekning enn Helse Vest. De øvrige regionene har hittil i opptrappingsperioden hatt tilnærmet parallelle løp både når det gjelder nivå på dekningsgrad og vekst.

Fra 1998 til 2005 har det dermed skjedd en tilnærming mellom regionene i personelldekning (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 13 i vedlegg). Dette tilsier at utviklingen i perioden har gått i retning av mer likeverdige tilbud for barne- og ungdomsbefolkningen i regionene.

Figur 3.2 viser tilsvarende utvikling for poliklinisk personell.

Figur 3.2 Personelldekning i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.

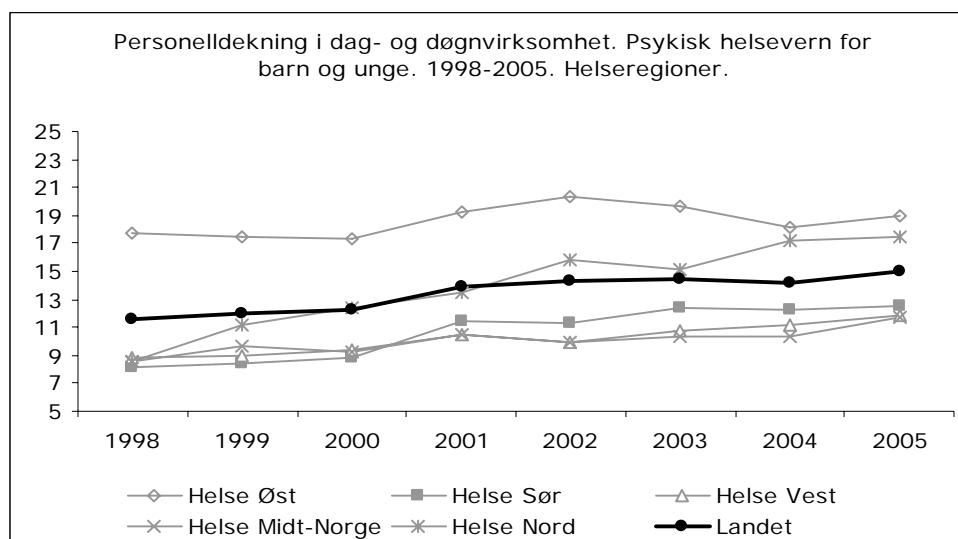


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Utviklingen i poliklinisk personell preges også av variasjon mellom regionene og kraftig vekst. Barn og unge i Helse Nord har en langt høyere tilgang på polikliniske tjenester målt i antall årsverk, enn befolkningen i de øvrige regionene. Regionen har i hele perioden stått i en særstilling blant regionene, og i 1998 var dekningen av poliklinisk personell nær dobbelt så høy i Helse Nord sammenliknet med Helse Vest som da hadde lavest dekning blant regionene. I 2005 er variasjonene mellom regionene mindre (48 prosent høyere), noe som delvis skyldes at veksten i Helse Nord (49 prosent) har vært relativt mindre enn veksten i Helse Vest (100 prosent), Helse Sør (86 prosent) og Helse Midt-Norge (84 prosent). Samtidig har Helse Øst som i starten av perioden hadde den nest høyeste dekningen, hatt minst vekst i perioden (24 prosent) og dermed nærmet seg de tre andre regionene. Hvis man ser bort fra Helse Nord, har det vært en markert tilnærming i personellrate mellom de fire øvrige regionene i perioden. Men også ved å inkludere Helse Nord viser variasjonskoeffisienten CV at variasjonen er mindre i 2005 enn i 1998 (se variasjonsmål i tabell v 13 i vedlegg).

Figur 3.3 viser personelldekningen i døgn- og dagvirksomheten innen psykisk helsevern for barn og unge.

Figur 3.3 Personelldekning i døgn- og dagvirksomhet i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.



Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

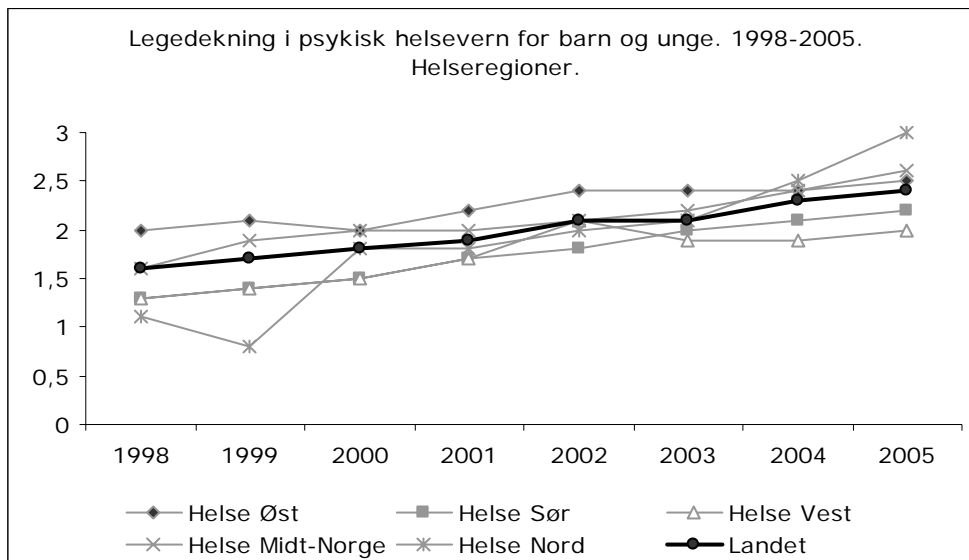
Figurene som fremstiller personelldekningen for ulike typer virksomheter innen psykisk helsevern, belyser hvordan regionene vektlegger ulike behandlingstilbud til barn og unge. Av figur 3.3 ser vi eksempelvis at Helse Øst har en behandlingsprofil hvor døgn- og/eller dagbehandling har stått langt sterkere enn for de øvrige regionene. I starten av planperioden hadde Helse Øst over dobbelt så høy dekningsgrad knyttet til denne type virksomhet sammenliknet med de andre regionene. I 2005 er forskjellene mellom regionene mindre, Helse Øst hadde da 62 prosent høyere personelldekning enn Helse Midt-Norge. Dette skyldes delvis at Helse Øst har hatt svakere vekst (7 prosent) enn de andre regionene i perioden, og at Helse Nord har hatt en kraftig styrking av bemanningen knyttet til døgn- og dagtilbudet i regionen. Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør har hatt en vekst på henholdsvis 32, 37 og 54 prosent. Variasjonskoeffisienten CV bekrefter at det har vært en utjevning mellom regionene i perioden 1998 til 2005 (se variasjonsmål i tabell v 13 i vedlegg).

3.4.1.1 Utvikling i ulike personellkategorier – psykisk helsevern for barn og unge

Legedekning

Figur 3.4 viser dekingen av psykiatere og andre leger innen psykisk helsevern for barn og unge i perioden 1998 til 2005.

Figur 3.4 Personelldeking for leger i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.

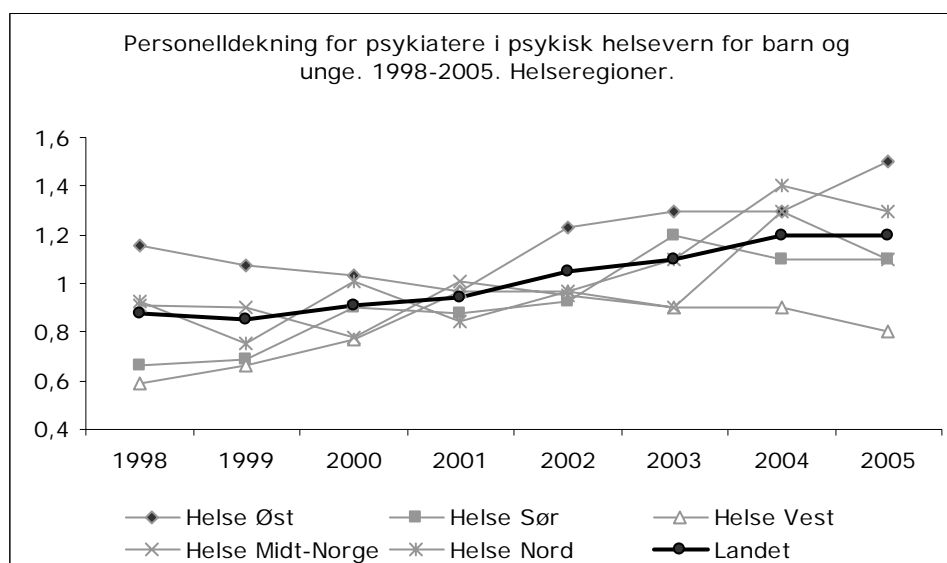


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Den totale legedekningen for barne- og ungdomsbefolkningen er i løpet av perioden steget fra 1,6 leger per 10 000 innbyggere til 2,4 leger, det vil si en økning på 50 prosent. Samtlige regioner har hatt vekst i legedekningen, men endringstakten har variert. Fra å ha laveste dekningsgrad i 1998, har Helse Nord utviklet seg til å ha høyest legedekning i 2005. Regionen har i perioden hatt en vekst på 173 prosent. Helse Øst som fram til 2003 hadde den høyeste dekingen av leger blant regionene, har den laveste veksten (25 prosent) i perioden. De tre øvrige regionene har styrket legedekningen betraktelig med en vekst på mellom 54 og 69 prosent. I perioden 1998 til 2005 har det skjedd en utjevning mellom regionene i dekningsgraden av leger (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 13 i vedlegg). I 1998 hadde Helse Øst 82 prosent høyere personelldeking enn Helse Nord som da hadde laveste deking. I 2005 hadde Helse Nord høyeste dekningsgrad og denne lå 50 prosent høyere enn dekningsgraden for Helse Vest som på dette tidspunktet hadde laveste legedekning.

Figur 3.5 viser utviklingen for psykiatere, adskilt fra andre leger.

Figur 3.5 Personelldekning for psykiatere i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.



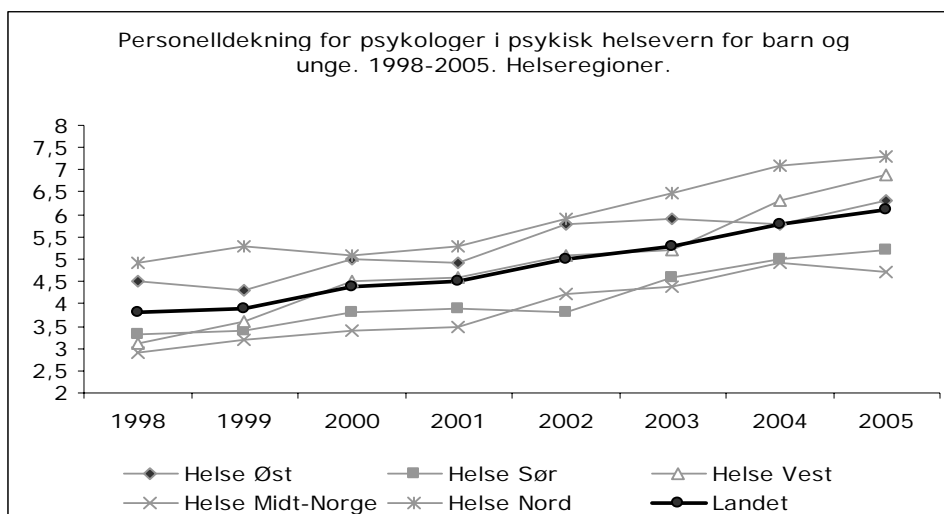
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Dersom man ser isolert på utviklingen for psykiatere, viser figuren over naturlig nok at veksten er noe lavere enn for leger totalt. Dette gjelder spesielt for Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Samtidig ser man at fra 1998 til 2001 var det en klar tendens til utjevning mellom regionene. Etter dette har forskjellene igjen blitt større, og i 2005 er variasjonene i dekningsgrad mellom regionene nær 1998-nivå. Helse Øst har med unntak for året 2004, den høyeste dekningsgraden av psykiatere i hele perioden. Helse Sør har hatt den kraftigste veksten i dekningsgrad, mens Helse Vest har den laveste dekningsgraden i store deler av perioden. I 2005 hadde Helse Øst 87 prosent høyere dekningsgrad av psykiatere enn Helse Vest.

For landet totalt har dekningsgraden økt fra 0,9 årsverk per 10 000 innbygger i 1998 til 1,2 i 2005.

Figur 3.6 viser utviklingen for psykologer i perioden 1998 til 2005.

Figur 3.6 Personelldekning for psykologer i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.



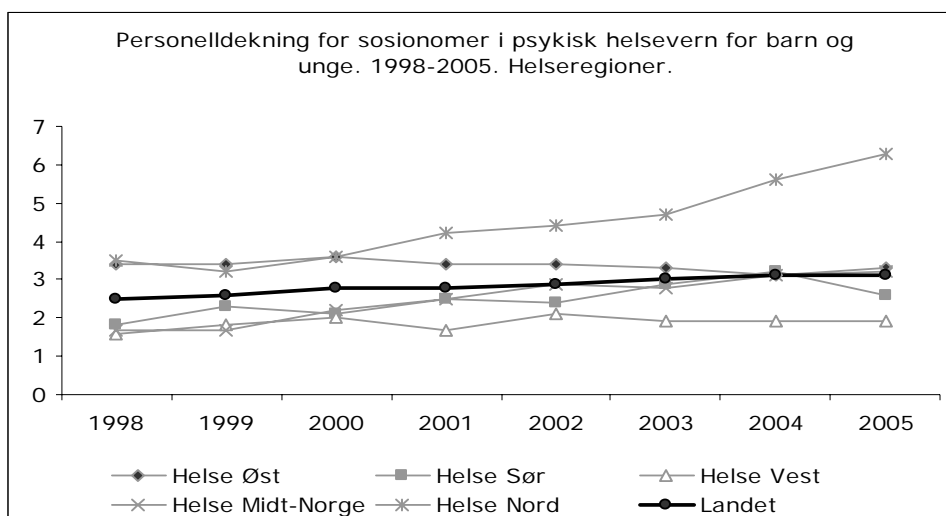
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

I løpet av planperioden har det vært en klar styrking av psykologdekningen innen psykisk helsevern for barn og unge. Totalt har dekningen for landet økt fra 3,8 til 6,1 psykologer per 10 000 innbyggere, en økning i raten på 61 prosent i perioden.

Blant regionene har Helse Vest den klart største veksten fra 3,1 til 6,9 psykologårsverk, en økning på 123 prosent. Helse Nord har den høyeste psykolograten i hele perioden, mens Helse Midt-Norge og Helse Sør i samme tidsrom har laveste dekning. I 2005 hadde Helse Nord 55 prosent høyere psykologdekning enn Helse Midt-Norge. Forskjellene mellom regionene er noe redusert i hittil i planperioden (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 13 i vedlegg).

Figur 3.7 viser utviklingen for sosionomer fra 1998 til 2005.

Figur 3.7 Personelldekning for leger i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.

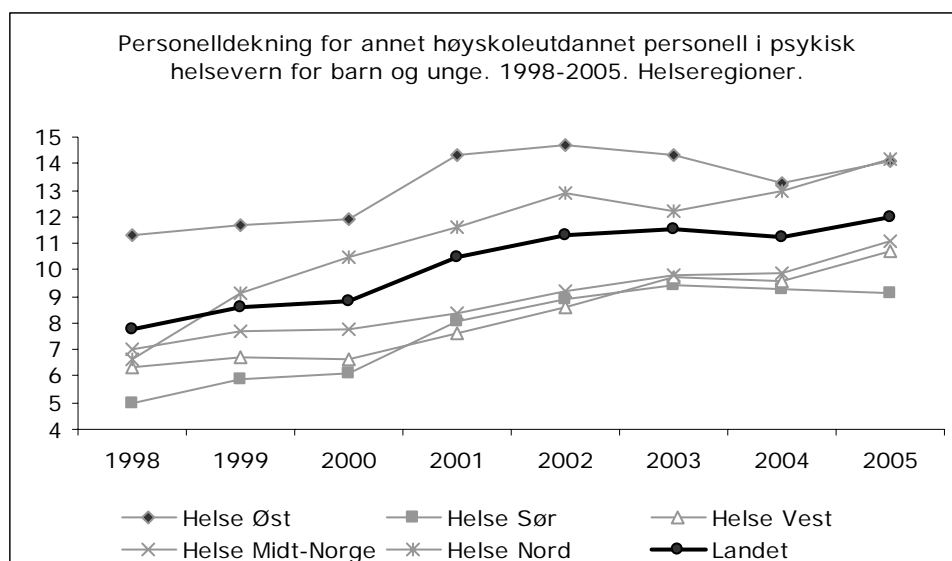


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrappporter fra 1998 - 2005.

Når det gjelder personellkategorien sosionomer, har det også for denne gruppen vært en økning i personelldekning landet sett under ett (24 prosent). Helse Nord skiller seg ut med en kraftig vekst i siste halvdel av perioden, og har i 2005 en langt høyere dekning av sosionomer enn de øvrige regionene. Mens raten for landet viser 3,1 sosionomer per 10 000 innbyggere i 2005, har Helse Nord dobbelt så høy dekningsgrad med 6,3 sosionomer per 10 000 innbyggere. Regionene har over 200 prosent høyere dekning av sosionomer enn Helse Vest i 2005. Helse Midt-Norge har også hatt en kraftig vekst i raten for sosionomer i perioden med 88 prosent økning, og ligger i 2005 i overkant av landsgjennomsnittet. Helse Øst er den eneste regionen med lavere dekningsgrad i 2005 enn i 1998. Regionen lå imidlertid i utgangspunktet høyt, og har fortsatt i 2005 noe høyere dekning enn landet sett under ett. Dersom man ser bort fra Helse Nord, har det i perioden vært en tilnærming mellom regionene i dekning av sosionomer. Men totalt, inkludert Helse Nord, er det blitt større regionsvise variasjoner i dekningsgrad for sosionomer i perioden.

Figur 3.8 viser personelldekningen for øvrig personell med høyskoleutdanning¹ i psykisk helsevern for barn og unge.

Figur 3.8 Personelldekning for annet høyskoleutdannet personell¹ i psykisk helsevern for barn og unge. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Etter helseregion. 1998-2005.



Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

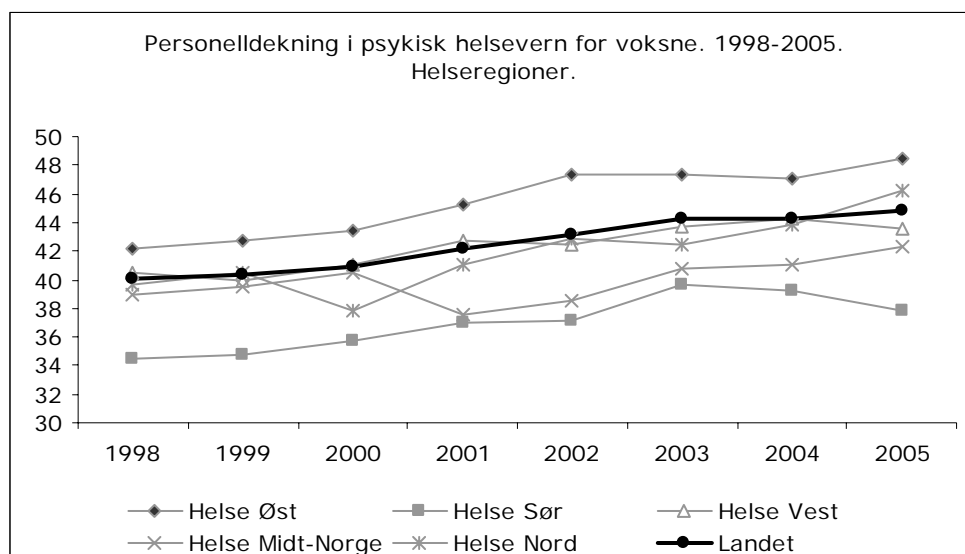
1) Omfatter pedagoger og miljøterapeuter med høyskoleutdanning.

Denne samlekategorien av personellgrupper utgjør en betydelig andel av bemanningen rettet mot barn og unge innen psykisk helsevern. Figuren viser at det har vært en kraftig vekst i dekningen av disse personellgruppene både regionvis og landet sett under ett. Helse Nord skiller seg ut med en vekst på 115 prosent i perioden. Mens regionen i 1998 hadde en dekning på 6,6 årsverk per 10 000 innbyggere, var tilsvarende rate for regionen 14,2 i 2005. På dette tidspunktet hadde regionen 56 prosent høyere personelldekning enn Helse Sør. Foruten Helse Øst som har hatt relativt moderat vekst i dekningsgrad (25 prosent) i perioden, har veksten for de øvrige regionene vært på mellom 60 og 80 prosent. Det har vært utjevning i dekningsrad mellom regionene fra 1998 til 2005 (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 13 i vedlegg).

3.4.2 Regional personelldekning i psykisk helsevern for voksne

Figur 3.9 viser total personelldekning innen psykisk helsevern for voksne i perioden 1998 til 2005.

Figur 3.9 Total personelldekning i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.



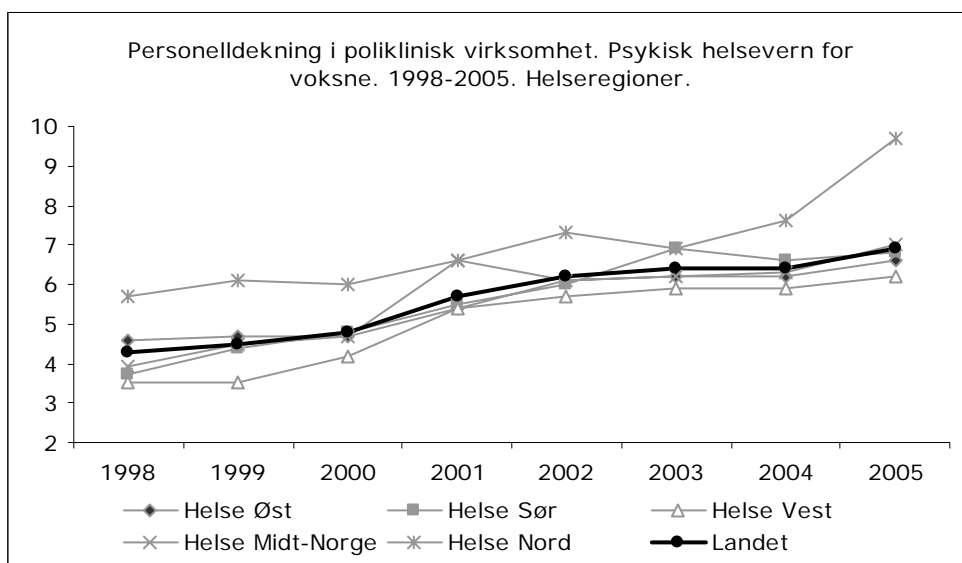
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Personelldekningen i tjenestene for voksne har økt for alle de fem helseregionene hittil i Opptrappingsperioden. For landet totalt har antall årsverk per 10 000 innbyggere økt fra 40 i 1998 til 45 i 2005. Dette tilsvarer en vekst på nær 12 prosent i perioden.

Blant regionene har Helse Øst den høyeste personelldekning i hele perioden. Tilsvarende har Helse Sør laveste dekningsgrad i samme periode, og avstanden mellom regionene er ikke redusert hittil i Opptrappingsperioden. Mens Helse Øst i 1998 hadde 22 prosent høyere personelldekning enn Helse Sør, hadde forskjellen økt til 28 prosent i 2005. Variasjonskoeffisienten CV viser også at forskjellene mellom regionene har økt noe fra 1998 til 2005 (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 12 i vedlegg). Dette skyldes delvis nedgang i personellinnsatsen i Helse Sør de to siste årene, samt økning i personellraten for Helse Øst fra 2004 til 2005.

Figur 3.10 viser den regionsvise utviklingen i personelldekning i poliklinisk virksomhet fra 1998 til 2005.

Figur 3.10 Personelldekning i poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.

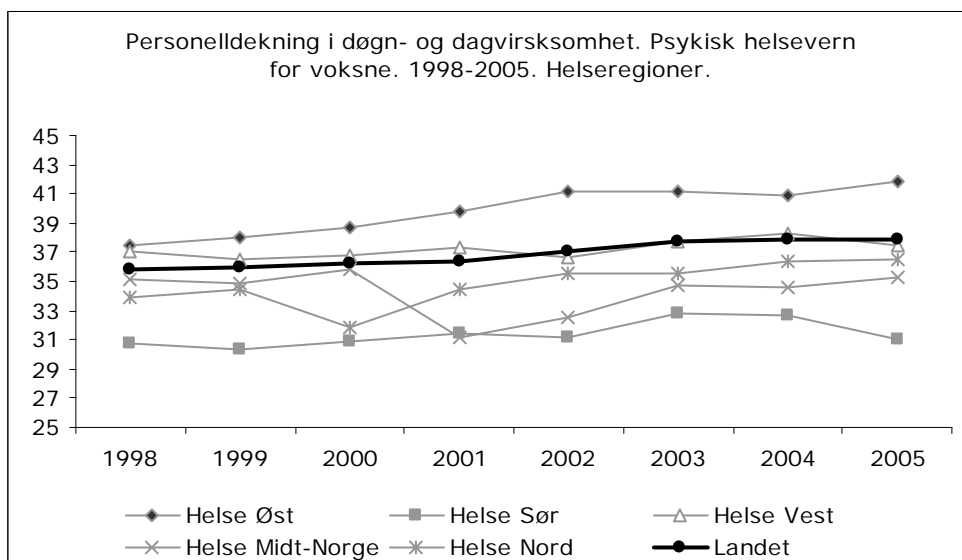


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrappporter fra 1998 - 2005.

Når man ser på personell som kun er knyttet til poliklinisk virksomhet, ser bildet noe annerledes ut. I denne delen av virksomheten (som utgjør 15 prosent av totalt personell), har personelldekningen økt kraftig, hele 61 prosent for landet totalt fra 1998 til 2005. Samtlige regioner har hatt markert vekst i poliklinisk personelldekning. Helse Sør har hatt den sterkeste økningen med 83 prosent, mens Helse Øst har den laveste veksten med 44 prosent. Helse Nord skiller seg imidlertid ut. Regionen ligger høyest i dekning i hele perioden, og har en kraftigere vekst enn de øvrige regionene fra 2003 til 2005. Dette skyldes delvis at ambulante team fra 2005 er rapportert særskilt og er inkludert i polikliniske årsverk (SAMDATA psykisk helsevern, Sektorrappport 2005). Dette er en sentral årsak til at det ikke har vært utjevning i dekningsgrad mellom regionene i perioden (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 12 i vedlegg). Helse Nord har i 2005 56 prosent høyere dekning av poliklinisk personell enn Helse Vest som hadde laveste dekning på dette tidspunktet. De øvrige regionene har et relativt likt forløp når det gjelder nivå og utvikling av poliklinisk dekningsgrad i perioden. Helse Vest har laveste polikliniske rate i hele perioden.

Figur 3.11 viser hvordan dekningen av personell knyttet til døgn- og dagvirksomheten for voksne har utviklet seg i perioden. I 2005 utgjør denne delen av virksomheten 85 prosent av bemanningen i tjenestene for voksne.

Figur 3.11 Personelldekning i døgn- og dagvirksomhet i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.



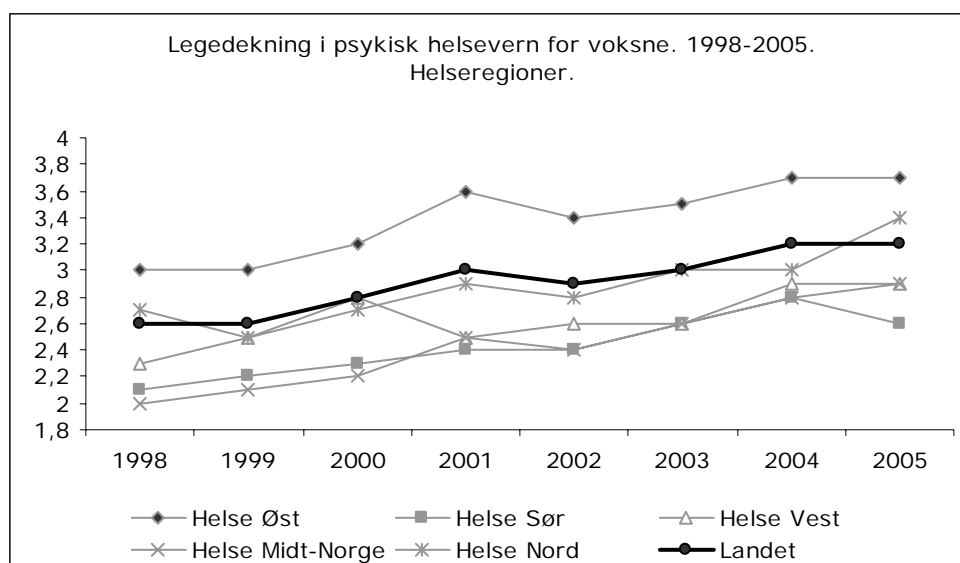
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

I døgn- og dagvirksomheten ser man en langt lavere vekst i personelldekning i perioden enn hva tilfelle har vært for poliklinisk virksomhet. Det er kun Helse Øst (11,5 prosent) og til dels Helse Nord (nær 8 prosent) som har hatt vekst av betydning i dekningsgrad. Blant de øvrige regionene er veksten kun marginal. Helse Øst har høyeste dekning i hele perioden, mens Helse Sør ligger lavest. Avstanden mellom regionene har økt noe i perioden (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 12 i vedlegg) og i 2005 har Helse Øst 35 prosent høyere dekning enn Helse Sør.

3.4.2.1 Utvikling i ulike personellkategorier – psykisk helsevern for voksne

Figur 3.12 viser den regionsvise personelldekningen for psykiatere og andre leger i tjenestene for voksne fra 1998 til 2005.

Figur 3.12 Personelldekning for leger i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.

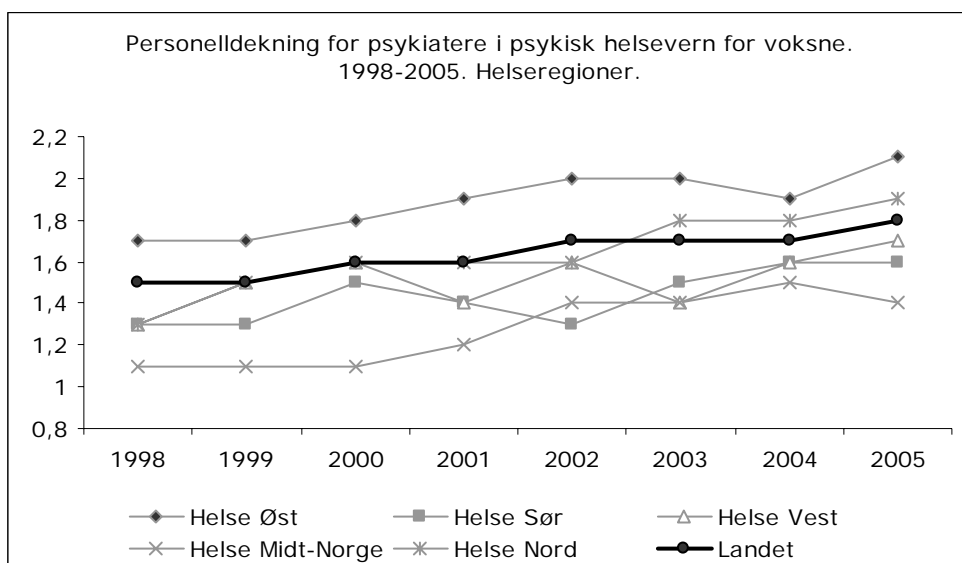


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Innen psykisk helsevern for voksne har det blitt flere leger per innbygger i løpet av Opptrappingsplanens sju første år. For landet totalt har legedekningen økt med 23 prosent i perioden, fra 2,6 til 3,2 leger per 10 000 innbyggere. Veksten har vært i samme størrelsesorden for regionene (23-26 prosent), med unntak av Helse Midt-Norge. Her har økningen vært kraftigere med 45 prosents vekst. Regionen hadde lavest dekningsgrad i 1998, men har i 2005 legedekning på linje med Helse Vest. Helse Øst har en legerate klart over de andre regionene i hele perioden. I 1998 hadde regionen 50 prosent høyere legedekning enn Helse Midt-Norge, i 2005 42 prosent høyere dekning enn Helse Sør. Forskjellene mellom regionene er dermed noe redusert i perioden (se variasjonskoeffisienten CV i tabell v 12 i vedlegg).

Figur 3.13 viser utviklingen for psykiatere separat.

Figur 3.13 Personelldekning for psykiatere i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.

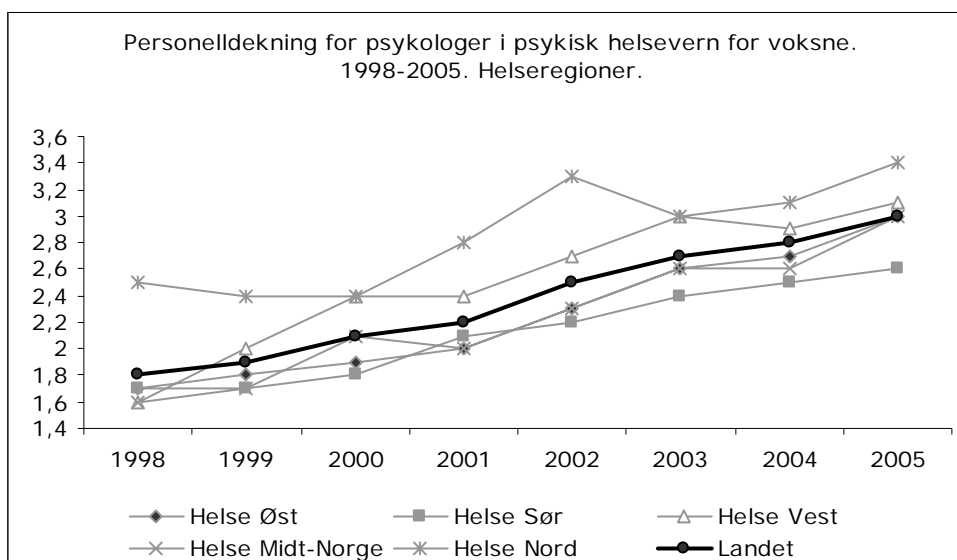


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Når man ser psykiatere adskilt fra andre leger, er utviklingen relativt lik som for leger totalt. Helse Øst topper psykiaterdekningen blant regionene og for fire av fem regioner ligger veksten på mellom 20 og 30 prosent. Forskjellen er at Helse Nord har kraftigere vekst enn de andre med en økning i psykiaterdekning på 46 prosent, og at Helse Midt-Norge har lavere vekst og lavest dekning av regionene i 2005. Forskjellene mellom regionene går litt ned i perioden, Helse Øst har 55 prosent høyere psykiaterdekning enn Helse Midt-Norge i 1998 og 50 prosent høyere dekning i 2005.

Figur 3.14 viser psykologer per 10 000 innbygger for perioden 1998-2005.

Figur 3.14 Personelldekning for psykologer i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.

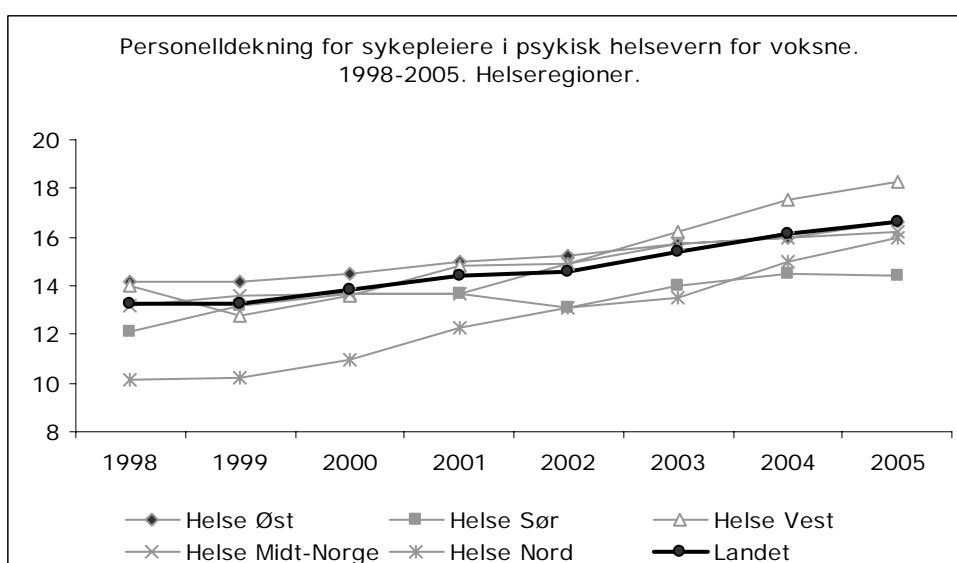


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Det har vært en kraftig vekst i psykologdekningen i psykisk helsevern for voksne. Fra 1,8 til 3 årsverk per innbygger for landet totalt, noe som tilsvarer en økning på 67 prosent. Blant regionene har imidlertid Helse Vest hatt den største veksten med nær en dobling av psykologdekningen i perioden (94 prosent vekst). Helse Nord har hatt den høyeste psykologdekning i hele perioden, men det har vært en tilnærming i dekning mellom regionene. Mens Helse Nord i 1998 hadde 56 prosent høyere dekning enn Helse Vest og Helse Midt-Norge, hadde regionene i 2005 31 prosent høyere rate for psykologer enn Helse Sør, som på dette tidspunkt hadde laveste dekningsgrad.

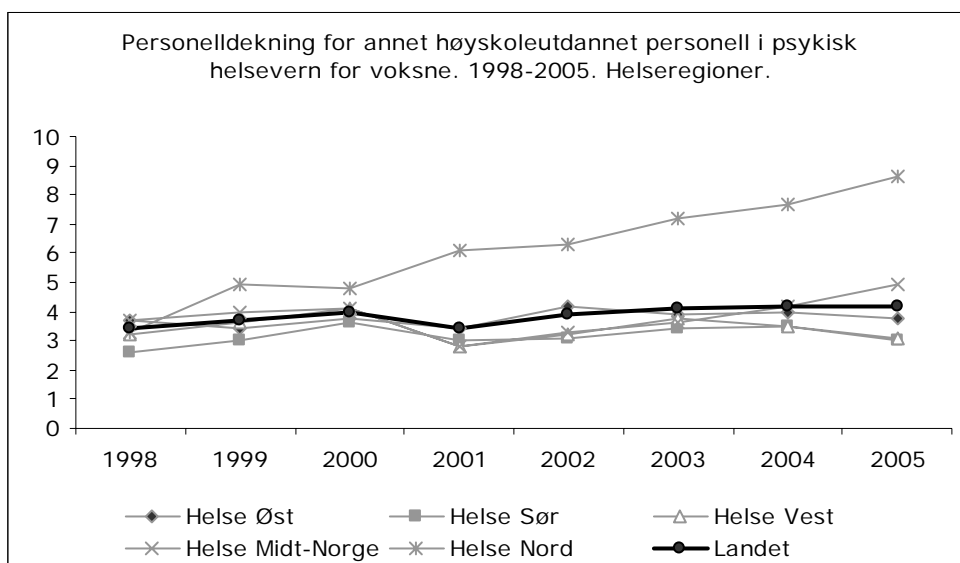
Figur 3.15 og 3.16 viser personelldekningen for sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell¹ for perioden 1998-2005.

Figur 3.15 Personelldekning for sykepleiere i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.



Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Figur 3.16 Personelldekning for annet høyskoleutdannet personell¹ i psykisk helsevern for voksne. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Etter helseregion. 1998-2005.



Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

1) Omfatter sosionomer, fysioterapeuter, ergoterapeuter barnevernspedagoger, miljøterapeuter og annet helse- og terapipersonell med høyskoleutdanning.

Når det gjelder dekningen av sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell har det vært tilnærmet lik utvikling landet sett under ett. Veksten i personelldekning er på henholdsvis 25 og 24 prosent i perioden. Men nivået er langt høyere for sykepleiere, med nær 17 sykepleiere per 10 000 innbyggere og 4 årsverk for annet høyskoleutdannet personell i 2005.

Regionene har også noe ulike bilder for de to personellkategoriene. Mens Helse Vest har den høyeste dekning av sykepleiere i 1998 og etter 2002, har regionen den laveste dekningen av annet høyskoleutdannet personell i 2005. For denne personellgruppen er det Helse Nord som ligger langt over de andre regionene, med over dobbelt så høy dekning som landsgjennomsnittet og 187 prosent høyere dekning enn Helse Sør i 2005. Regionen har hatt en markert vekst etter år 2000 for denne gruppen av personell.

For sykepleiere ser man en ujevning i personelldekning mellom regionene i perioden, og i 2005 har Helse Vest 27 prosent høyere dekning enn Helse Sør som har laveste dekning på dette tidspunktet. For annet høyskoleutdannet personell øker forskjellene i dekningsgrad mellom regionene etter år 2000. Dette skyldes primært den kraftige veksten i Helse Nord.

3.4.3 Oppsummering av regionale variasjoner i personelldekning i psykisk helsevern

Med bakgrunn i den sentrale helsepolitiske målsettingen om geografisk likeverdige tjenestetilbud (St meld 41 (1987-88)), har vi i denne delen av kapitlet belyst regionale variasjoner i personelltilgang for perioden 1998 til 2005.

Innen psykisk helsevern for barn og unge har det i denne perioden vært en kraftig vekst i personelldekningen for samtlige regioner. For tjenesten sett under ett har veksten vært på nær 42 prosent. Det er imidlertid relativt store variasjoner mellom regionene når det gjelder nivået på personellratene. Helse Øst og Helse Nord har hittil i opptrappingsperioden stått i en særstilling med markert høyere personelldekning enn de øvrige helseregionene. Ved starten av perioden var personellraten i Helse Øst 89 prosent høyere enn i Helse Sør, som på dette tidspunktet hadde laveste rate av helseregionene. I 2005 er forskjellene mellom regionene mindre. Helse Nord hadde da høyeste rate med 49 prosent høyere dekning enn Helse Vest. I døgn- og dagvirksomheten er forskjellene større. Her har Helse Øst 62 prosent høyere personelldekning enn Helse Midt-Norge i 2005.

For alle driftsformer har det foregått en tilnærming mellom regionene i tilgangen på personell i psykisk helsevern for barn og unge hittil i Opptrappingsperioden. Det er mindre variasjoner i personelldekningen mellom regionene i 2005 enn i 1998. For døgn- og dagvirksomheten skyldes utjevningen mellom regionene delvis at Helse Øst har hatt svakere vekst (7 prosent) enn de andre regionene i perioden, og at Helse Nord har hatt en kraftig styrking av bemanningen knyttet til døgn- og dagtilbudet i regionen (103 prosent). For polikliniske tjenester har det vært en klar tilnærming mellom fire av de fem regionene – mens Helse Nord i 2005 fortsatt står i en særstilling med klart høyere dekning enn de andre regionene.

Når det gjelder de ulike personellkategoriene, ser man samme tendens med utjevning mellom regionene i dekningsgrad. Unntaket er dekningen av personellkategorien sosionomer, hvor forskjellene mellom regionene har økt i perioden. Helse Nord har en sosionomdekning som er over 200 prosent høyere enn raten i Helse Vest i 2005. Det er også klare regionsvise forskjeller i dekningen av andre personellgrupper. I 2005 er forskjellen mellom høyeste og laveste dekningsgrad 50 prosent eller mer for samtlige personellkategorier i psykisk helsevern for barn og unge.

Totalt viser de ulike målene for geografisk variasjon at utviklingen fra 1998 til 2005 har gått i retning av mer likeverdig personelltilgang for barne- og ungdomsbefolkningen i de ulike regionene. De regionsvise forskjellene er imidlertid betydelige for flere av målene knyttet til personellinnsats.

Det har også vært vekst i personelldekningen for samtlige regioner i psykisk helsevern for voksne i perioden 1998 til 2005, men i en annen størrelsesorden enn i tjenestene til barn og unge. Her varierer veksten for regionene med mellom åtte og 17 prosent, og totalt har tjenestene for voksne hatt en vekst i personelldekningen på nær 12 prosent.

I hele perioden har forskjeller i personelldekningen mellom regionene vært større innenfor tjenestene til barn og unge enn i tjenestene til voksne. I psykisk helsevern for voksne hadde Helse Øst i starten av perioden 22 prosent høyere personelldekning totalt enn Helse Sør, og 28 prosent høyere i 2005. Helse Øst og Helse Sør hadde henholdsvis høyeste og laveste rate på begge tidspunkt. Det har med andre ord ikke foregått en klar tilnærming mellom regionene i personelldekning i tilbudet til voksne – variasjonene har holdt seg relativt stabile i perioden. For både poliklinisk og døgn-/og dagvirksomhet har avstanden i personellratene mellom regionene økt noe i perioden. I 2005 har Helse Nord 56 prosent høyere dekning av poliklinisk personell enn Helse Vest som da hadde laveste rate, mens for døgn – og dagvirksomheten var avstanden mellom Helse Øst og Helse Sør 35 prosent på dette tidspunktet.

I tjenestene til voksne er de regionale variasjonene også mindre for de ulike personellkategoriene enn i tjenestene til barn og unge. For psykiatere er det imidlertid en betydelig forskjell mellom regionene, hvor Helse Øst har 50 prosent høyere dekning enn Helse Midt-Norge i 2005. For samlekategoriene "annet høyskoleutdannet personell" er også avstanden mellom regionene relativt stor i 2005, noe som skyldes sterk vekst i denne personellgruppen i Helse Nord etter år 2000.

3.5 Personelldekning på HF-nivå 2003 - 2005

Kapittel 3.4 har vist at det eksisterer klare forskjeller mellom de fem helseregionene i personelldekning både når det gjelder personell totalt, ulike driftsformer og ulike personellkategorier. Dette viser at befolkningen i de ulike helseregionene har ulik tilgang på personellressurser, noe som kan indikere at tjenestetilbud innen psykisk helsevern ikke er geografisk likverdig fordelt. Samtidig ser man en klar tendens til at variasjonene mellom regionene har blitt mindre i tjenestene til barn og unge i perioden fra 1998 til 2005.

I denne delen av kapitlet vil vi belyse variasjoner i personelldekning mellom helseforetak innad i de enkelte helseregioner for perioden 2003 til 2005. Personelltilgangen presenteres for befolkningen i helseforetakenes opptaksområder, dvs ut fra pasientenes bosted. Ved presentasjon av HF-tall er også tall for regionene tatt med. Disse avviker noe fra regiontallene i kapittel 3.3. Dette skyldes to forhold: For det første er årsverksinnsatsen ved Modum bads nervesanatorium fordelt ut på helseregionene (Modum er ikke tilknyttet

noe regionalt helseforetak, og inngår derfor ikke i ratene for de regionale helseforetakene i kapittel 3.3). I tillegg er regiontallene justert for bruk av tjenester fra andre helseregioner i denne delen av kapitlet.

Som omtalt i avsnitt 3.2 angående datagrunnlag og metode, skal data på HF-nivå tolkes med forsiktighet i forhold til å belyse geografisk likeverdige tjenestetilbud. Dette både fordi det er svakheter knyttet til personellrapporteringen på dette nivået, samt at foretakene kan ha ulike funksjoner og oppgaver innad i regionene og dermed ikke være direkte sammenliknbare. Videre viser tidligere forskning (Pedersen, Kalseth og Hagen 2002, Samdata 2006) at forskjeller i befolkningens behov for tjenester kan ha betydning på lavere aggregeringsnivå som fylker og foretaksområder. Faktiske forskjeller i ressursinnsats på slike nivå kan (men trenger ikke) derfor gjenspeile forskjeller i befolkningens behov for tjenester, som igjen kan være avhengig av flere forhold, eksempelvis tilgjengeligheten til kommunale tjenester.

Årsaken til at tallene ikke presenteres på foretaksnivå for 2002, er at dette ikke er tilrettelagt i SAMDATA-rapportene.

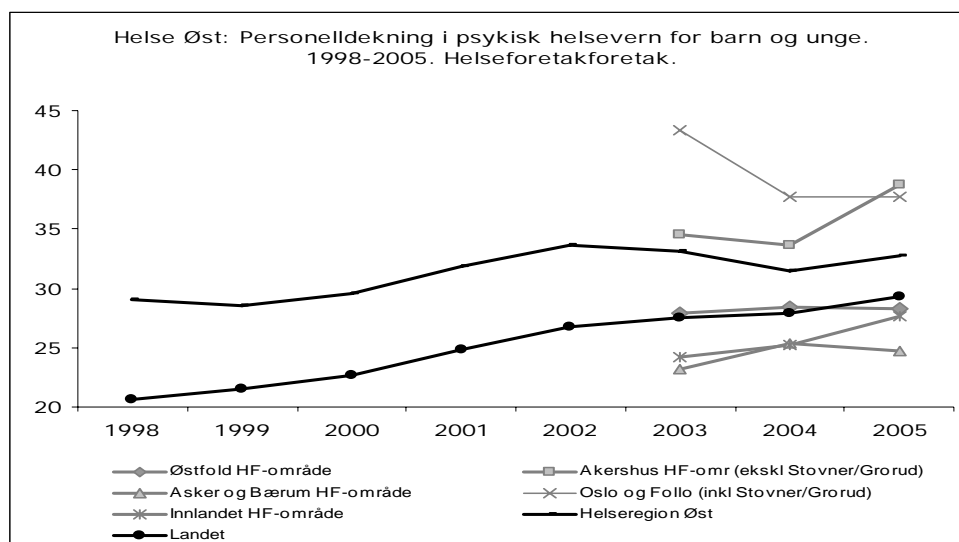
Som nevnt i avsnittet om datagrunnlag og metode må man være oppmerksom på at sammenlikning av helseforetak over tid, kan være problematisk på grunn av organisatoriske og strukturelle endringer. Dette kan være sammenslåing eller splitting av enheter, eller at deler av virksomhetene skilles ut eller overføres til andre forvaltningsnivå.

I det følgende presenteres i de enkelte helseregionene i egne avsnitt, hvor tjenestene til barn og unge og voksne omhandles adskilt.

3.5.1 Helse Øst

Figur 3.17 viser personelldekningen for de ulike helseforetakene innen psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst¹⁷.

Figur 3.17 Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Øst etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).



Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

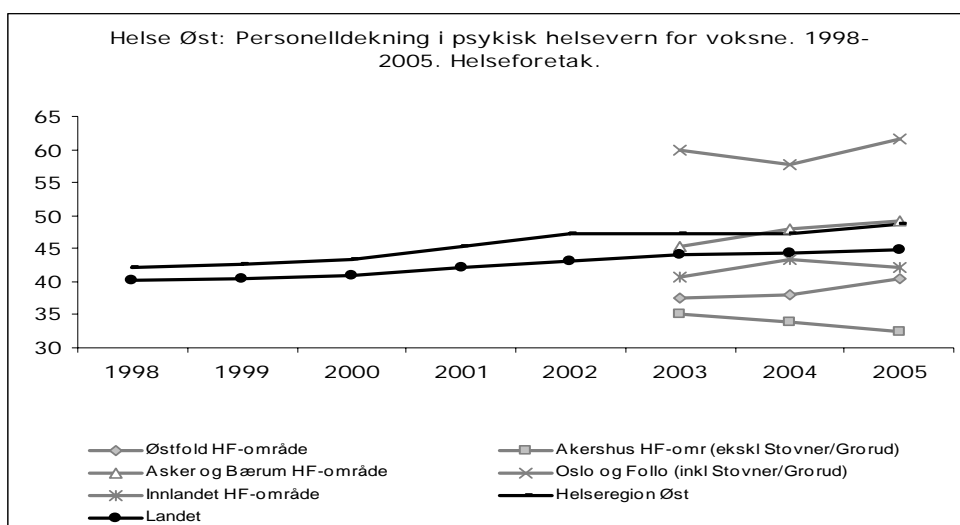
I Helse Øst har personelldekningen for barn og unge i hele perioden vært høyere enn dekningen for landet. Som vi så i figur 3.1 har Helse Øst fram til 2003 hatt den høyeste personelldekning blant regionene.

¹⁷ På grunn av mangelfull registrering av bydel i pasientdata i Samdata-prosjektet, er Oslo (inklusive Stovner og Grorud bydeler som hører inn under Akershus universitetssykehus) og Follo (som hører inn under Aker universitetssykehus) sett under ett.

Figuren over viser også variasjonen i personelldekning mellom de ulike helseforetakene innad i Helse Øst fra 2003. Det er store forskjeller i tilgang på personell knyttet til psykisk helsevern for barne- og ungdomsbefolkningen i de ulike helseforetakene. Mens barn og unge bosatt i opptaksområdene til Akershus helseforetak eller Oslo og Follo helseforetak har tilgang på 38 årsverk per 10 000 innbygger i 2005, er tilsvarende dekning 25 årsverk for barn og unge i Asker og Bærum helseforetak. Foretakene med de høyeste personellratene hadde dermed 57 prosent høyere dekning enn helseforetaket med laveste dekning. Det ser imidlertid ut til at det har vært en tilnærming mellom helseforetakene i personelldekning fra 2003 til 2005. I 2003 hadde Oslo og Follo 87 prosent høyere dekning enn Asker og Bærum.

Figur 3.18 viser tilsvarende utvikling i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst⁴.

Figur 3.18 Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Øst etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).



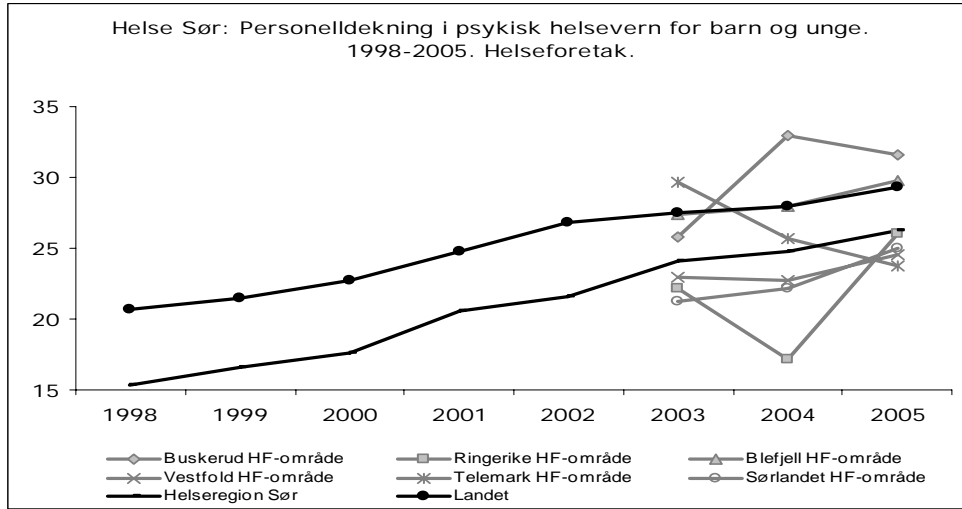
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Innen tjenestene til voksne er det også en høyere personelldekning i Helse Øst enn i de øvrige regionene (se figur 3.9). For befolkningen i de ulike helseforetakene ser vi også store variasjoner i personelltilgang, hvor Oslo og Follo helseforetak ligger langt over de andre helseforetakene med nær dobbelt så høy dekning (90 prosent) som Akershus HF-område i 2005. Når det gjelder tjenestene til voksne har forskjellene mellom helseforetakene økt noe i perioden, i 2003 hadde befolkningen i foretaket med høyeste personellrate 70 prosent høyere dekning enn foretaket med laveste rate.

3.5.2 Helse Sør

Figur 3.19 og 3.20 viser personelldekningen for helseforetakene i Helse Sør.

Figur 3.19 Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Sør etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).

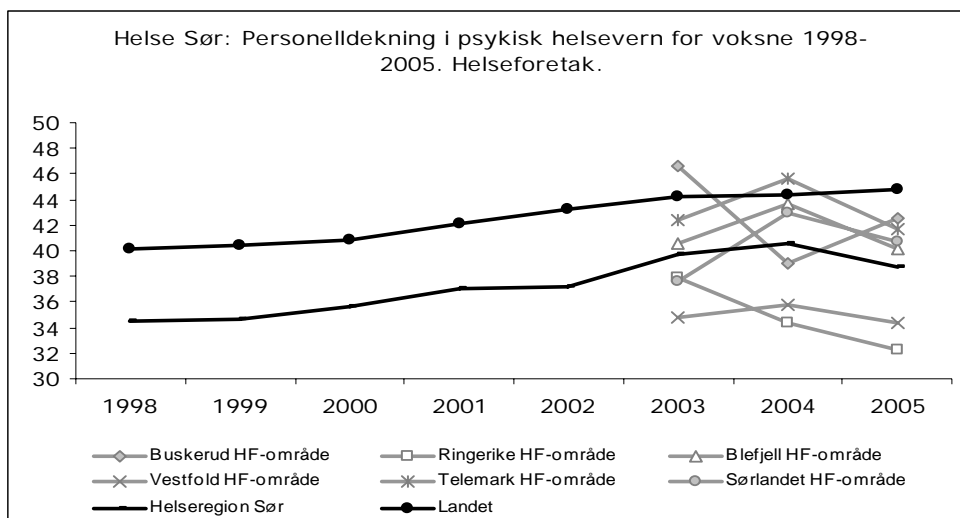


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Som vi ser av figuren over har psykisk helsevern for barn og unge i Helse Sør hatt en personelldekning under dekkningen for landet i hele perioden fra 1998 til 2005. Regionen har sammen med Helse Vest og Helse Midt-Norge de laveste personellratene til barn og unge (se figur 3.1). Figuren belyser også at det internt i denne regionen er relativt store forskjeller for befolkningene i de ulike helseforetakene når det gjelder tilgang på personell. Personelldekningen for enkelte opptaksområder varierer også kraftig mellom år. I 2003 hadde Telemark helseforetaksområde omlag 40 prosent høyere dekning enn Sørlandet helseforetak. I 2005 er forskjellen mellom regionene noe redusert, Buskerud helseforetak hadde da nær 33 prosent høyere dekning enn Telemark helseforetaksområde.

Figur 3.20 viser tilsvarende personelldekningen for tjenesten til voksne i Helse Sør.

Figur 3.20 Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Sør etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).



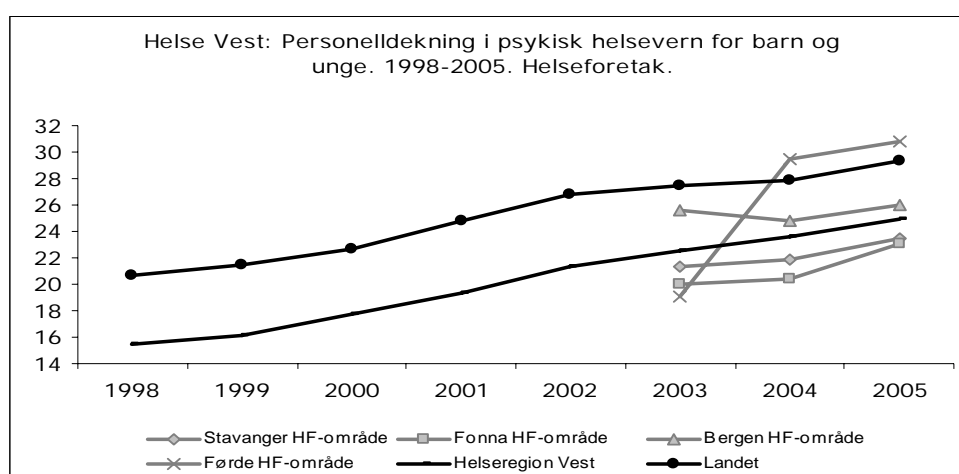
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Helse Sør har også den laveste personelldekningen blant regionene i psykisk helsevern for voksne, og ligger dermed under dekningen for landet hittil i Opptrappingsperioden. Figuren over viser også at variasjonen er relativt stor i tilgang på personell i de ulike helseforetaksområdene innad i Helse Sør. Ringerike og Vestfold helseforetak har laveste dekning med henholdsvis 32 og 34 årsverk per 10 000 innbyggere i 2005, mens Buskerud har en dekning nær 43 årsverk per 10 000 innbyggere. Forskjellene mellom helseforetak med høyeste og laveste personellrate utgjør 34 prosent i 2003 og 32 prosent i 2005. Man kan dermed registrere en liten tilnærming i ressursinnsats mellom helseforetakene i perioden.

3.5.3 Helse Vest

Figur 3.21 viser personelldekning for barn og unge i helseforetakene i Helse Vest.

Figur 3.21 Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Vest etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).

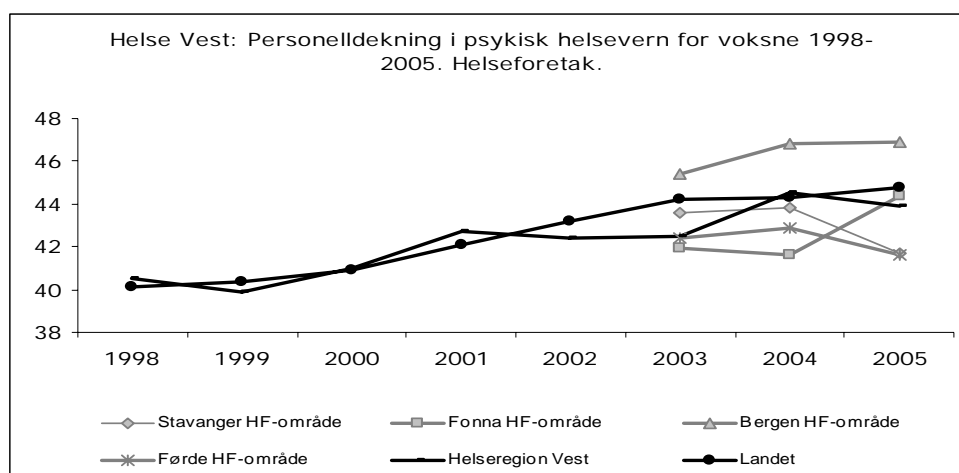


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Helse Vest har i likhet med Helse Sør hatt laveste personelldekning blant regionene i Opptrappingsperioden. Helse Fonna ligger lavest blant foretaksområdene i 2005, mens Helse Førde har fra å ha laveste personellrate hatt en kraftig vekst fra 2003 til 2004 og har høyeste dekning blant foretakene de siste to årene. Dette skyldes primært ny døgnetenhet i 2004 (Ungdomspsykiatrisk avdeling for psykisk helsevern (UPH)). Det er marginal tilnærming mellom helseforetakene fra 2003 til 2005. I 2003 hadde befolkningen i Bergen helseforetak 34 prosent høyere personelldekning enn befolkningen i Førde HF, mens Førde i 2005 hadde 33 prosent høyere dekning enn Fonna helseforetak.

Figur 3.22 viser personelldekning i tjenesten for voksne blant helseforetakene i Helse Vest.

Figur 3.22 Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Vest etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).



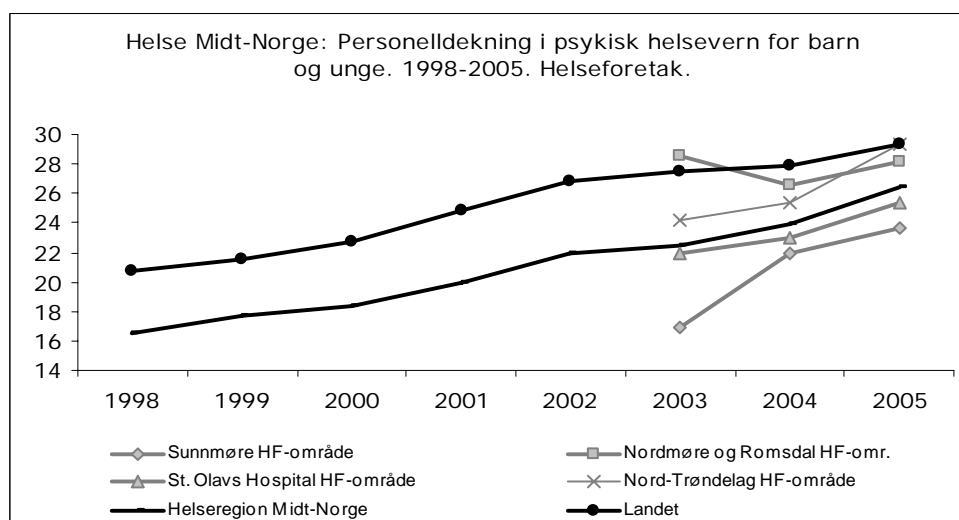
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

I tjenesten for voksne er personelltilgangen bedre enn for barn, sammenliknet med situasjonen i de andre regionene (se figur 3.9). Personelldekningen følger utviklingen for landet i store deler av perioden, og i 2005 har befolkningen i Helse Vest nær 44 årsverk per 10 000 innbyggere, et knapt årsverk under gjennomsnittet for landet. Det er mindre variasjon i dekningsgrad mellom helseforetakene i Helse Vest enn innad i de andre regionene. Bergen helseforetaksområde har høyeste dekning i regionen i 2005 med en rate på nær 47 årsverk, mens Førde helseforetak og Stavanger helseforetak har lavest dekning med 42 årsverk. Befolkningen i opptaksområdet til Bergen helseforetak har dermed 13 prosent høyere dekning sammenliknet med helseforetakene med laveste personellrate. Tilsvarende var forskjellene mellom Bergen og Fonna HF 8 prosent i 2003.

3.5.4 Helse Midt-Norge

Figur 3.23 viser personelldekning for barn og unge i helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Figur 3.23 Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Midt-Norge etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).

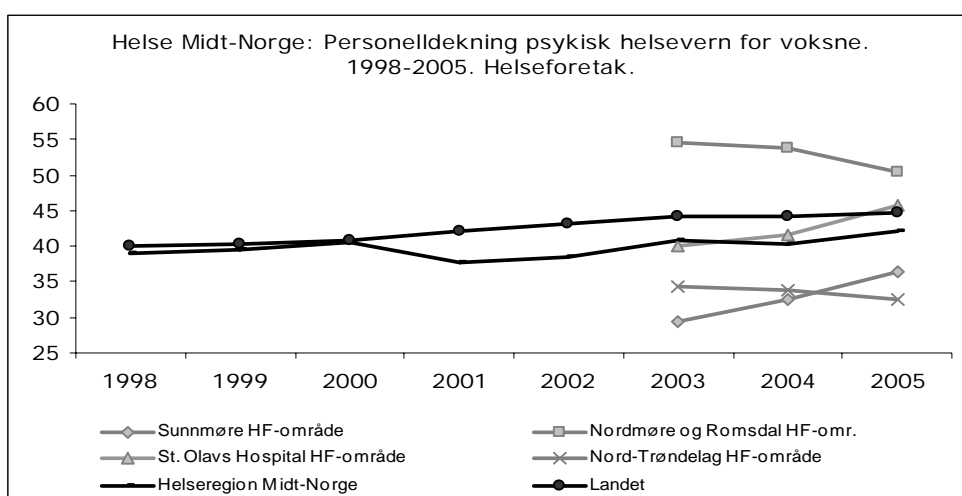


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Helse Midt-Norge har i hele perioden hatt lavere personelltilgang enn landet når det gjelder tjenestene til barn og unge. Til tross for kraftig vekst i personelltilgangen i perioden, viste figur 3.1 at regionen ligger i det nedre sjiktet blant helseregionene. Blant helseforetakene i Helse Midt-Norge har det fra 2003 til 2005 vært en klar tilnærming i personelldekning. I 2003 hadde befolkningen i Nordmøre og Romsdal helseforetak 69 prosent høyere personelltilgang enn befolkningen i Sunnmøre HF. I 2005 har Nord-Trøndelag helseforetaksområde den høyeste dekningen med 29 årsverk per 10 000 innbyggere, mens Sunnmøre helseforetak har laveste personellrate med 24 årsverk. Befolkningen i Nord-Trøndelag har dermed 24 prosent høyere personelldekning enn befolkningen i Sunnmøre HF i 2005.

I tjenesten til voksne har tilgangen på personell i Helse Midt-Norge vært under landgjennomsnittet etter år 2000. Figur 3.24 viser personelldekningen for den voksne befolkningen i helseforetakene i Helse Midt-Norge hittil i Opptrappingsperioden.

Figur 3.24 Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Midt-Norge etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).



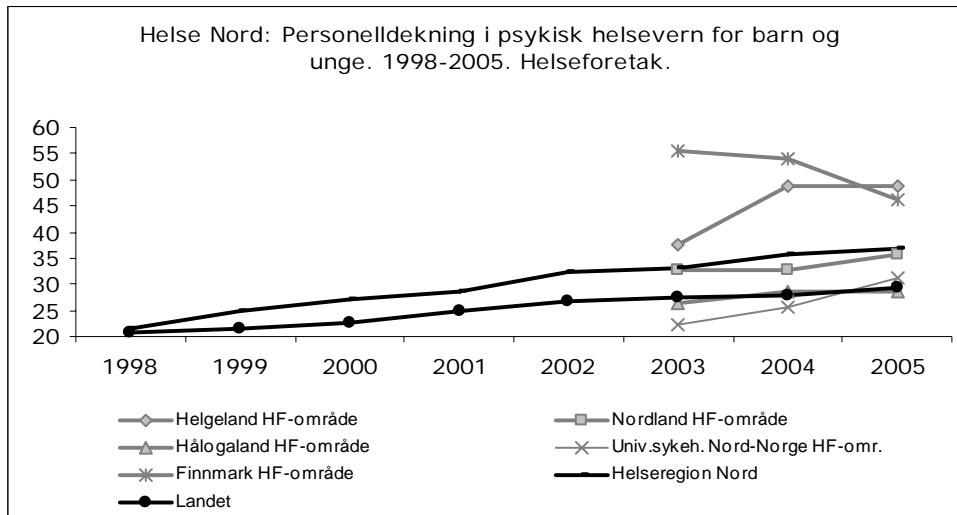
Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Til tross for tilnærming mellom helseregionene i perioden, er det fortsatt klare forskjeller i personelldekning mellom foretakene innad i regionen. I 2003 hadde befolkningen i Nordmøre og Romsdal helseforetak 86 prosent høyere personelltilgang enn befolkningen i Sunnmøre foretaksområde. I 2005 har Nord-Trøndelag helseforetaksområde laveste personellrate med nær 33 årsverk per 10 000 innbyggere, mens Nordmøre og Romsdal helseforetak har 50 årsverk. Befolkningen i sistnevnte helseforetak har dermed 55 prosent høyere personelldekning enn befolkningen i Nord-Trøndelag HF i 2005.

3.5.5 Helse Nord

Figur 3.25 viser personelldekningen for barn og unge i de ulike opptaksområdene i Helse Nord i perioden 1998 til 2005.

Figur 3.25 Personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 0-17 år. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).

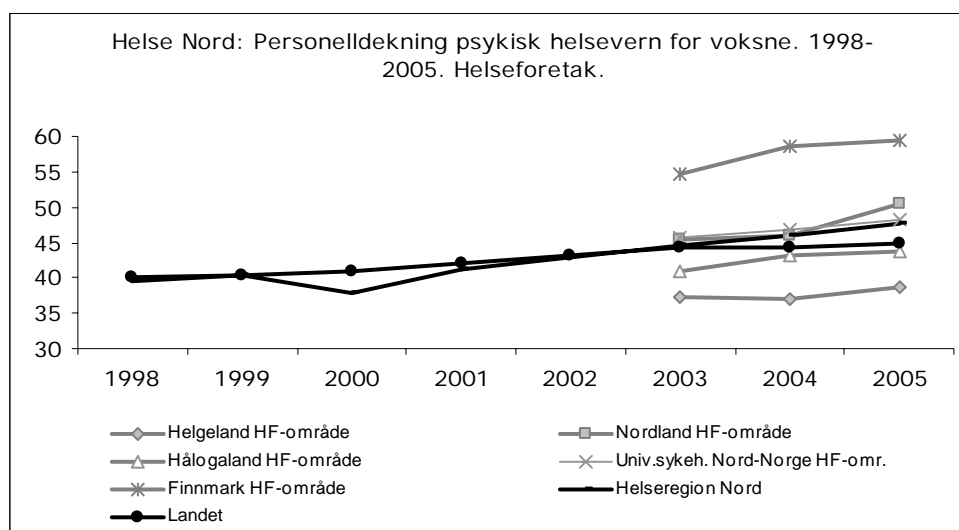


Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

Helse Nord har siden 1998 hatt en betydelig vekst i personelldekningen til barn og unge, og har siden 2003 hatt den høyeste personelldekningen blant helseregionene. Internt i regionen er det til tross for tilnærming mellom helseforetakene, fortsatt store forskjeller mellom helseforetakene i tilgangen på personell. I Finnmark og Helgeland helseforetaksområde er det klart høyere dekning for barne- og ungdomsbefolkningen (henholdsvis 46 og 49 årsverk per 10 000 innbygger), enn hva tilfelle er for barn og unge i Hålogaland helseforetak, hvor personellraten tangerer landsgjennomsnittet (29 årsverk per 10 000 innbygger) i 2005. Det har imidlertid vært en klar tilnærming mellom helseforetakene i Helse Nord fra 2003 til 2005. I 2003 hadde befolkningen i Finnmark helseforetaksområde 151 prosent høyere personelldekning enn UNN helseforetak. I 2005 har Helgeland helseforetak høyeste personellrate av helseforetakene og befolkningen her har 69 prosent høyere personelltilgang enn befolkningen i Hålogaland HF som har laveste personellrate på dette tidspunktet.

Figur 3.26 viser dekningen av personell i psykisk helsevern for voksne i Helse Nord.

Figur 3.26 Personelldekning i psykisk helsevern for voksne i Helse Nord etter pasientenes bosted. Årsverk per 10 000 innbygger 18 år og eldre. Region (1998-2005) og foretaksområder (2003-2005).



Kilde: SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapporter fra 1998 - 2005.

I Helse Nord har personelldekningen i psykisk helsevern for voksne i store deler av perioden vært på nivå med dekningen for landet. Fra 2004 har regionen hatt en noe kraftigere vekst enn landet sett under ett, og har i 2005 48 årsverk per 10 000 innbyggere mot 45 årsverk for landet. Mellom helseforetakene er det klare forskjeller i personelldekning, og dette har ikke avtatt i perioden. Den voksne befolkningen i Finnmark helseforetaksområde har hatt den beste personelltilgangen i hele i hele perioden, og har langt høyere personelldekning enn befolkningen i Helgeland helseforetak, som har lavest rate. I 2003 hadde Finnmark helseforetak 46 prosent høyere personelldekning enn Helgeland HF, i 2005 var forskjellen 54 prosent.

3.5.6 Oppsummering av variasjoner i personelltilgang mellom helseforetaksområder i psykisk helsevern

I denne delen av kapitlet har vi belyst variasjonene i personelltilgang innad i helseregionene i perioden 2003 til 2005. Ved å presentere personelldekning på helseforetaksnivå, synliggjøres geografiske forskjeller internt i regionene som ikke kommer til syne ved analyser på regionnivå.

Presentasjonen viser at det for flere regioner er store interne variasjoner i personelltilgang mellom helseforetakene.

Innen psykisk helsevern for barn og unge er forskjellene størst i Helse Nord, hvor befolkningen i helseforetaket med høyeste personellrate hadde 69 prosent høyere personelltilgang enn befolkningen i foretaket med laveste rate i 2005. Helse Midt-Norge har de minste variasjonene i tilgangen på personell i 2005. Forskjellene mellom helseforetakene er imidlertid redusert i alle de fem helseregionene fra 2003 til 2005.

I psykisk helsevern for voksne ser vi tilsvarende tendens med store forskjeller i dekningsgrad innad i flere av regionene. Helse Øst har de kraftigste variasjonene mellom foretakene og for denne regionen har forskjellene blitt større fra 2003 til 2005. Befolkningen i helseforetaksområde med høyeste personelldekning i denne regionen har 90 prosent høyere dekning enn befolkningen i foretaket med laveste dekning i 2005. Helse Vest har derimot liten variasjon mellom foretakene. I denne regionen har foretaket med høyest dekning kun 13 prosent høyere personellrate enn foretaket med lavest dekning. I

tjenestene for voksne er variasjonene i personelltilgang redusert i to av de fem helseregionene i perioden.

Forskjellene som avdekkes mellom helseforetakene innad i flere av helseregionene er betydelige, og viser at regionene og helseforetakene kan ha utfordringer knyttet til målet om likeverdige tjenestetilbud uavhengig av bosted.

Som sagt innledningsvis i dette avsnittet skal disse resultatene imidlertid tolkes med forsiktighet med hensyn til å beskrive geografisk likeverdige tjenestetilbudet. Befolkningen i opptaksområdene til de ulike foretakene kan både ha ulike behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, foretakene kan ha ulike funksjoner som krever ulik ressursinnsats, samt at befolkningens tilgjengelighet til andre alternative tjenestetilbud kan varierer. I tillegg kan sammenlikning av helseforetak over tid være problematisk pga organisatoriske og strukturelle endringer. Det er videre knyttet noe usikkerhet til personellrapporteringen på helseforetaksnivå.

4 Rekruttering til psykisk helsearbeid i kommunene i perioden 1999 – 2004, og beregnet utvikling til og med 2008

4.1 Målsettinger vedrørende rekruttering til kommunehelsetjenesten

Ifølge Opptappingsplanen skal kommunehelsetjenesten styrkes med 4769 årsverk. Måltallene, vist i tabell 4.1, spesifiserer årsverk til type kommunal tjeneste eller vedrørende spesifikke utdanningsgrupper.

Tabell 4.1 Målsettinger ifølge Opptappingsplanen.

Målsetting årsverk til kommuner	Antall	prosentandel
Årsverk til ulike tjenester		
Hjemmetjeneste	3400	71
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	800	17
Støttekontakter/ kulturtilbud til barn og unge	260	5
Årsverk til styrking av tilrettelagt behandling		
Psykologer	184	4
Psykiatriske sykepleiere o.a. høyskoleutdannet personell	125	3
Totalt antall årsverk	4769	100

I kommunene er det hjemmetjenesten som i størst grad skal styrkes. De 3400 årsverkene tilsvarer ett årsverk per person i omsorgsbolig. Årsverkene utgjør hele 70 prosent av det totale antallet årsverk til kommunene. Hjemmetjenesten vil være organisert under Pleie og Omsorg i de tilfellene der kommunen ikke har opprettet Enhet for Psykisk Helse.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes med 800 årsverk (17 prosent av total satsning). Dette utgjør, ifølge Opptappingsplanen, en økning på 50 prosent som skal fordeles på ulike faggrupper (uten at disse er nærmere spesifisert).

Videre skal 260 årsverk vies til støttekontakter for barn og ungdom. Til styrking av tilbudet om tilrettelagt behandling i kommunene har Opptappingsplanen mål om ca 184 årsverk til psykologer, og ca 125 årsverk til psykiatriske sykepleiere og annet høyskoleutdannet personell.

4.2 Data

Statistikk for rekruttering og kompetanseheving til psykisk helsearbeid i kommunene baseres på data innsamlet i et samarbeid mellom SINTEF Helse og NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning). Første datainnsamling ble gjort i 2002, og gjelder for perioden 1999-2001. Andre datainnsamling ble gjort i 2005, og viser endringer i antall årsverk til psykisk helsearbeid i perioden 2002-2004. Kommunene ble bedt om å angi vekst eller nedgang i antall årsverk innen de ulike utdanningskategoriene.

4.2.1 Representativitet i data

I 2002 var det 277 kommuner og bydeler (i Oslo og Bergen) som svarte på spørreskjemaet. Disse kommunene utgjorde 60 prosent av totalbefolkningen. I den andre datainnsamlingen i 2005 var det 63 prosent som deltok. For en nærmere drøfting av representativitet i første del av kommuneundersøkelsen, vises til SINTEF-rapport av juni 2003 (Kalseth, 2003). For nærmere drøfting av representativitet i andre del av kommuneundersøkelsen, vises til rapport som publiseres i januar 2007 (Kalseth m.fl., 2007).

Tabell 4.2 Utvalget i 2002 og 2004 fordelt etter befolkningsstørrelse, sammenlignet med alle kommuner. Prosentfordeling.

	Antall kommuner i utvalget 2002	Svarprosent 2002	Antall kommuner i utvalget 2005	Svarprosent 2005
Under 1 000	12	54,5	14	60,9
1 000-1 999	45	60,8	47	64,4
2 000-2 999	30	47,6	39	59,1
3 000-4 999	53	63,1	46	58,2
5 000-6 999	28	57,1	34	65,4
7 000-9 999	23	53,5	25	65,8
10 000-14 999	25	59,5	27	65,9
15 000-19 999	20	74,1	13	76,5
20 000-24 999	14	77,8	11	78,6
25 000-34 999	14	63,6	8	47,1
35 000-59 999	8	53,3	14	66,7
Over 60 000	5	83,3	6	85,7
Totalt	277	59,6	284	63,4

4.3 Problemstillinger

For å besvare hovedspørsmålene i denne rapporten, tilknyttet kommunenes opptrapping av personell, vil vi analysere følgende problemstillinger:

1. Hvilke typer personell er rekruttert til psykisk helsearbeid, og hvordan fordeler disse seg på ulike utdanningsgrupper?
2. Hvilke tjenesteområder er de ulike utdanningsgruppene rekruttert til?
3. I de tilfeller der kommunene har opplevd problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid, har spesielle utdanningsgrupper vært mer problematiske enn andre?
4. Hva har kommunene gjort for å øke kompetansen i psykisk helsearbeid til ansatte innen ulike tjenesteområder?

5. Fins det forskjeller mellom kommuner mht problemstillingene over, basert på befolkningsstørrelse?

4.4 Typer av personell rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene

Vi skal i det følgende se på antall årsverk rekruttert, fordelt på utdanningskategori¹⁸. Basert på befolkning i de ulike kommunegruppene skal vi videre beregne antall rekrutterte for alle landets kommuner. Basert på årlig endringstakt i perioden 1999-2004 beregnes antall rekrutterte innen år 2008.

Med utgangspunkt i antall årsverk rapportert fra de kommunene som har svart, har vi beregnet antall rekrutterte totalt for alle landets kommuner. Dette er gjort ved å fordele årsverkstall for hver utdanningsgruppe etter kommunestørrelse. Deretter har vi delt antall årsverk per innbygger i utvalget som videre har blitt ganget opp med befolkningstall for alle kommuner. Årlig gjennomsnittlig økning framkommer ved å dele på antallet år kommunene har rapportert for (1999-2004). Beregnet antall rekrutterte totalt i landet, forutsatt samme endringstakt gjennom perioden 2005-2008, finner vi i siste kolonne i tabellen under.

Tabell 4.3 Antall årsverk rekruttert til psykisk helsearbeid i kommuneutvalgene i perioden 1999-2004, og beregnet vekst for alle landets kommuner i 2004 og i 2008.

	Antall rekrutterte i perioden 1999-2004 (N=257 og 277)	Beregnet antall rekrutterte for <i>alle</i> landets kommuner til og med 2004	Beregnet antall rekrutterte for <i>alle</i> landets kommuner til og med 2008
Lege	8	12	20
Psykolog	57	83	139
Psykiatrisk sykepleier	468	714	1 191
Annet høyskoleutd. helse-/ sosial- personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid	280	430	717
Annet høyskoleutd helse-/sosialpersonell	510	770	1 283
Personell med lavere helse-/ sosialfaglig utdanning	458	705	1 175
Annet personell	205	286	532
Sum	1 987	3 000	5 058

Tabellen viser at dersom vi forutsetter om lag lik utvikling i de kommunene og bydelene som ikke har svart på kartleggingen som blant de kommunene og bydelene som deltok i undersøkelsen, og dersom vi forutsetter lik endringstakt i perioden 2004-2008 som for perioden 1999-2004, så kan vi forvente at det oppnås i overkant av 5000 nye årsverk, og at dermed målet om 4769 årsverk oppfylles.

¹⁸ Opptrappingsplanen spesifiserer måltall enten for utdanningsgrupper (psykolog og helsepersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid) eller type tjeneste (hjemmetjeneste, helsestasjons- og skolehelsetjeneste samt området kultur). Våre data inneholder derimot data utelukkende i forhold til utdanningskategorier (lege, psykolog, psykiatrisk sykepleier, annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid, annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell, personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning, annet personell).

Personell for tilrettelagt behandling i kommunene

For styrking av tilbudet om tilrettelagt behandling i kommunene, har man rekruttert 57 i de kommunene som har svart på undersøkelsen. Dette tilsier at man med dagens endringstakt vil oppnå 139 nye psykologårsverk totalt i landets kommuner innen 2008. Måltallet er på 184. Dette innebærer at kommunene må styrke rekrutteringen av psykologer dersom man skal oppnå målet. For øvrig kan det diskuteres hvorvidt måltallet er lavt i forhold til ambisjonen om tilrettelagt behandling i kommunene. I den forbindelse nevnes at det er igangsatt et prosjekt i regi av psykologforeningen som har som målsetting å øke antallet kommunale psykologstillinger. Forprosjektets målsetting har vært å utvikle strategier og modeller for psykologarbeid i kommunene, og å lage rammer og innhold for utprøving av modellene for hovedprosjektet som skal starte opp i januar 2007 (Rapport forprosjekt, 2006).

Når det gjelder såkalt tilrettelagt behandling definerer Opptappingsplanen i tillegg til psykologer, 125 årsverk for personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Med dagens rekrutteringstakt vil antallet med denne utdanningen nå over 700. Dette kommer i tillegg til psykiatriske sykepleiere, som utgjør en nesten dobbel så stor gruppe av rekrutterte i forhold til antallet med tverrfaglig videreutdanning. I kommunene som har svart er det rekruttert 468 psykiatriske sykepleiere. Beregnet antall psykiatriske sykepleiere, rekruttert til alle landets kommuner innen 2008 er på 1191 stykker.

Personell for spesifikke kommunale tjenester

De øvrige årsverkene er definert til spesifikke tjenester, mens det ikke er definert hvilke utdanningsgrupper som det skal satses på (hjemmetjeneste: 3400, helsestasjon og skolehelsetjeneste: 800 og støttekontakt/kulturtilbud: 260).

De fleste av årsverkene til kommunene er altså ment som om en styrking av hjemmetjenesten, som skal stå i forhold til behovet for personell i nye omsorgsboliger som bygges opp.

Personell uten høyere utdanning

Ettersom de fleste årsverkene i kommunene skal gå til styrking av hjemmebaserte tjenester (70 prosent) kunne man forvente en større andel personell uten høyere utdanning. Vi ser imidlertid at andelen rekrutterte med høyere utdanning er svært høy.

Vi skal i det følgende se nærmere på fordelingen av de ulike utdanningsgruppene på de to datainnsamlingstidspunktene.

4.4.1 Fordeling av ulike utdanningsgrupper til psykisk helsearbeid i 2001 og 2004

I første delrapport kommenterte vi den høye andelen rekrutterte som hadde en høyere utdanning ved å antyde at fordelingen av utdanningsgruppene ville endre seg i løpet av planperioden. Vi tenkte oss at kommunene i første fase av planperioden ville prioritere å ansette psykiatriske sykepleiere, og personell med den tverrfaglige utdanningen i psykisk helsearbeid, for å bygge opp tjenesten. Etter hvert som tjenesten ble etablert, og omsorgsboliger ble bygd, antok vi at det ville bli økt rekruttering av personell med lavere utdanning. Vi ser imidlertid av tabellen under at utviklingen inntil 2004 ikke tyder på dette.

Tabell 4.4 Kommunenes rekruttering av ulike utdanningsgrupper i perioden 1999-2001 og 2002-2004 .

	Antall rekruttert i perioden 1999-2001 (N=257)	Andeler i 2001	Antall rekruttert i perioden 2002- 2004 (N=277)	Andeler totalt i 2004	Endring i antall rekrutterte i 2001 og 2004
Lege	6	0,01	2	0,00	-66,7
Psykolog	35	0,03	23	0,03	-34,3
Psykiatrisk sykepleier	314	0,28	154	0,24	-51,0
Annet høyskoleutd helse-/sosialpersonell med videreutdanning i psykisk helsearbeid	120	0,11	160	0,14	33,3
Annet høyskoleutd helse-/sosialpersonell	245	0,22	265	0,26	8,2
Personell med lavere helse-/sosialfaglig utd.	269	0,24	189	0,23	-29,7
Annet personell	123	0,11	83	0,10	-32,5
Sum	1 112	1	875	1	-21,3

Uendret andel personell med lavere utdanning

Når det gjelder rekruttering av personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning og personell med lavere utdanning er andelen om lag den samme i 2004 som den var ved første kartlegging i 2001. Gruppen med lavere helse-/sosialutdanning utgjør om lag en fjerdedel av totalt antall rekrutterte. Det skjedde altså ikke en økt rekruttering av personell med lavere utdanning for å dekke økende behov for personell til hjemmebaserte tjenester, slik vi forventet (Ådnanes og Sitter, 2004). Selv om denne personellgruppen fremdeles utgjør en fjerdedel av totalt antall rekrutterte, viser siste kolonne at det ble rekruttert 30 prosent færre i 2004 enn 2001.

For få psykologer rekruttert

Som nevnt er det ikke definert måltall for leger til psykisk helsearbeid, men noen få kommuner oppgir ansettelse av lege i stillinger innen psykisk helsearbeid.

Når det gjelder psykologer, var rekrutteringen til og med 2001 for dårlig til å oppnå 184 psykologer innen opptrappingsplanens slutt. I evalueringens første delrapport konkluderte vi at endringstakten måtte økes dersom målet skulle nås. Dette har ikke skjedd. Andelen psykologer i forhold til totalt antall rekrutterte er den samme i 2004 som i 2001 (3 prosent), men det ble tilsatt 34 prosent færre i perioden 2002-2004 i forhold til første treårsperiode.

Færre psykiatriske sykepleiere, og flere med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid

Betydelig færre psykiatriske sykepleiere ble rekruttert i siste periode i forhold til første. Derimot ble det tilsatt 33 prosent flere med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid i siste periode enn det ble i første periode. Utviklingen kan dels forklares av at sistnevnte utdanning har erstattet utdanningen i psykiatrisk sykepleie. Andelen annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell har for øvrig økt i perioden, og utgjør den største personellgruppen i 2004, tett fulgt av psykiatriske sykepleiere og personell med lavere helse-/ sosialfaglig utdanning.

Høyt utdanningsnivå blant de som er rekruttert

Totalt var andelen rekrutterte med enten høyskoleutdanning eller universitetsutdanning så høy som 65 prosent i 2001, og økte til 67 prosent i 2005. Kun om lag 10 prosent av rekrutterte kommer under kategorien "annet personell", trolig ufaglærte.

Opptrappingsplanen har ingen definerte mål for andel med og uten høyere utdanning. Når 70 prosent av årsverkene er spesifisert til hjemmebasert omsorgstjenester, vil man likevel anta at en stor del av disse årsverkene kan dekkes ved personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning.

4.4.2 Forskjeller mellom kommuner mht rekruttering av ulike faggrupper til psykisk helsearbeid

I det følgende skal vi vurdere forskjeller i rekruttering av ulike faggrupper til psykisk helsearbeid i kommuner av ulik størrelse. Tabell 4.5 presenterer totalt antall årsverk innen de ulike gruppene, og deres fordeling på de ulike kommunegruppene, beregnet for alle landets kommuner til og med 2008. Tabell 4.6 presenterer årsverk per 1000 innbyggere, beregnet for alle landets kommuner.

Tabell 4.5 Beregnet antall årsverk rekruttert til psykisk helsearbeid for alle landets kommuner innen 2008. Etter kommunestørrelse.

Innbyggertall	Lege	Psykolog	Psyk. sykepl	Annet høysk. utd. helse/ sosialpers. m/ vid.utd. i psyk. Helsearb.	Annet høyskole- utdannet helse/ sosialpers	Personell med lavere helse/sosialfagl utd	Annet personell	Totalt antall rekruttert innen 2008
Under 1000	0	0	23	11	7	8	1	49
1000-1999	3	0	72	20	49	57	27	227
2000-2999	1	1	59	21	64	54	13	213
3000-4999	4	2	121	99	110	235	98	669
5000-9999	3	14	205	103	177	186	63	752
10000-19999	2	24	192	138	258	203	84	901
20000-34999	2	46	235	125	294	203	95	999
Over 35000	6	52	284	200	325	229	151	1247
	20	139	1191	717	1283	1175	532	5058

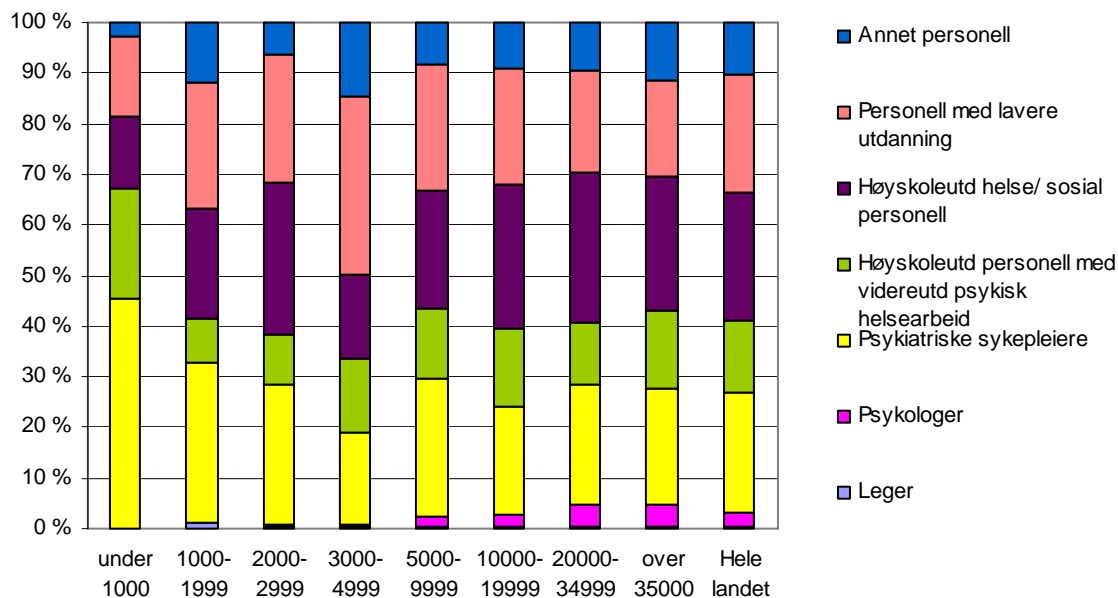
Tabell 4.6 Antall årsverk per 1000 innbyggere, rekruttert til psykisk helsearbeid, for *alle* landets kommuner til og med 2004. Etter kommunestørrelse.

	Leger	Psykologer	Psykiatriske sykepleiere	Høyskoleutd personell med vid.utd. psykisk helsearbeid	Høyskoleutd helse/ sosial personell	Personell med lavere helse/sosialfagl utd	Annet personell	Totalt personell
under 1000	0,000	0,000	0,90	0,43	0,28	0,31	0,05	1,97
1000-1999	0,015	0,000	0,41	0,12	0,28	0,33	0,15	1,31
2000-2999	0,002	0,005	0,22	0,08	0,24	0,20	0,05	0,78
3000-4999	0,008	0,003	0,23	0,19	0,21	0,45	0,19	1,29
5000-9999	0,003	0,013	0,20	0,10	0,17	0,18	0,06	0,71
10000-19999	0,001	0,018	0,14	0,10	0,19	0,15	0,06	0,65
20000-34999	0,002	0,045	0,23	0,12	0,29	0,20	0,09	0,98
over 35000	0,002	0,020	0,113	0,114	0,129	0,088	0,068	0,53
Hele landet	0,002	0,017	0,142	0,085	0,154	0,139	0,062	0,66

Tabell 4.6 viser at totalt antall årsverk rekruttert per 1000 innbygger er lavest i store kommuner med over 35000 innbyggere, og høyest i kommuner med mindre enn 1000 innbyggere. Med unntak av kommuner med 2-3000 innbyggere, er rekrutteringen (per 1000 innbygger) vesentlig bedre til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere enn til større kommuner.

Figuren under gir et bilde av sammensetningen (prosentandeler) av faggrupper fordelt på kommunegrupper.

Figur 4.1 Sammensetning av årsverk (prosentandeler) rekruttert i innen 2004 i kommunene. Etter kommunistørrelse (N=257 for 2001, og N=277 for 2004).



Figur 4.1 illustrerer fordelingen av personell rekruttert personell til psykisk helsearbeid i de ulike kommunegruppene. Vi ser at de aller minste kommunene (under 1000 innbyggere) ikke har rekruttert personell med universitetsutdanning, men at over 80 prosent av de rekrutterte har en høyskoleutdanning. Denne kommunegruppen har en høyere andel psykiatriske sykepleiere i forhold til øvrige faggrupper enn det større kommuner har. Kommuner med under 1000 innbyggere har dessuten en svært liten andel av personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning, og ingen i gruppen "annet personell".

Andelen *uten* høyere utdanning (personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning samt "annet personell") er større i kommuner mellom 1000 og 5000 innbyggere. Andelen med høyere utdanning er lavest i kommuner med mellom 3-5000 innbyggere. Her har kun halvparten høyere utdanning. Andelen med høyere utdanning øker igjen i kommuner med over 5000 innbyggere, og ligger stabilt på om lag 70 prosent. Når det gjelder de største kommunene ser vi også at innslaget av psykologer, og dels også leger, gjør seg gjeldende.

4.5 Tjenesteområder som er styrket med nye årsverk

I det følgende skal vi se hvilke tjenesteområder som har blitt styrket med ny rekruttering. Opptrappingsplanen tilsier at 3400 av stillingene til kommunene (70 prosent) skal gå til styrking av hjemmebasert omsorg, 800 stillinger skal til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og 260 stillinger til kultur/ støttekontakt. Hjemmebasert omsorg ytes av både pleie- og omsorgstjenesten og av eventuelt av egen tjeneste/ enhet for psykisk helsearbeid, dersom kommunen har slik organisering. Vi kan dermed forvente størst rekruttering til disse to tjenestene i tillegg til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Tabellen under viser tjenesteområder som er styrket på de to kartleggingstidspunktene.

Tabell 4.7 Tjenesteområder som er styrket. prosentandel kommuner som oppgir at tjenesteområdet er styrket gjennom rekruttering i 2001 og i 2004.

	1999-2001	2002-2004
Enhet for psykisk helsearbeid	54	57
Pleie og omsorg	56	37
Helsestasjon/ skolehelsetjeneste	52	52
Sosial tjenesten	27	23
Barnevern	20	22
Kultur	10	16
Barnehager/ grunnskole	12	9
PPT	6	3
Annen helsetjeneste	12	12
Annet	16	11

Tabell 4.7 viser at for de tre mest sentrale tjenestene i det psykiske helsearbeidet, henholdsvis enhet for psykisk helsearbeid, avdeling for pleie og omsorg samt helsestasjon og skolehelsetjeneste, oppga om lag halvparten av kommunene at de var blitt styrket ved ny rekruttering så langt i opptrappingsperioden. Pleie og omsorg ble imidlertid mindre styrket i andre periode enn i første.

På begge tidspunktene ble barnevern og sosialtjeneste styrket med mellom 20 og 30 prosent.

Mellom 10 og 20 prosent av kommunene oppga at kultur, barnehager/ grunnskole, PPT, annen helsetjeneste og andre tjenester har blitt styrket.

4.5.1 Fordeling av personellgrupper til ulike kommunale tjenester

Ved andre kartlegging i 2005 ble det ikke samlet inn data om hvilke faggrupper som går til hvilke tjenester. Dette ble kartlagt ved første datainnsamling. Grunnen til at dette ble fjernet ved andre kartlegging er at det var svært tidkrevende å fylle ut. Vi skal imidlertid se på fordelingen slik den så ut i 2002, for de tre mest sentrale kommunale tjenestene: enhet/ tjeneste for psykisk helsearbeid, pleie- og omsorgstjenesten og helsestasjon-/ skolehelsetjenesten.

Tabell 4.8 Sentrale tjenesteområder som er styrket. prosentandel kommuner som har krysset av for kombinasjon av personellkategori og tjenesteområde. 2004. N=249.

Tjenesteområde	Lege	Psykolog	Psyk. sykepl	Annet høysk. utd. helse/ sosialpers. med videreutd. i psyk. helsearb.	Annet høyskole-utd helse/ sosialpers	Personell med lavere helse/sosial-faglig utdanning	Annet pers.
Enhet for psykisk helsearbeid	3,6	2,4	41,0	16,5	20,9	30,1	7,6
Pleie og omsorg	0,8	0,0	39,8	16,5	15,7	30,1	3,6
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	3,2	9,2	18,5	7,6	26,5	0,8	2,0

¹ For kommuner som har en slik enhet.

Tabell 4.8 viser at i perioden 1999-2001 ble enhet for psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenesten i hovedsak styrket gjennom rekruttering av høyskoleutdannet personell, primært psykiatriske sykepleiere, samt annet høyskoleutdannet personell med og uten tverrfaglig

videreutdanning i psykisk helsearbeid. 30 prosent av kommunene oppga at disse to tjenestene var blitt styrket ved personell med lavere helse/sosialfaglig utdanning.

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten ble i perioden 1999-2001 primært blitt styrket ved rekruttering av psykiatrisk sykepleier eller annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell, og i svært liten grad ved personell med lavere utdanning. 9 prosent av kommunene oppgir for øvrig at denne tjenesten ble styrket ved rekruttering av psykolog.

4.5.2 Forskjeller mellom kommuner mht tjenesteområder som er styrket

I det følgende presenteres andeler kommuner som oppgir at tjenesteområdet er blitt styrket på de to kartleggingstidspunktene (henholdsvis 1999-2001 og 2002-2004).

Tabell 4.9 Tjenesteområder som er styrket fordelt på innbyggertall i kommunene i 2001. prosentandel kommuner som oppgir at tjenesteområdet er styrket gjennom rekruttering. N=249.

Innbygger-tallgruppe	Enhet psyk. helse arbeid	Pleie/ omsorg	Sosial-tjenste	Barne-vern	PPT	Barneh/ grunnsk	Helse-stasj/ skole-helsetj.	Lege-tj.	Annen helse-tj.	Kultur	Annet
Under 1000	40	50	20	10	0	10	20	10	0	0	0
1000-1999	36	69	33	31	3	28	44	15	15	10	0
2000-2999	42	58	27	19	0	4	39	12	19	4	4
3000-4999	49	51	20	16	9	7	60	13	9	0	13
5000-9999	77	45	19	15	6	4	36	9	9	6	4
10000-19999	61	50	27	18	9	14	61	2	14	7	25
20000-34999	56	67	37	26	7	15	78	7	19	33	52
Over 35000	55	73	46	27	9	18	82	0	0	46	46
Total	54	56	27	20	6	12	52	9	12	10	16

Tabell 4.10 Tjenesteområder som er styrket fordelt på innbyggertall i kommunene i 2004. prosentandel kommuner som oppgir at tjenesteområdet er styrket gjennom rekruttering. N=284.

Innbygger-tallgruppe	Enhet psyk. helse arbeid	Pleie/ omsorg	Sosial-tjenste	Barne-vern	PPT	Barneh/ grunnsk	Helsest/ skole-helsetj.	Lege-tj.	Annen helse-tj.	Kultur	Annet
Under 1000	36	36	7	0	0	0	29	7	7	7	0
1000-1999	38	23	11	9	2	6	26	0	4	9	4
2000-2999	54	21	18	8	0	8	44	8	5	5	8
3000-4999	58	49	18	22	4	7	47	0	18	11	9
5000-9999	64	39	20	25	2	7	54	3	2	3	14
10000-19999	78	43	35	33	3	10	75	8	18	30	13
20000-34999	73	40	53	40	7	7	80	13	13	27	20
Over 35000	54	46	21	42	8	25	63	4	29	38	21
Total	57	37	23	22	3	9	52	5	12	16	11

Enhet for psykisk helsearbeid minst styrket i små kommuner

I perioden 1999-2001 var andelen kommuner som fikk styrket enhet for psykisk helsearbeid spesielt høy i kommuner med fra 5-10000 innbyggere. I perioden 2002-2004 er det kommuner med fra 10-35000 innbyggere som i størst grad har styrket denne enheten. Både i 2001 og 2004 var det de minste kommunene som i minst grad styrket enhet for psykisk helsearbeid. Forskjellene kan dels forklares med ulik organisering av tjenester. Egen enhet for psykisk helsearbeid er en type organisering man i noe større grad finner i større kommuner (Kalseth, 2006?).

Pleie og omsorg

Pleie og omsorg ble i mindre grad styrket ved rekruttering i siste periode enn denne tjenesten ble i løpet av første periode. Ved første kartlegging var det kommuner med over 20000 innbyggere, samt kommuner med mellom 1000 og 1999 innbyggere som var blitt styrket. Ved andre kartlegging var fordelingen mer lik mellom kommunegrupper, men med minst styrking av pleie og omsorg i kommuner med fra 1000 til 3000 innbyggere.

Helsestasjon/ skolehelsetjeneste

Totalt halvparten av kommunene oppgir rekruttering til helsestasjon og skolehelsetjeneste, og dette dreier seg i størst grad om kommuner med over 10000 innbyggere. Mellom 60-80 prosent av disse kommunene oppgir styrking ved rekruttering til helsestasjon og skolehelsetjenesten, og dette gjelder på begge kartleggingstidspunkt.

Sosialtjenesten og barnevernet

I gjennomsnitt oppgir mellom 20 og 27 prosent av kommunene at sosialtjenesten og barnevernet er styrket ved rekruttering på begge kartleggingstidspunkt. I størst grad gjelder dette større kommuner. Små kommuner oppgir i liten grad å ha styrket disse tjenestene i perioden 2002-2004.

Styrking av kulturtjenesten mest aktuelt i de største kommunene

Et økende antall kommuner oppgir styrking av kulturtjenesten, fra 10 prosent av kommunene i 2001 til 16 prosent i 2004. Det er i overveiende grad kommuner med over 20000 innbyggere som oppgir styrking på dette området.

PPT, barnehage og grunnskole

I den grad kommunene oppgir styrking av PPT, barnehage og grunnskole er dette i størst grad i de aller største kommunene.

4.6 Problemer med å rekruttere personell til psykisk helsearbeid

I 2001 var det om lag 40 prosent av kommunene (N=264) som svarte at de hadde opplevd problemer med rekruttering av personell til psykisk helsearbeid de siste to årene (1999 og 2000). I 2005 var det en del færre, 27 prosent (N=267) av kommunene som oppga rekrutteringsproblemer for perioden 2001-2004.

I det følgende skal vi se på hvilke utdanningsgrupper det har vært mest problematisk å få rekruttert, og om det har skjedd noen endring i løpet av perioden.

Tabell 4.11 Rekrutteringsproblemer for ulike personellkategorier. prosentandel. N=264.

	Andel som ikke oppgir problemer med rekruttering		Ikke klart å rekruttere		Har ikke klart å rekruttere så mange som planlagt		Har hatt problemer med rekruttering, men har nå lykket	
	2001	2005	2001	2005	2001	2005	2001	2005
Psykolog	94	95	3,4	2,5	0,8	-	2,3	1,8
Psykiatrisk sykepleier	70	80	10,6	6	6,8	3,9	12,5	9,9
Annet høyskoleutdanning personell m/vid.utd. i psykisk helsearbeid	86	89	5,7	3,5	3,8	2,8	4,5	4,6
Annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell	90	95	2,7	0,4	2,3	1,1	5,3	3,5
Personell med lavere helse- og sosialfaglig utd.	89	95	1,1	1,1	4,2	1,4	5,3	2,8
Annet personell	95	97	0,8	0,7	1,5	1,1	2,3	1,4

Rundt 90 prosent av kommunene oppgir det som uproblematisk å få rekruttert personell, med unntak av psykiatriske sykepleiere. I 2001 var dette uproblematisk for 70 prosent av kommunene mens det i 2005 var uproblematisk for 80 prosent av kommunene.

Samtidig som rekruttering av psykiatriske sykepleiere oppgis som mest problematisk, viser data at det totalt sett er rekruttert flest psykiatriske sykepleiere (tabell 4.11). Dette reflekterer muligens kommunenes satsning på denne gruppen i en første fase av Opptappingsplanperioden. Tallene for perioden 2001-2004 tyder på at behovet for psykiatriske sykepleiere har avtatt litt. I første delrapport antydte vi at behovet for personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning muligens kom til å øke etter hvert som det hjemmebaserte omsorgstilbudet ble bygget opp. Basert på data fra perioden 2001-2004 ser vi at dette behovet så langt ikke rapporteres fra kommunene.

4.6.1 Forskjeller mellom kommuner når det gjelder rekrutteringsproblemer

I det følgende skal vi se nærmere på fordelingen av personellgrupper som har vært problematisk å få rekruttert på de ulike kommunegruppene, ved de to kartleggingstidspunktene.

Tabell 4.12 Har opplevd rekrutteringsproblemer for oppgitt personellkategori. prosentandel. Etter kommunestørrelse. 2001. N=264.

Innbyggertalls- gruppe	Lege	Psykolog	Psyk. sykepl.	Annet høysk. utd. helse/sosialper. med videreutd. i psyk. helsearb.	Annet høyskoleutd. helse/sosial- personell	Personell med lavere helse-/ sosialfaglig utdanning	Annet personell	N
Under 1 000	8,3	0,0	41,7	16,7	0,0	0,0	0,0	12
1 000-1 999	11,6	4,7	39,5	20,9	16,3	18,6	11,6	43
2 000-2 999	10,7	7,1	17,9	21,4	7,1	7,1	7,1	28
3 000-4 999	2,1	2,1	23,4	2,1	4,3	10,6	2,1	47
5 000-9 999	8,0	6,0	32,0	8,0	10,0	10,0	0,0	50
10 000-19 999	7,0	9,3	23,3	14,0	14,0	14,0	4,7	43
20 000-34 999	3,6	17,9	42,9	28,6	14,3	3,6	3,6	28
Over 35 000	0,0	0,0	23,1	7,7	7,7	7,7	7,7	13
Total	6,8	6,4	29,9	14,0	10,2	10,6	4,5	264

Tabell 4.13 Har opplevd rekrutteringsproblemer for oppgitt personellkategori. prosentandel. Etter kommunestørrelse. 2004. N=277.

Innbyggertalls- gruppe	Lege	Psykolog	Psykiatrisk sykepleier	Annet høysk. utd. helse-/sosial personell med videreutd. i psyk. helsearbeid	Annet høyskoleutd. helse/sosial- personell	Personell med lavere helse-/ sosialfaglig utdanning	Annet perso- nell	N
Under 1 000	0,0	0,0	21,4	0,0	0,0	0,0	0,0	14
1 000-1 999	2,2	0,0	21,7	2,2	4,3	10,9	6,5	46
2 000-2 999	0,0	0,0	7,9	7,9	2,6	2,6	2,6	38
3 000-4 999	2,2	4,4	24,4	6,7	0,0	2,2	2,2	45
5 000-9 999	3,5	8,8	24,6	17,5	8,8	5,3	1,8	57
10 000-19 999	2,6	7,7	23,1	20,5	10,3	7,7	7,7	39
20 000-34 999	5,3	15,8	15,8	10,5	0,0	0,0	0,0	19
Over 35 000	0,0	0,0	21,1	21,1	10,5	10,5	0,0	19
Total	2,2	4,7	20,6	11,2	5,1	5,4	3,2	277

Vi ser av tabell 4.12 og 4.13 at flere kommuner oppga problemer med rekruttering i første periode (1999-2001) enn i andre periode (2002-2004). Kommunene oppgir størst problemer med rekruttering av psykiatrisk sykepleier; henholdsvis 30 prosent ved første kartlegging, og 21 prosent ved andre kartlegging. I 2001 var dette et større problem i kommuner med under 2000

innbyggere og i kommuner med mellom 20000 og 35000 innbyggere. I 2004 var derimot rekrutteringen av psykiatriske sykepleiere minst problematisk i små kommuner mellom 2-3000, noe som kan tyde på at behovet i stor grad ble dekket i første periode.

4.7 Kommunens satsning på kompetanse

Det siste spørsmålet denne delen om rekruttering til kommunene er hva kommunene har gjort for å øke kompetansen i psykisk helsearbeid til ansatte innen ulike tjenesteområder. I 2001 oppga 30 prosent at de ikke hadde noen plan for kompetanseheving i det psykiske helsearbeidet. To av tre hadde enten en egen plan for kompetanseheving, eller at planer for psykisk helsearbeid inngikk i kommunens øvrige plan for helse- og sosialpersonell (eller annen plan). Egen plan for psykisk helsearbeid forekom oftest i små kommuner med fra 1-2000 innbyggere, og fra 3-5000 innbyggere.

I det følgende skal vi se på kommunenes kompetansehevende tiltak i form av videre- og etterutdanning, voksenopplæring samt mer generelle kurs og seminar overfor de ansatte. Vi skal se på slike tiltaks fordeling på ulike tjenester, og videre om det er forskjeller mellom kommuner.

4.7.1 Kompetansehevende tiltak

Tabell 4.14 Kompetansehevende tiltak. Prosentandel av kommunene som har gjennomført tiltaket for minst en ansatt i minst en tjeneste. 2001 og 2004.

	2001	2004
Kurs/seminar	87	87
Etterutdanning i psykisk helsearbeid	66	58
Videreutdanning av høyskoleutdannet personell i psykisk helsearbeid	74	85
Voksenopplæring (fagbrev videregående skole)	18	9

Nesten alle kommunene har gjennomført kompetansehevende tiltak samlet for de ansatte. I underkant av 90 prosent har gjennomført kurs eller seminarer på begge kartleggingstidspunkt. Over 70 prosent gjennomførte videreutdanning av høyskoleutdannet personell i psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Andelen økte til 85 prosent i 2004.

Tabellen under viser i hvilke tjenester videreutdanning og etterutdanning i psykisk helsearbeid er mest utbredt.

Tabell 4.15 Kompetansehevende tiltak fordelt på tjeneste. Prosentandel av kommunene som har gjennomført tiltaket for minst en ansatt. 2004. N=279.

	Videreutdanning av høyskolepersonell i psykisk helsearbeid	Etterutdanning i psykisk helsearbeid
Enhet for psykisk helsearbeid	39	29
Pleie og omsorg	31	29
Helsestasjon/ skolehelsetjenesten	14	14
Sosialtjenesten	19	16

Tabell 4.15 viser at videreutdanning av personell er mest utbredt innen enhet for psykisk helsearbeid, og dernest innen pleie- og omsorgstjenesten. Mellom 30 og 40 prosent av kommunene oppgir at de har gjennomført videreutdanning for minst en ansatt. Mellom 14 og 19

prosent av kommunene oppgir at dette er gjort innen helsestasjon/skolehelsetjenesten og i sosialtjenesten.

4.7.2 Forskjeller mellom kommuner når det gjelder kompetansehevende tiltak

Tabellen under viser prosentandel kommuner som har gjennomført kompetansehevende tiltak fordelt på kommuner av ulik størrelse.

Tabell 4.16 Kompetansehevende tiltak. prosentandel av kommunene som har gjennomført tiltaket for minst en ansatt i minst en tjeneste i perioden 2002-2004. Etter kommunestørrelse. N=279.

Innbyggertallgruppe	Videreutdanning av høyskolepersonell i psykisk helsearbeid	Etterutdanning i psykisk helsearbeid	Voksenopplæring (fagbrev v.g. skole)	Kurs/seminar	Samlet	N
Under 1 000	21,4	28,6	0,0	92,9	100,0	14
1 000-1 999	43,5	39,1	2,2	76,1	95,7	46
2 000-2 999	62,2	40,5	10,8	75,7	89,2	37
3 000-4 999	71,1	64,4	2,2	86,7	95,6	45
5 000-9 999	72,9	66,1	10,2	88,1	96,6	59
10 000-19 999	87,2	64,1	23,1	94,9	100,0	39
20 000-34 999	73,7	73,7	15,8	84,2	100,0	19
Over 35 000	85,0	85,0	5,0	100,0	100,0	20
Totalt	85	58	9	87	97	279

Tabell 4.16 viser at nesten alle kommuner (97 prosent) har gjennomført en eller form for kompetansehevende tiltak overfor minst en ansatt i minst en tjeneste i kommunens psykiske helsearbeid.

Når det gjelder tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid er dette minst utbredt i de aller minste kommunene, men svært utbredt i de øvrige kommunene.

Også når det gjelder etterutdanning i psykisk helsearbeid er dette mest vanlig i de største kommunene.

Relativt få kommuner oppgir tiltak i form av voksenopplæring (fagbrev fra videregående skole). Dette er mest vanlig i kommuner med mellom 10 og 20000 innbyggere.

Gjennomføring av kurs og seminar er om lag like utbredt i alle kommunegruppene.

4.8 Oppsummering rekruttering til kommunene

God rekruttering til kommunene med unntak av psykologer

Når det gjelder rekruttering til kommunene analyserte vi først hvilke typer personell som er rekruttert, og hvordan fordeler disse seg på ulike utdanningsgrupper og tjenesteområder.

Analysene viser at utviklingen i antall årsverk, rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene, har vært mer god nok i forhold til måltallene i Opptrappingsplanen, med unntak av rekruttering av psykologer. Totalt var andelen rekrutterte med enten høyskoleutdanning eller universitetsutdanning så høy som 65 prosent i 2001, og økte til 67 prosent i 2005.

Antall årsverk rekruttert (per 1000 innbygger) er lavest i store kommuner med over 35000 innbyggere, og høyest i kommuner med mindre enn 1000 innbyggere. Med unntak av kommuner med 2-3000 innbyggere er rekrutteringen vesentlig bedre til kommuner med mindre enn 5000 innbyggere enn til større kommuner.

Tilrettelagt behandling

For styrking av tilbudet om tilrettelagt behandling i kommunene, har man rekruttert 57 i psykologer de kommunene som har svart på undersøkelsen. Med dagens endringstakt vil man oppnå kun oppnå 139 nye psykologårsverk totalt i landets kommuner innen 2008. Måltallet er på 184. Kommunene har på den annen side rekruttert svært mange med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid – mange flere enn det målet om 125 årsverk tilsier. Med dagens rekrutteringstakt vil antallet nå om lag 700. Dette kommer i tillegg til psykiatriske sykepleiere, som utgjør en enda større gruppe av rekrutterte i forhold til de med tverrfaglig videreutdanning.

Forskjeller mellom kommuner når det gjelder fordeling av personell til tjenester

Som nevnt er andelen med høyskoleutdanning svært høy totalt sett, og høyest er det i de aller minste kommunene (under 1000 innbyggere). Her har over 80 prosent av de rekrutterte høyskoleutdanning. Disse kommunene har ikke rekruttert psykologer. Videre har de en høyere andel psykiatriske sykepleiere i forhold til øvrige faggrupper enn det større kommuner har. Kommuner med under 1000 innbyggere har dessuten en svært liten andel av personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning, og ingen i gruppen "annet personell".

Andelen *uten* høyere utdanning (personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning samt "annet personell") er større i kommuner mellom 1000 og 5000 innbyggere. Andelen med høyere utdanning er lavest i kommuner med mellom 3-5000 innbyggere. Her har kun halvparten høyere utdanning. Andelen med høyere utdanning øker igjen i kommuner med over 5000 innbyggere, og ligger stabilt på om lag 70 prosent. Når det gjelder de største kommunene ser vi også at innslaget av psykologer, og dels også leger, gjør seg gjeldende.

Tjenester styrket

Som forventet er det først og fremst Enhet for psykisk helsearbeid og avdeling for Pleie og omsorg som har blitt styrket ved økt rekruttering. I tillegg har helsestasjons-/ skolehelsetjenesten blitt styrket. Barnevern og sosialtjeneste styrket har også til en viss grad blitt styrket. Kultur, barnehager/ grunnskole, PPT og andre tjenester har bare i liten grad blitt styrket gjennom Opptrappingsplanen.

I andre kartlegging er det ikke registrert med hvilke personellgrupper de ulike tjenestene er styrket. Dette ble gjort ved første kartlegging. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at mønsteret har endret seg vesentlig i perioden etter 2001. Første kartlegging viser at enhet for psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenesten ble i perioden 1999-2001 i hovedsak styrket gjennom rekruttering av høyskoleutdannet personell, primært psykiatriske sykepleiere samt annet høyskoleutdannet personell med og uten tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten ble i første periode av planperioden primært styrket ved rekruttering av psykiatrisk sykepleier eller annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell, og i svært liten grad ved personell med lavere utdanning. 9 prosent av kommunene oppgir for øvrig at denne tjenesten ble styrket ved rekruttering av psykolog.

Forskjeller mellom kommuner mht tjenester styrket

Både i 2001 og 2004 var det de minste kommunene som i minst grad styrket enhet for psykisk helsearbeid. Forskjellene kan dels forklares med ulik organisering av tjenester. Organisering i egen enhet er minst vanlig i de minste kommunene.

Pleie og omsorg ble i mindre grad styrket ved rekruttering i siste periode enn i første periode. Ved første kartlegging var det kommuner med over 20000 innbyggere, samt kommuner med mellom 1000 og 1999 innbyggere som var blitt styrket. Ved andre kartlegging var fordelingen mer lik mellom kommunegrupper, men med minst styrking av pleie og omsorg i kommuner med fra 1000 til 3000 innbyggere.

Totalt halvparten av kommunene oppgir rekruttering til helsestasjon og skolehelsetjeneste, og dette dreier seg i størst grad om kommuner med over 10000 innbyggere. Mellom 60-80 prosent av disse kommunene oppgir styrking ved rekruttering til helsestasjon og skolehelsetjenesten, og dette gjelder på begge kartleggingstidspunkt.

I gjennomsnitt oppgir mellom 20 og 27 prosent av kommunene at sosialtjenesten og barnevernet er styrket ved rekruttering på begge kartleggingstidspunkt. I størst grad gjelder dette større kommuner. Når det gjelder kulturtjenesten er det i overveiende grad kommuner med over 20000 innbyggere som oppgir styrking. Det samme er gjeldende for PPT, barnehage og grunnskole.

Problemer med å rekruttere personell

I 2001 var det om lag 40 prosent av kommunene som svarte at de hadde opplevd problemer med rekruttering av personell til psykisk helsearbeid de siste to årene. I 2005 var det en del færre, 27 prosent av kommunene som oppga rekrutteringsproblemer.

I 2001 oppga 70 prosent av kommunene det som uproblematisk å rekruttere psykiatriske sykepleiere mens det i 2005 ble oppgitt som uproblematisk for 80 prosent av kommunene.

Samtidig som rekruttering av psykiatriske sykepleiere oppgis som mest problematisk, viser data at det er denne gruppen det er rekruttert flest av. Dette reflekterer muligens kommunenes satsning på denne gruppen i en første fase av Opptappingsplanperioden. Tallene for perioden 2001-2004 tyder på at behovet for psykiatriske sykepleiere har avtatt litt i forhold til første periode.

Kommunene oppgir størst problemer med rekruttering av psykiatrisk sykepleier; henholdsvis 30 prosent ved første kartlegging, og 21 prosent ved andre kartlegging. I 2001 var dette et større problem i kommuner med under 2000 innbyggere og i kommuner med mellom 20000 og 35000 innbyggere. I 2004 var derimot rekrutteringen av psykiatriske sykepleiere minst problematisk i små kommuner mellom 2-3000, noe som kan tyde på at behovet i stor grad ble dekket i første periode.

Kompetansehevede tiltak i kommunene

Nesten alle kommunene har gjennomført kompetansehevede tiltak samlet for de ansatte. Om lag 90 prosent har gjennomført kurs eller seminarer på begge kartleggingstidspunkt. Over 70 prosent gjennomførte videreutdanning av høyskoleutdannet personell i psykisk helsearbeid i perioden 1999-2001. Andelen økte til 85 prosent i 2004.

Videreutdanning av personell er mest utbredt innen enhet for psykisk helsearbeid, og dernest innen pleie- og omsorgstjenesten. Mellom 30 og 40 prosent av kommunene oppgir at de har gjennomført videreutdanning for minst en ansatt. Mellom 14 og 19 prosent av kommunene oppgir at dette er gjort innen helsestasjon/skolehelsetjenesten og i sosialtjenesten.

Når det gjelder tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid er dette minst utbredt i de aller minste kommunene, men svært utbredt i de øvrige kommunene.

Også når det gjelder etterutdanning i psykisk helsearbeid er dette mest vanlig i de største kommunene.

Relativt få kommuner oppgir tiltak i form av voksenopplæring (fagbrev fra videregående skole). Dette er mest vanlig i kommuner med mellom 10 og 20000 innbyggere. Gjennomføring av kurs og seminar er om lag like utbredt i alle kommunegruppene.

5 Vurderinger

Høyt utdanningsnivå blant de som er rekruttert, både i psykisk helsevern og i kommunene

Både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten representerer nye årsverk i opptrappingsperioden nesten overveiende personell med høyere utdanning. Utviklingen i den personellmessige opptrappingen har til nå vært nesten uventet i forhold til de anslag og framskrivninger man tidligere har gjort i forhold til det å rekruttere personer med høyere utdanning, spesielt leger og psykologer til spesialisthelsetjenesten, og psykiatriske sykepleiere samt personell med den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid til kommunene.

Denne utviklingen skjer til tross for at Opptrappingsplanen har et måltall på 3600 for personell uten høyere helse- og sosialfaglig utdanning. Etter første kartlegging i 2002 antydet vi at den høye andelen med høy utdanning blant personell rekruttert til kommunene kunne skyldes at kommunene i en oppbyggingsfase la vekt på å skaffe spesialisert personell, og at man videre i prosessen (og etter hvert som omsorgsboliger etableres) kom til å flytte fokus fra høyskoleutdannet personell til personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning. Imidlertid er andelen personell med lavere helse- og sosialfaglig utdanning om lag den samme i 2004 som den var ved første kartlegging i 2002. Gruppen med lavere helse-/sosialutdanning utgjør om lag en fjerdedel av totalt antall rekrutterte. Det skjedde altså ikke en økt rekruttering av personell med lavere utdanning for å dekke økende behov for personell til hjemmebaserte tjenester, slik vi forventet. Det ble tvert imot rekruttert 30 prosent færre fra denne personellgruppen i 2004 enn 2001.

Selv om personelløkningen har vært god på nasjonalt nivå, sett i forhold til måltallene i Opptrappingsplanen, er det trekk ved tjenestetilbudet innen psykisk helsevern som kan tilsi at man likevel ikke har tilstrekkelig med kvalifisert personell i alle typer tjenestetilbud. For eksempel påpeker Sosial- og helsedirektoratets underveisrapport (2003) i forbindelse med Opptrappingsplanen, at tilgangen på kvalifisert personell i forbindelse med utbygging av DPS'er er vanskelig flere steder, og at dette påvirker samhandlingen mellom tjenestene når det gjelder samarbeid og veiledning, for eksempel bistand til fastlegene når det gjelder diagnostisering. St meld 25 beskriver at det er vanskelig å komme med anslag for hva som er ideell dekning av ulike personellgrupper for at mennesker med psykiske lidelser skal få optimale tilbud. Man må, ifølge handlingsplanen for helse- og sosialpersonell (1998-2001), ta utgangspunkt i etterspørsel selv om dette er et dilemma, ettersom tilbud også skaper etterspørsel. Spesialisthelsetjenesten har lang erfaring – dermed også i forhold til å se og definere sine behov, for eksempel for personell. Kommunene derimot skal i større grad bygge opp sine tjenester, og det vil antagelig være mer tilfeldig og personavhengig hvorvidt behov avdekkes og gjøres noe med.

Styrking av tilrettelagt behandling i kommunene

I Sosial- og helsedirektoratets underveisrapport (2003) understrekes viktigheten av psykologer og personell med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid for utforming av innholdet i de kommunale tjenestene. I tillegg foreslås tiltak for klargjøring av fastlegens rolle. Ettersom de fleste mennesker med psykiske lidelser bor utenfor institusjon påpeker Opptrappingsplanen at det tilrettelagte kommunale behandlingstilbudet til gruppen ikke er godt nok, og at dette fører til unødig stor pågang på spesialisttjenestene. På denne bakgrunn presiseres et behov for å styrke tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene.

Generelt kan det anføres at måltallet på 184 psykologer, sammen med 125 med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kan oppfattes som lavt i forhold til ambisjonene om å bruke disse for styrking av tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene. Det indikerer uansett at det ikke er alle kommuner som skal ha et tilbud om tilrettelagt behandling.

I stedet for en økende satsing på psykologer i kommunene gjennom planperioden, ser vi tendens til det motsatte i tallene fra kartleggingene. Til gjengjeld ser vi en større satsing på gruppen med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid enn planen tilsier, spesielt i mindre kommuner. Det er også primært større kommuner som har rekruttert psykolog. Dette trenger ikke å være et kritisk punkt i kommunenes opptrapping. Det kommer blant annet an på hvordan man legger opp det psykisk helsearbeidet i kommunene, kompetanse- og utdanningsnivået blant de ansatte, og hvordan tilgjengeligheten til, og samarbeidet med, psykisk helsevern er.

Uavhengig av Opptrappingsplanen er det sannsynlig at tallet på psykologer vil øke i årene framover ettersom det er igangsatt et prosjekt i regi av Norsk psykologforening som har som målsetting å øke antallet kommunale psykologstillinger. Forprosjektets målsetting har vært å utvikle strategier og modeller for psykologarbeid i kommunene, og å lage rammer og innhold for utprøving av modellene for hovedprosjektet som skal starte opp i januar 2007 (Rapport forprosjekt, 2006). Mer enn å bekymre seg for dårlig rekruttering av psykologer så langt i Opptrappingsplanperioden er det kanskje mer interessant å diskutere hvilke tjenester som har størst behov for psykologer, og hvilken rolle psykologene skal ha i de ulike tjenestene til henholdsvis voksne og barn/unge.

Mer tverrfaglighet

I tillegg til at gruppen med tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid har økt, har også andelen annet høyskoleutdannet helse- og sosialpersonell¹⁹ økt, og utgjør den største personellgruppen i 2004. Mange av disse vil ytterligere bidra til tverrfaglighet ved utdanninger innen sosialfag, ergoterapi, fysioterapi, fysioterapi etc. Disse utdanningsgruppene øker samtidig som gruppen psykiatriske sykepleiere minker.

Forskjeller mellom kommuner

Det er ikke slik at de aller minste kommunene (under 1000 innbyggere) kommer dårligst ut. De har flest årsverk per 1000 innbygger, og generelt har de et høyt utdanningsnivå. Det laveste utdanningsnivået finner vi i kommuner med 3-5000 innbyggere. For øvrig foregår det mindre kompetanseheving i små kommuner enn i de større kommunene. Andre studier viser også at det uttrykkes et større behov for kompetanseheving blant ansatte i det psykiske helsearbeidet i små kommuner enn det som er tilfelle blant ansatte i større kommuner (Ådnanes og Bjørngaard, 2006).

God personelldekning pga økt utdanningskapasitet?

Vi har konstatert at personelltilgangen er i tråd med Opptrappingsplanens målsettinger, også i forhold til grupper man hadde forventet skulle bli vanskelig å få rekruttert. Kan man si at dette skyldes økningen i utdanningskapasiteten? Når det gjelder den etter målene tilfredsstillende tilgangen på leger og psykologer samt spesialister til psykisk helsevern, kan man bare i liten grad vise til en kapasitetsøkning i utdanningene innenfor planperioden. Kapasitetsøkningen her skjedde imidlertid forut for Opptrappingsplanens oppstart, med det resultat at et høyere antall psykologer og leger uteksamineres per år i selve planperioden i forhold til før. Man kan tenke seg at dette resulterer i at et større antall rekrutteres til psykisk helsevern. Arnesen (2006) bekrefter i sin studie at de økte kandidattallene i perioden 1998-2004 faktisk har ført til at flere nyutdannede har begynt å arbeide innen psykisk helsevern i slutten av perioden enn i starten.

Når det gjelder utdanningstiltak er det videreutdanningene, både ved høyskolene, regionsentrene og de private instituttene som representerer den store satsningen. Spesielt har den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid hatt stor betydning for rekruttering av denne nye gruppen av fagfolk. Både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene representerer disse, sammen med de psykiatriske sykepleierne, og de øvrige med høyskoleutdanning innen helse- og sosial en svært viktig gruppe.

Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid og en rekke andre utdanningstilbud som har kommet til i løpet av de siste par årene gjenspeiler helsepolitiske reformer og satsninger. Flere av disse gjennomføres i et samarbeid med andre institusjoner. Videreutdanning i kognitiv psykoterapi er et eksempel. Målgruppen er helse- og sosialarbeidere som arbeider med voksne psykiatriske pasienter, og som trenger grunnleggende kunnskaper og ferdigheter for å arbeide psykoterapeutisk etter kognitive prinsipper rettet mot det enkelte individ. Videreutdanning i

¹⁹ Personell med høyskoleutdanning innen helse-/sosial som ikke har videreutdanning enten i psykiatrisk sykepleie eller tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid.

boligsosialt arbeid er et annet eksempel. Videre fins nye studieprogrammer som retter som mot arbeid i kommunehelsetjenesten spesifikt.

Av andre aktuelle nye videreutdanninger finner vi: videreutdanning i psykisk stress og krisebearbeidelse, videreutdanning i arbeid med barn med psykisk syke foreldre, AD/HD, Tourette, Aspergers, videreutdanning i anvendt gruppeterapi for pasienter/klienter i ulike helse- og sosialinstitusjoner.

I tillegg til disse videreutdanningsemnene har det de siste årene blitt etablert en rekke nye mastergrader som relaterer seg til psykisk helsearbeid: Master i psykisk helsearbeid, Master i Community Care, Master i helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet, Master i forebyggende arbeid med utsatte barn, unge og deres familier, Master i barn og unges psykiske helse, Mastergradsstudium i systemisk familieterapi og praksis. Disse utdanningene vil i ulik grad tilføre kompetanse og nye perspektiver på psykisk helse og psykisk helsearbeid.

6 Referanser

Andersson, H.W., Røhme, K., & Hatling, T. (2005). Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge: Opptreppingsplanens effekt på psykisk helsearbeid i kommunene. Delrapport 2. Rapport STF78 A035005, SINTEF Helse

Andersson, H.W., Ose, S.O., & Norvoll, R. (2006). Helsesøsters kompetanse. SINTEF Rapport A558.

Arnesen, C.Å. (2006). Arbeid og videreutdanning innenfor psykisk helsevern blant nyutdannede. NIFU STEP arbeidsnotat.

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

Kalseth, J. (2003): Psykisk helsearbeid i kommunene – variasjoner i tiltak og tjenester. SINTEF Unimed, Trondheim.

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

Norsk Psykologforening (2006). Rapport forprosjekt. Økt flerfaglighet i kommunalt psykisk helsearbeid: Psykologenes bidrag. <http://www.psykol.no/>

Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnanes, M., og Ose, S.O. (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer. SINTEF Rapport A246.

Pedersen P.B. m.fl. (2006). SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2005. SINTEF Helse. Rapport 2/06.

Pedersen P.B., Kalseth, J. og Hagen, H. (2002): Forslag til kostnadsnøkkel for det psykiske helsevernet. SINTEF Unimed Trondheim.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). Opptreppingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003-2006. IS-1128.

Sosial- og helsedepartementet (2001a): Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Sammenligningstall for kommunene 2001.

Sosial- og helsedepartementet (2001b): I-1008 B Rapport nr. 2: Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell. Resultater 1998-2000 og planer 2001-2004.

Sosial- og helsedepartementet (1999): I-0895 B Handlingsplan for helse- og sosialpersonell 1998-2001.

Stortingsmelding nr 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Stortingsmelding nr 41 (1987-88): Helsepolitikken mot år 2000.

Stortingsproposisjon nr 1 Sosial- og helsedepartementet (2001-2002) for budsjetterminen 2002.

Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98): Opptreppingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

Ådnes, M. og Bjørngaard, J.H. (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser. SINTEF Rapport A230.

Ådnes, M., Helgesen, M. og Arnesen, C.Å. (2006). Utdanning, kompetanseheving og rekruttering til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Syntese av funn fra evalueringen av Opptappingsplanen for Psykisk helse per desember 2005. SINTEF Rapport A84.

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

Vedlegg

Etterutdanningstilbud ved regionsentrene for barn og unges psykiske helse 2000-2005

Tabell v 1 Etterutdanningstilbud 2000-2005, Regionsenter for barn og unge, Midt-Norge

Etterutdanningstilbud	2000	2001	2002	2003	2004	2005
18th World Congress of Psychotherapy, Trondheim			604			
Barn i familierapi	50					
Den profesjonelle barnesamtalen			38	44		
Den psykoanalytiske barne- og ungdomspsykiterapiens historikk og grunnlagsproblemer			17			
Depresjon hos ungdom			25			
Diagnostisering av små barn, DC 0-3			14	19		
DC 0-3 Fordypningsgrupper					14	14
Fobi behandling			10			
Foreldre/barn intervensjon (Marte Meo) for BUP-ansatte og nære samarbeidspartnere			10			
Kognitiv atferdsterapi			35			
Kognitiv terapi – oppfølgingskurs	26					
Kommunikasjon med små barn			27		31	
Konferanse "Støtte til seksuelt misbrukte barn" (Samarb. med Barne- klinikken, RIT)		40				
Konferanse barnepsykiatri – voksenpsykiatri	59					
Konferanse om Miljøterapi		54				
Konferanse om Rus – Psykiatri			230			
Konferanse. Fylkessamling Møre og Romsdal		49		70		46
Konsultasjon	15					
Kurs for kontoransatte	22	17	20	16	23	17
Kurs i narrativ terapi	17					
Lederutvikling innen bup, helseregion Midt-Norge	17					
Moralutvikling			15			

Etterutdanningstilbud	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Narrativ terapi			35		33	26
Nevropsykologisk arbeid og nytteverdien i barne- og ungdomspsykiatrien		26				
Oppfølgingsseminar for seminargruppen i Care-Index			15			
Opplæring i behandlingsmetoden PCIT		48				
Opplæring i en metode for å lære tilknytning, Care Index		38				
Opplæring i og bruk av Kiddie-SADS		41	25		16	18
Opplæring i og bruk av Kiddie-SADS						
Oppfølgingskurs Kiddie-SADS (PL)				7		
Post Traumatic Stress Disorder			26			
Prosjektiv identifikasjon, splitting, containment og motoverføring			19			
Relasjonsorientert psykoanalytisk terapi med barn og ungdom med vekt på Donald W Winnicott og Melanie Klein			21			
Rorschach – teori og praksis	12					
Samme kurs som nr. 7, går fra Molde	9					
Spedbarnsforskning og intersubjektive utviklingsmodeller			30			
Symbolisering, overføring og lek			21			
Terapeutisk arbeid i familier med ungdom			37			
Tilknytning og psykopatologi	37					
Tilknytning, risikofaktorer og problemområder		34				
Tverrfaglig kandidatkurs. Historie og Vitenskap/Jus og Etikk.		29				
Undervisning i behandlingsmodellet PCIT	12					
Utdanning i forskning og forskningsmetoder for klinikere i Helseregion Midt-Norge.			52			
Vedlikeholdseminar i psykoterapi av barn og ungdom, for spesialister	5					
Vedlikeholdsseminar i psykoterapi			11			
Veiledning som metode	16					
Videreføring av opplæring i behandlingsmetoden PCIT			36			
Workshop – Understanding and Responding to Child Maltreatment			11			
Tidlig utvikling og støttende dialog I familiesystemisk perspektiv				30		
Fordypningsgrupper DC 0-3				21		
Seinreaksjoner på traumer I nære relasjoner – med fokus på familievold				45		
WISC-R og WISC III				37		
Nettverksarbeid I BUP – en tilnærming fundert på relasjonsorientert psykoanalyse				10		
Helping Children to find a Voice				27		

Etterutdanningstilbud	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Vitenskap og familierterapi				37		
Nevromotorisk undersøkelse for barn 4-16 år (NUBU 4-16) – del I				11		
Childhood depression				22		
Tilknytningsforskning				37		
Arbeid med flyktninger i familier				19		
WISC III					38	
Care Index Toddler					20	
Åpne samtaler ved akutte psykosier					56	
Nevropsykologi					9	
Emosjonelle problem hos barn og unge					62	
Barn med atferdsvansker					64	
Spilleavhengige barn og ungdom					14	
Regionalt forskningsmøte					13	
Just therapy – Arbeid med innvandrere/flyktninger						10
Barnet og de meningsbærende andre – utvikling og endring ut fra Winnicott og relasjonell psykodynamisk tenkning						10
Høytfungerende autisme – Asperber syndrom – barn og unge						56
Screening, utredning, behandling av sped- og småbarns psykiske vansker						35
MMPI II						17
Spisevegring I et relasjonelt perspektiv						41
Kurs for kontoransatte I BUP						17
Triple-P						12
Konferanse: Evidensbasert behandling av angst, fobi og depresjoner hos barn og unge				59		
Konferanse: Oppsummeringskonferanse Webster Strattons behandlingsprosjekt					62	
Konferanse: Assessment – spesielle utredninger					67	
Konferanse: Jubileumskonferanse – RBUP Midt-Norge 10 år					66	
Konferanse: BUP-klinikkens arbeid overfor kommunene						74
Konferanse: Personlighetsforstyrrelser hos ungdom/Temaer om seksuelle overgrep						46
Konferanse: Atferd – De utrolige årene						36
Konferanse: Styrket samarbeid i regionen Midt-Norge mellom barnevern-tjenestene, barne- og ungdomspsykiatri og rusomsorgen. "Ungdom som trenger sikker plassering"						74
Totalt	297	428	1 332	511	588	549

Tabell v 2 Etterutdanningstilbud 2000-2005, Regionsenter for barn og unge, Abup, Nord

Etterutdanningstilbud	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kurs i utviklingspsykologi	25					
Tilknytning og psykopatologi	20					
Språkforstyrrelser hos barn	28					
Regionskonferansen 2000: Fokus på barne- og ungdomspsykiatriens kompetanse	114					
Miniseminar: Evolusjonære aspekter på human atferd	17					
"De nye lovene og konsekvenser for barne- og ungdomspsykiatrien"		29				
Implementeringskonferanse: Retningslinjer for alvorlige spiseforstyrrelser		80				
Søvnforstyrrelser hos barn og voksne		31				
Atferdsgenetikk og evolusjonspsykologi – relevans for klinisk virksomhet og forskning -						
Tiltak for kompetanseheving innen utredning : - kurs i administrering og bruk av ulike utredningsmetoder og behandlingskonferanser - 2001						
a) Vineland maturity scale		14				
Kurs i CBCL		12		17		
Regionkonferansen 2001: Future directions for child and adolescent mental health		76				
ADHD og voksne - utredning og behandling			29			
Introduction to Behavioral Genetics			38			
Barnemishandling og omsorgsvikt			70			
Administrering og bruk av Kiddie-sads			35	14	13	
Barn som troverdige informanter/vitner etter traumatiske opplevelser/grove overgrep			110			
Regionkonferansen 2002: Barn i barnevern og barne- og ungdomspsykiatri			157			
BUP-data				20		
Longitudinelle perspektiver på psykososiale problemer hos barn og barnefamilier: adferdsvansker og oppvekstvilkår				23		
"Vold i nære relasjoner – seksuelle overgrep mot barn og annen barnemishandling"				121		
"Forebyggende virksomhet i psykisk helsearbeid for barn og unge"				116		
Intelligenstesting av barn og unge				28		15
Utviklingspsykologi				32		12
ADHD i skolen					48	
ADHD og jenter og bruk av medikamentell behandling i psykisk helsevern for barn og unge					74	
Barn og unge i fosterhjem					100	

Etterutdanningstilbud	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Individuell plan					70	
ADHD I PRIMÆRHELSETJENESTEN					29	
"Familiesenter"					140	
"Tidlig intervensjon"					140	
Volds- og traumeutsatte: Nye utfordringer for fagfeltet?					130	
Asperger						
Workshop "Unge overgripere"						14
Kurs om dommeravhør og misbrukte barn						60
Angst og sosiale vansker; "Friends" - et forebyggende manualisert program						37
Seminar om erfaringer med implementering og klinisk nytte av HoNOSCA i rutineevaluering						14
Just therapy" – A matter of culture, belonging and social justice						40
Kommunikasjon med barn						48
"Resiliens og mestring som innfallsvinkel til forebygging og behandling av psykiske vansker hos barn og unge "						90
Utviklingsperspektiver på psykopatologi. Eksemplifisert ved autismspektrumforstyrrelser hos jenter og antisosial atferd hos unge menn						22
Tverrfaglig konferanse om seksuelle overgrep og vold i nære relasjoner						220
Totalt	204	242	439	371	744	662

Tabell v 3 Etterutdanningstilbud 2000-2005, Regionsenter for barn og unge, Vest

Etterutdanningstilbud RBUP Vest	2000	2001	2002	2003	2004	2005
"A Collaborative Therapy Approach - Working with Children; Adolescents, Families and Lager Systems"				57		
"De utrolige årene". Foreldreprogrammet Webster-Stratton				17	4	
"Heroic Clients. Heroic Agencies"				34		
"Hjelp til å finne meg selv". Erfaringer med samtalegrupper for barn og ungdom med Asperberg syndrom.				18		
"Livets elv"				16	15	8
"Ungdom ute av kontroll" (samarbeid med BUS)				70		
Adferdsforstyrrelse hos ungdom	7					
Agas and Stages Questionnaires: Foreldreutfylte skjemaet for screening av barns utvikling					68	
Appreciative Inquiry				27		
Arbeid med barn i familier med omfattende og sammensatte problemer – Eia Asen						84
ART – en behandlingsmetodikk/treningsopplegg for å hjelpe unge med atferdsvansker til å endre atferd						20
ASEBA				43	18	
Barn og ungdom i familierapeutisk praksis						36
Barn utsatt for rusmidler i svangerskapet				15		
Barnespesifikk kunnskap i fam. Terapi			16			
Client directed outcome informed therapy with children and fam. Del 1			36			
Client directed outcome informed therapy with children and fam. Del 2			15			
DAWBA				14		
Depresjoner under svangerskapet og i post partum perioden – konsekvenser for mor og barn					222	
Diagnostisering i BUP				24		
Evalueringsmetoder i BUP						17
Familiebehandling ved spiseforstyrrelser	29					
Familierapeutisk forum				9	9	9
Familierapi				18		
Fedre i barne- og ungdomspsykiatrien			8			
For tidlig fødte barn				15		
Fordypningsseminar - fagutvikling for Marte Meo-terapeuter			30	13	13	
Fordypningsseminar i Early Social and Communication Scale (ESCS)				8		
Fordypningsseminar i gruppeterapi				11	18	

Etterutdanningstilbud RBUP Vest	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Fordypningsseminar i kognitiv terapi med barn			18			
Fordypningsseminar i spedbarnspsykologi			15	16		
Foreldre/barn - skole - BUP. Samarbeid med ulike perspektiver og roller				21		
Forelesningsrekke for lærere/spesialpedagoger i BUP		29				
Fra reaksjon til refleksjon, gruppe- og familiearbeid med psykososiale problemer i skolen				24		
Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser						91
Gruppeterapi med ungdom	5	16				
Høstkonferansen				81	167	165
Interpersonlig terapi				10		
Introduksjonskurs til tilknytningsteori				7		
Jenter med ADHD						15
Juridisk forsvarlig virksomhet i barne- og ungdomspsykiatrien	58			8		
Jus i psykisk helsevern for barn og unge				8		
Kartlegging av barn med kognitive og emosjonelle vansker ved hjelp av evneprøver					29	
Kartleggingsopplegg MAF				6		
Kognitiv affektiv trening av barn/ungdom med høytfungerende autisme/aspergers syndrom – presentasjon av treningsmaterialet KAT						37
Kognitiv psykoterapi med ungdom		36				
Kognitiv terapi med barn				20	24	
Krise- og katastrofehandtering: barnet og familien		25				
Kurs for nytilsatte i BUP				38	33	20
Kurs i bruk av Bayley			15			
Kurs i bruk av Kiddie-SADS-PL			46	21	29	
Kurs i bruk av Leiter-R			40			
Kurs i bruk av Vineland			25			
Kurs i ICD-10			15		52	18
Kvalitativ forskningsmetodikk og artikkelskriving		11				
Lederutvikling for ansatte i BUP			16			
Leiter-R					8	
LISREL				19		
Løsningsfokuset arbeid i møtet mellom barnevern og psykisk helsevern – Insoo Kim Berg						114
Løsningsfokuset terapi			8	10		

Etterutdanningstilbud RBUP Vest	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Løsningsorientert terapi			17			
Miljøterapi i akuttavdeling					49	
Nettverksarbeid			7			
Nevropsykologi						8
Oppfølging etter depresjoner under svangerskapet						30
Psykisk helsevern for barn og unge i kommunehelsetjenesten – kurs for primærleger					75	48
Psykoanalytisk forståelse i barne- og ungdomspsykiatrien		30				
Psykoedukativ familiebehandling	82					
Psykofarmaka i barne- og ungdomspsykiatrien	14					
Rus – behandling av ungdom					31	
Selvsikring – seminar med Jane Bunclark					61	
Sertifiseringskurs i administrering, og koding av Adult Attachment Interview (AAI)				20		
Spedbarnsobservasjon					5	5
Spiseforstyrrelser					43	
Terapeutisk forum - forum for behandling av seksuelt misbrukte barn og unge	20	40	40	20	23	
Terapeutisk mestring av vold				25		
Traumer – forståelse, differensialdiagnostikk og behandling					18	
Triangulerte samtaler				40		
Tvangs fenomener hos barn og unge		12				
Tverrfaglig kurs i ICD 10		23				
Tverrfaglig seminar - psykiatriske tilstandsbilder			48			26
Tverrfaglig seminar - vitenskapsteori og forskning			20			24
Tverrfaglige kurs i utviklingspsykologi og familierapi		48			27	
Uredning av lærevansker hos unge og voksne					15	
Utredning av utviklingsforstyrrelser og lærevansker					21	
Utredning og diagnostisering av sped- og småbarn. Diagnostic Classification 0-3					20	14
Veiledningspedagogikk for kliniske veiledere i spesialiteten kliniske sosionomer og pedagoger	31					
Vold og utvikling, om barn og ungdom som lever med vold i familien m.v						26
WAIS-III					15	
WISC-III				12	27	
Totalt	246	270	435	815	1139	815

Tabell v 4 Etterutdanningstilbud 2000-2005, Regionsenter for barn og unge, Sør/ Øst

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ADHD med fokus på jenter						44
Arbeid med flyktningebarn og ungdom						66
Autisme og autisnelignende tilstander, 2 dager			97			
Barn i skilsmisse						41
Barn av psykisk syke foreldre 2 dager		120				
Barn og unge med alvorlige atferdsvansker 2 dag.					24	
Barn og unge med spesielle behov			24			
Barn som pårørende når foreldre har alvorlige psyk. probl. 2 dager			119			
Barneperspektivet i familiebehandling						53
Barneårene del I Åpent kurs 2 dag. + kursr.6 gan					77	
Barneårene del II 2 dager					54	
Barneårene (del III)					27	
Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, 2 dager		198				
Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser (ett årig)				10	10	10
CBCL, 1 dag			20			
Child Behaviour Checklist, 1 dag		19				
Den store psykoterapidebatten						117
Erfaringer fra familierapi med alvorlige spiseforstyrrelser						45
Erfaring med narrativ terapi 2003				32		
Etablering av marte-meo forening 1 dag		73				45
Fagborg 2 dager		74	94			
Familierapi, ulike tema	4	8	205			
Familierapiveiledning langsgående			3			
Finnes det en miljøter etikk, 2 dager		55				

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Foreldre med rusmisbruk					91	
Foreldrekompetanse i flerkulturelle fam., 2 dager			88			
Foreldreskap og oppvekst i flerkulturelle miljøer, 4 saml., 2 dager		60				
Forståelse og behandling av relasjonsproblemer						103
Forum for kvalitativ forskning, 1 dag		30				
Fra ide til prosjekt					8	
Fra ide til prosjekt del 1, 1 dag		28				
Fra ide til prosjekt del 2, 1 dag		23				
Friends						15
Historier om fremtiden, 2 dager			110			
How to use therapist biases in the therapeutic conversation			34			
ICD-10 I, 1 dag			40			
ICD-10 II, 1 dag			31			
Innføring i kognitiv adferdsterapi med barn og unge						56
Just Therapy						84
Klient og resultatstyrt terapi/Nettverkssamling					88	
Kognitiv terapi med barn og unge, 1 dag			68			
Kognitiv atferdsterapi med barn og unge del 1						56
Luigi Boscolo 2 dager		53				
Makt rettferdighet og anerkjennelse 1 dag					32	
Marte Meo (ett årig kurs)				15	14	10
Marte- Meo samspillsb. Bruk av video			8			
Marte- Meo samspillsb. Bruk av video 1,5 år		8				
Mestringsfremmende samtaler med ungdom						37
Michael White 9-13, 5 dager			120			

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Miljøterapi til terapi 2 dager				52		
Miljøterapi: utvikling av terapeutrollen, 2 dager			34			
Muskespenningsdiagnostikk (1 år)					8	
Møte med ungdom med vold og aggresjonsproblemer						18
Narrativ (3 påbyggingskurs alle av ett års varighet)				20	31	42
Narrativ terapi Langsgående			13			
Narrativ terapi Langsgående 1 år		18				
Nettverksseminar for klient og resultatstyrt terapi						53
Nettverk for pedagoger					10	
Nevropsykologisk/nevropsykiatrisk utdanning (2 år tverrfaglig og tverretatlig)				80		
Personlighetsforstyrrelser hos voksne barnas byrd				100		
Praktisk teoretisk gruppe sem. 5 saml					14	
Psykoterapeutisk psykososialt beh.arbeid med ungdom, 1 dag			106			
Putting research to work 2 dager		28				
Salutogenese perspektivet 1 dag					23	
Samspillsbehandling del II, 1 dag		128				
Selektiv mutisme						30
Seminar med Peter Lang og Elspeth McAdam						30
Somatiske symptomer uten sikre fysiske funn hos barn og unge						45
Spedbarnsobs			4		19	12
Spedbarnsobs 1-årig		4				
Søkerseminar for prosjekter, 1 dag		18				
Terapeutisk arbeid med ungdom i grupper						59
The heroic client, familiterapiseminar, 2 dager			110			

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tidlig kartlegging og diagnostikk, 1 dag		68				64
Traumatisering, 3 dager		32				
Ungdom (del I)					32	
Ungdom (del II)					24	
Ungdom (del III) Selvskading					73	
Ungdom del III Psykososialt/psykot. Arb. Med ungdom, 1 dag				73		
Ungdom del IV				47		
Ungdom og familier som utfordrer samfunnet						54
Vansker knyttet til barneårene del I				41		
Vansker knyttet til barneårene del II				66		
Vansker knyttet til barneårene del III				24		
Veilederutdanning (ett årig) (Usikker på årstallet for den)						
Veilederutdanning(2.årig)						12
Vold i familien						86
Åpent seminar med Barry Duncan					165	
2 årig psykoterapi høsten 2001/høsten 2003			8			
2-årig psykoanalytisk orientert barneterapi høsten 2001/høsten2003		8				
	40	1 125	1 363	560	824	1 242

Etterutdanninger ved helse- og sosialfaglige utdanninger ved statlige og private høyskoler, 2000-2005

I følgende oversikt over etterutdanninger ved helse- og sosialfaglige utdanninger ved statlige og private høyskoler. Ettersom registrering i Database for høgre utdanning (DBH) ikke registrerte etterutdanninger ved høyskolene før i 2003, presenteres først data for perioden 2000-2002, basert på høyskolenes egen rapportering til SINTEF Helse. Deretter presenteres tall fra DBH for henholdsvis 2003, 2004 og 2005. I disse siste tabellen inngår også antall timer ved det enkelte kurs.

Tabell v 5 Etterutdanning ved helse- og sosialfaglige utdanninger ved statlige høyskoler. Deltakere fordelt på vår og høst 2000-2002

Høgskole	Etterutdanningstilbud	V 2000	H 2000	V 2001	H 2001	V 2002	H 2002
Akershus	Vivat - førstehjelp ved selvmordsfare			24	24	44	28
Gjøvik	Ledelse av nettverksmøte						50
Hedmark	Etterutdanning i psykisk helsearbeid	90		49			
	Psykososialt perspektiv på ledelse/ Uniska-konferanse			93			
	Psykisk utviklingshemming og psykisk helse				26		
	Å være barn av psykisk syke foreldre					7	
	Pasienterfaring knyttet til mani					1	
	Psykiatrisk behandling gjennom nettverksmøter					15	
	Innføring i kognitiv terapi					23	
Sogn og Fj.	Psykososialt arbeid med pårørende til psyk. pas		79				
	Nye helseloven - lov om psyk. helsevern						
	Rehabilitering i psykisk helsevern					56	
	Rusomsorg - ulike fokus						
	Seksuelle overgrep mot barn					71	
	Tverrfagleg samarbeid						35
	Aldersdemens						77
	Sjel og sinn			65			
	Temadager psykiatri			50			
Stavanger	Alderspsykiatri og demens (20 t)						27
	Veilederkurs psykisk helsearbeid (5 t)		15		13		
	Konfliktkurs for veiledere AIOB (6 t)		36				
	Kurs i familierådslag (12 t)				29		
	Rus og psykiatri (48 t)					2	
	Kurs i rehabilitering og individuelle planer (45 t)						
Telemark	Voldsatferd				53		
	Individuelle planer				14	39	
	Dobbeltdiagnose rus/psykiatri				56	65	
	Barn av psykiatriske pasienter					48	
	Utviklingshemming i et økologisk perspektiv						24
Østfold	Flykningeproblematikk			14			
	Aldring og psykisk utviklingshemming			29			
	Voldsatferd				53		
	Individuelle planer				14	39	
	Dobbeltdiagnose rus/psykiatri				56	65	
	Barn av psykiatriske pasienter					48	

Tabell v 6 Etterutdanning ved helse- og sosialfaglige utdanninger ved private høyskoler. Deltakere fordelt på vår og høst 2000-2002

Høgskole	Etterutdanningstilbud	V 2000	H 2000	V 2001	H 2001	V 2002	H 2002	
Diakonhjemmet	Taushetsplikt i barnevernet	222	25	25				
	Dobbeltdiagnoser	129						
	Tiltaksarbeid i barnevernet	30						
	Mennesker i sorg og krise	29	32	24	16		32	
	Fra bebreidelse til betroelse		16					
	Kommunikasjon med barn (2 dager)		27					
	Kommunikasjon og gruppepsykologi			11				
	Etikk og familierterapi				30			
	Familieritualer og familierterapi				21			
	Mannfolk				126			
	Døden som venn og fiende				18			
	Når tanker blir stemmer				112			
	Familier med annen kulturbakgrunn						31	
	Barn med psykisk syke foreldre						48	
	Tilgivelse og det utilgivelige i parterapi						16	
	Gruppeterapi for menn med alkoholproblemer						7	
	Spania i sol og skygge							233
	Flerkulturell kommunikasjon Modul 1 (av 7)							15
	Flerkulturell kommunikasjon Modul 2 (av 7)							16
	Lovisenberg	Samarbeid med nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens	50		40		66	
Alderspsykiatri smn. med ressurscenter for AD Oslo				42				
Alderspsykiatri tilpasset 15 studiepoeng (3 dager)						26	27	
Alderspsykiatri (15 studiepoeng)							14	

Tabell v 7 Etterutdanningstilbud innen psykisk helse ved høyskoler og universitet. 2003.

Høgskole	Kurs	Deltakere	Timer
Agder	De unormale gale	15	65
Agder	Livskvalitet, deltakelse og mestring	15	61
Akershus	Førstehjelp ved selvmordsfare (Vivat)	16	44
Akershus	Terapeutisk berøring	6	40
Bodø	Individuelle planer og re-/habilitering	36	36
Buskerud	SKUR(Rehab/hab/ind plan)	36	52
Finmark	Kurs for helsepersonell i psykiatritjenesten	21	9
Finmark	Kurs for ufaglærte i helsesektoren i Hammerfest kommune	100	11
Finmark	Kurs i helsepedagogikk	7	60
Hedmark	Forebygg. arbeid for barn/unge	5	4
Hedmark	Hvordan bearbeide krigstraumer	6,5	52
Hedmark	Livskvalitet, deltakelse, mestring	5,5	17
Hedmark	Å leve med manisk lidelse	4	2
Nesna	Veiledningskurs for sykepleiere	12	42
Nord-Trøndelag	Alle har en psykisk helse	12	83
Nord-Trøndelag	Barn med relasjonsvansker	6	197
Nord-Trøndelag	Barn og samlivsbrudd	6	61
Nord-Trøndelag	Demens og bruk av tvang	6	47
Nord-Trøndelag	Førstehjelp ved selvmordsfare	12	58
Nord-Trøndelag	Individuell plan	12	34
Nord-Trøndelag	Mobbing og forebygging	5	35
Nord-Trøndelag	SKUR Etterutdanning i Re-/habilitering og individuell planlegging	38,5	50
Oslo	Tverrfaglig kurs for ufaglærte	30	6
Sogn og Fjordane	Rehabilitering Skur	40	40
Sør-Trøndelag	Samhandlende tjenester for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, uke: 39,44,47	56,5	41
Telemark	Rehabilitering og individuelle planer	80	46

Høgskole	Kurs	Deltakere	Timer
Tromsø	Klinisk utdanning	66	10
Tromsø	Seksuell overgrep på barn	13	48
Vestfold	Individuelle planer	49	15
Østfold	Atferdsproblematikk hos barn og unge	12	25
Østfold	Barn av psykisk syke	6	51
Østfold	Dobbeltdiagnose rusmisbruk/psykisk lidelse	6	65
Østfold	Individuelle planer og rehabilitering	36	32
Ålesund	Rehabilitering	40	20
Ålesund	Seminar - Familien i sykepleiefaget	7	124
Universitetet i Oslo	Spe- og småbarns psykiske helse	100	25
UiO	Brukermedvirkning og etikk	19	9
		943	1 617

Tabell v 8 Etterutdanningstilbud innen psykisk helse ved høyskoler og universitet. 2004.

Høgskole	Kurs	Deltakere	Timer
Diakonhjemmet	Kommunikasjon med barn i vanskelige situasjoner	12	33
Diakonhjemmet	Mennesker i sorg og kriser	96	44
Diakonhjemmet	Profesjonelle samtaler med ungdom 2	6	48
Diakonhjemmet	Profesjonelle samtaler med ungdom	6	44
Diakonhjemmet	Profesjonelle samtaler med ungdom 1	6	44
Diakonhjemmet	Villet egenskade blant ungdom	12	23
Høgskole			
Agder	Ressursmobilisering for barn og unges	7,5	103
Akershus	"De vanskelige årene" Webster-Strattons	5	100
Akershus	Fagstige for komm.helsetj.	24	26
Akershus	Førstehjelp ved selvmordsfare	16	40
Akershus	Terapeutisk berøring	6	20
Bergen	Individuell plan og brukers personlige koordinator	18	25
Bodø	Samspill	4	30
Finmark	Førstehjelp ved selvmordsfare	12	19
Hedmark	Kurs i rehabilitering	28	36
Nord-Trøndelag	Barn og unge med AD/HD	7	143
Nord-Trøndelag	Samhandling og kontinuitet	12	148
Oslo	Kognitiv fysioterapi	12	12
Sogn og Fjordane	Kognitiv svikt frå sansing til handling	6	19
Sogn og Fjordane	Temadag om demens	6	30
Tromsø	Barn med psyk.syke foreldre	12	14

Høgskole	Kurs	Deltakere	Timer
Østfold	Dobbeltdiagnose rusavhengighet/psykisk lidelse	6	139
Østfold	Møte med demensrammede	6	46
Østfold	Rehabilitering og individuell planlegging	36	19
Ålesund	Rehabilitering	40	25
Ålesund	Seminar - barn som pårørende	7	34
Ålesund	Seminar - brukervedvirkning	7	36
NTNU	Barn i sorg og krise	0	26
		415,5	1 326

Tabell v 9 Etterutdanningstilbud innen psykisk helse ved høyskoler og universitet. 2005.

Høgskole	Kurs	Deltakere	Timer
Diakonhjemmet	Kommunikasjon og gruppepsykologi	28	33
Diakonhjemmet	Kroppskunnskap som ressurs for kronisk syke	7	32
Diakonhjemmet	Mennesker i sorg og krise	56	59
Diakonhjemmet	Narrativ terapi	14	48
Diakonhjemmet	Profesjonelle samtaler	14	61
Dronning Mauds Minne	Barn av psykisk syke, hverdagsliv og mestring	7	33
Dronning Mauds Minne	Tverrfaglig samarbeid til beste for barn og foreldre	7	25
Agder	Psykodrama	30	14
Akershus	Førstehjelp ved selvmordsfare	14	120
Bergen	Når det røyner som mest - om barns situasjon i s	6	125
Harstad	Re-/habilitering - SKUR	36	15
Hedmark	Kurs i rehabilitering	12	40
Hedmark	Kurs klinisk spesialist	12	40
Hedmark	Kurs om individuell plan	3	50
Hedmark	Kurs samhandl. spes/komm.helsetjenesten	3	60
Molde	Barns overlevelses- og tilknytningsstrategier i familie m. rusproblemer	6	140
Nord-Trøndelag	Aldersdemens og psykiske lidelser	72	75
Nord-Trøndelag	Alle har en psykisk helse	6	42
Nord-Trøndelag	Best på Tvers	6	44
Nord-Trøndelag	Erfaringskonferanse Rusreformen	12	198
Nord-Trøndelag	Fagdag for helse og sosialtjenesten	6	16

Høgskole	Kurs	Deltakere	Timer
Nord-Trøndelag	Fagutvikling i praksis	6	36
Nord-Trøndelag	Helsepersonellkurs	6	70
Nord-Trøndelag	Kognitiv Terapi	12	48
Nord-Trøndelag	Nettverkssamling for ansatte som jobber med rus	6	90
Nord-Trøndelag	Samarbeid og samhandling	6	119
Nord-Trøndelag	Tidlige tegn på utviklingsvansker hos små barn	6	39
Nord-Trøndelag	Villet egenskade blant ungdom	12	292
Oslo	Barn i vanskelige livssituasjoner	6	29
Sogn og Fjordane	Praksisseminar psykisk helsearbeid	6	40
Sogn og Fjordane	Rehabiliteringskonferanse	6	19
Sogn og Fjordane	Rehabiliteringskonferanse	6	34
Sør-Trøndelag	Ergoterapikonferanse	16	185
Sør-Trøndelag	Samhandlende tjenester for mennesker med alvorlige psykiske lidelser	54	47
Tromsø	Demens og alderspsykiatri	24	20
Vestfold	Individuell plan	25	30
Volda	Wechsler-kurs innføring	7	34
Volda	Wechsler-kurs WISCIII	7	23
Volda	Wechsler-kurs WPPSI-R	7	11
Østfold	Dobbeldiagnose rusbruk/psykisk lidelse	6	96
Østfold	I spenningsfeltet mellom samtykke og tvang	6	91
Østfold	Individuelle planer	12	28
Østfold	Marte meo av egen styrke	12	41

Høgskole	Kurs	Deltakere	Timer
Østfold	Møte med den demensrammede	6	30
Østfold	Seksuelle overgrep mot barn og unge	12	24
Østfold	Dobbeldiagnose rusbruk/psykisk lidelse	6	96
Østfold	I spenningsfeltet mellom samtykke og tvang	6	91
Østfold	Individuelle planer	12	28
Østfold	Marte meo av egen styrke	12	41
Østfold	Møte med den demensrammede	6	30
Østfold	Seksuelle overgrep mot barn og unge	12	24
Ålesund	Spisevegring	6	26
Høgskolen Stord/Haugesund	VIVAT-2005 Førstehjelp ved selvmordsfare	0	24
UiB	Kognitiv terapi ved somatoforme lidelser	16	48
UiB	Psykosomatikk	24	28
Totalt		729	3 182

Tabell v 10 Etterutdanningstilbud ved Voksne for barn. 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Opplæring og sertifisering i familieintervensjonen "Håp, mening og sammenheng" utviklet av barnepsykiateren William Beardslee						24
Kurs om brukermedvirkning					22	35
Opplæringsprogrammet "Når mor eller far er psykisk syk"	1 117	1 278	944	436	212	
Kurset "Fangers barn"					35	
Talspersonopplæring innenfor programmet ARENA				27		63
Kurs om hvordan lede grupper for ungdom						53
Gruppelederopplæring: samtalegrupper for barn med psykisk syke foreldre				122	43	135
Gruppelederopplæring: familier med barn med kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne				170		
Opplæring i å lede programmet "Zippys venner" i barneskolen						30
	1 117	1 278	944	755	312	340

Tabell v 11 Etterutdanningskurs ved Institutt for Gruppeanalyse. Antall fullført.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1-årig opplæringsprogram (A)	144	117	205	130	80	75
3-dagers kurs (B)	43	44	93	38	0	50

- A) 1-årig opplæringsprogram i gruppebasert behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser rettet inn mot helsepersonell i Kommunehelsetjenesten og 2.-linjetjenesten
 B) 3-dagers kurs i gruppepsykoterapi i psykiatriske institusjoner

Variasjonskoeffisient (CV) vedrørende regionale variasjoner

Tabell v 12 Regionale variasjoner i personelldekning i psykisk helsevern for voksne. Variasjonskoeffisient (CV) og standarsavvik. Totalt, ulike driftsformer og for ulike personellgrupper. 1998 og 2005.

Personellkategori	(CV) 1998	(CV) 2005	Standard-avvik 1998	Standard-avvik 2005
Psykiatere	0,16	0,15	0,2	0,2
Leger totalt	0,17	0,14	0,4	0,4
Psykologer	0,21	0,09	0,3	0,2
Sykepleiere totalt	0,13	0,08	1,6	1,3
Annet terapipersonell med høyskoleutdanning	0,13	0,49	0,4	2,3
Personell knyttet til poliklinisk virksomhet	0,21	0,16	0,9	1,1
Personell knyttet til døgn- og dagvirksomhet	0,08	0,10	2,7	3,9
Årsverk totalt	0,07	0,09	2,8	4,1

Tabell v 13 Regionale variasjoner i personelldekning i psykisk helsevern for barn og unge. Variasjonskoeffisient (CV) og standardavvik. Totalt, ulike driftsformer og for ulike personellgrupper. 1998 og 2005.

Personellkategori	(CV) 1998	(CV) 2005	Standard- avvik 1998	Standard- avvik 2005
Psykiatere	0,27	0,22	0,2	0,2
Leger totalt	0,24	0,16	0,3	0,3
Psykologer	0,24	0,18	0,8	1,1
Sosionomer	0,40	0,48	0,9	1,6
Annet terapipersonell med høyskoleutdanning	0,33	0,19	2,3	2,2
Personell knyttet til poliklinisk virksomhet	0,31	0,17	2,8	2,6
Personell knyttet til døgn- og dagvirksomhet	0,35	0,23	4,1	3,4
Årsverk totalt	0,28	0,18	5,8	5,2