

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

Rune T. Slettebak, Silje L. Kaspersen, Heidi Jensberg
og Solveig Osborg Ose



Rapport

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2011

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

EMNEORD:
Psykisk helsearbeid
Kommunale tjenester
Dokumentasjon
Deskriptiv statistikk
Paneldataanalyser
TverrsnittsanalyserVERSJON
1DATO
9. januar 2013

FORFATTERE

Rune T. Slettebak, Silje L. Kaspersen, Heidi Jensberg og Solveig Osborg Ose

OPPDRAKSGIVER(E)
HelsedirektoratetOPPDRAKSGIVERS REF.
Kari Aanjensen Dähle, Mei Ying NgPROSJEKTNR
60H215ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
240

SAMMENDRAG

I denne rapporten presenteres analyser og deskriptive framstillinger av årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene for årene 2007 til 2011. For 2011 rapporterte landets kommuner om totalt 11 940 årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid. Av disse var 9 326 (78 %) knyttet til tjenester for voksne, mens 2 614 (22 %) var knyttet til tjenester for barn og unge. Vi observerer en marginal nedgang i årsverksinnsatsen i kommunene.

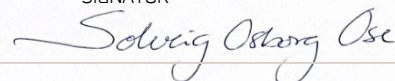
I denne rapporten sammenstiller vi også årsverksinnsats i kommunene (psykisk helsearbeid) og i spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern) og ser både på nivå og utvikling tilbake til 2007 i begge tjenestenivå. For første gang presenteres også kartillustrasjoner over årsverksinnsatsen og tallene viser stor geografisk variasjon.

I denne rapporten har vi også begynt å se på fastlegenes rolle i psykisk helsearbeid i kommunene. Hovedinntrykket så langt er at de fleste representantene fra kommunalt psykisk helsearbeid har et godt samarbeid med fastlegene, men at ikke alle kommuner har kommet like langt i å utvikle dette samarbeidet. Det finnes også fortsatt fastleger som viser liten interesse for psykisk helse generelt, men alt i alt ser det ut til at fastlegene bidrar bredt og godt i det kommunale psykiske helsearbeidet.

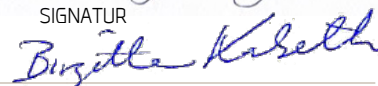
Vi oppsummerer kommunenes oppfatninger om hva som er deres viktigste utfordringer innen psykisk helsearbeid. Økt etterspørsel, sykere pasienter utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, vanskeligheter med å gi et tilbud av god nok kvalitet, utfordringer i forhold til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og mangel på kompetanse er blant faktorene som framheves.

PROSJEKTLEDER
Solveig Osborg Ose

SIGNATUR

KONTROLLERT AV
Birgitte Kalseth

SIGNATUR

GODKJENT AV
Randi Eidsmo Reinertsen

SIGNATUR

RAPPORTNR
SINTEF A23879ISBN
978-82-14-05523-8GRADERING
ÅpenGRADERING DENNE SIDE
Åpen

Forord

Rapporten er en av flere leveranser i prosjektet *Kvalitetssikring, sammenstilling og analyser av data fra kommunenes rapportering på kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid* som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Denne rapporten inneholder beskrivelser og analyser av data som er rapportert fra landets kommuner, jf. Rundskriv IS-24: Psykisk helsearbeid i kommunene og er den fjerde i rekken. Egne rapporter finnes for rapporteringene fra 2007, 2008, 2009 og 2010.

Gjennom hele Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har kommunene årlig rapportert på disponering av mottatte øremerkede midler, og vi har gjennom dette prosjektet tidligere dokumentert bruk og utvikling i de øremerkede midlene i en serie rapporter. I 2007 kom et nytt rapporteringsskjema som skulle dekke hele årsverksinnsatsen, altså uavhengig av finansiering. Vi startet derfor en ny publiseringsserie, og det er utarbeidet notat og rapporter både for rapporteringene i 2007, 2008, 2009 og 2010. I denne rapporten dokumenteres, sammenstilles og analyseres tidsserien 2007-2011. Vi har fokus på utvikling de siste fem årene, men 2011-tallene presenteres fortsatt detaljert på samme måte som for de forutgående årene.

I tråd med samhandlingsreformen har vi i større grad gått over til å se årsverkene i kommunene i sammenheng med årsverkene i spesialisthelsetjenesten, og tallene både fra psykisk helsevern og kommunalt psykisk helsearbeid er i denne rapporten sammenstilt på helseforetaksområde for perioden 2007 til 2011.

SINTEF har siden 2006 hatt ansvaret for å gjennomføre datakontroll av innsamlet materiale, sammenstille tallene og gjøre nødvendige analyser. SINTEF har også vært med og utarbeidet skjemaene og gitt faglige innspill til Helsedirektoratet i ulike faser i prosjektet.

Rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen har sørget for å samle inn data fra kommunene i fylket, og de har hatt den løpende kontakten med kommunene. Rådgiverne har også vært viktige aktører i datakontrollen og de har bidratt med diskusjoner og innspill på en god måte. Kvalitetskontrollen hadde vært vanskelig uten deres sterke fagkompetanse og inngående kunnskap om de enkelte kommunene.

Vi retter en stor takk til alle kommuner som bidrar til økt kunnskap om psykisk helsearbeid gjennom samvittighetsfull og god rapportering.

Helsedirektoratet, representert ved Kari Aanjesen Dahle, Mei Ying Ng og Jan Tvedt, har hatt det overordnede ansvaret for datainnsamlingen og prosjektet.

15. desember 2012

Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	5
1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAGGRUNN	19
1.1 Utbygging av kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser	19
1.2 Tidligere analyser i rapporter i serien	21
1.2.1 Personell i kommuner og i spesialisthelsetjenester sett i sammenheng	21
1.2.2 Forklaring på variasjon i årsverksinnsats mellom kommuner	22
1.2.3 Overgang fra øremerking til rammefinansiering	23
1.2.4 Individuell plan	23
1.2.5 Uføre med psykiske lidelser	24
1.2.6 Pasienter i psykisk helsevern og brukere i kommunalt psykisk helse arbeid	24
1.2.7 Kommunale årsverk etter helseforetaksområde	25
1.2.8 Avgrensninger til rusfeltet	25
1.2.9 Konklusjon fra forrige rapport	25
1.3 Fastlegens rolle i kommunalt psykisk helsearbeid	26
1.3.1 Innledning	26
1.3.2 Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	26
1.3.3 Tidligere forskning på fastleger og psykisk helsearbeid	29
1.3.4 Fastlegens innsats i psykisk helsearbeid i 2011	32
1.3.5 Oppsummert om fastlegens rolle i psykisk helsearbeid	35
1.4 Resultat fra kartlegging av hovedutfordringer i kommunalt psykisk helsearbeid i 2012	36
1.4.1 Brukerne/pasientene – økt etterspørsel og krevende brukergrupper	36
1.4.2 Utfordringer for kvaliteten i tjenestetilbudet	38
1.4.3 Utfordrende samhandling	38
1.4.4 Behov for mer/annen kompetanse	39
1.4.5 Ønske om å få til økt fokus på forebygging	40
1.4.6 Utfordringer for små kommuner	41
1.4.7 Det mangler ressurser	42
1.5 Oppsummering	42
2 DATAGRUNNLAG	43
2.1 Innledning	43
2.2 Datainnsamling	44
2.3 Kvalitetskontroll av datagrunnlaget	46
3 NASJONALE TALL	49
3.1 Brukermedvirkning	49
3.2 Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	50
3.3 Årsverksinnsats – Fordelt på tiltak	53
3.3.1 Tiltak og tjenester til voksne med psykiske lidelser og vansker	53
3.3.2 Tiltak og tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og vansker	55
3.4 Årsverksinnsats – Fordelt på utdanning	56
3.4.1 Utdanningsgrupper i psykisk helsevern totalt	57
3.4.2 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til voksne	57
3.4.3 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til barn og unge	59
3.5 ANTALL MOTTAKERE AV STØTTEKONTAKT	60
3.6 Oppsummering	61

4	ORGANISERING AV DET PSYKISKE HELSEARBEIDET	63
4.1	Innledning	63
4.2	Organisering og endringer i perioden 2008-2011	63
4.3	Har organiseringen av tjenesten betydning for innholdet?	65
4.4	Organisering av Psykisk helsearbeid for voksne	66
4.5	Organisering av det psykiske helsearbeidet for barn og unge	71
4.6	Oppsummering	75
5	UTVIKLING I ÅRSVERKSINNSATSEN I PSYKISK HELSEARBEID 2007-2011	77
5.1	Årsverk 2007-2011 etter fylke	77
5.2	Årsverk 2007-2011 etter kommunestørrelse	79
5.3	Årsverk 2007-2011 etter KOSTRA-gruppe	80
5.4	Årsverk 2007-2011 etter helseforetaksområde	81
5.5	Oppsummering	82
6	PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALISTHELSETJENESTEN	83
6.1	Innledning	83
6.2	Utvikling i PHV og PHA i perioden 2007-2011 etter helseregion – tjenester til voksne	86
6.3	Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2011 etter helseregion – tjenester til barn og unge	88
6.4	Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2011 etter helseforetaksområde – tjenester til voksne	89
6.5	Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2011 etter helseforetaksområde – tjenester til barn og unge	93
6.6	Oppsummering	96
7	GEOGRAFISK FORDELING AV ÅRSVERKSINNSATS I SPESIALISTHELSETJENESTENE OG I KOMMUNENE -KARTILLUSTRASJONER	97
7.1	Innledning	97
7.2	Plassering av døgninstitusjoner og poliklinikker	99
7.3	Døgninstitusjoner og befolkningstetthet per kommune	99
7.4	Illustrasjon av årsverksinnsats i spesialisthelsetjenesten (PHV) og i kommunene (PHA)	101
7.5	Oppsummering	104
8	HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?	105
8.1	Innledning	105
8.2	Tidligere forskning	106
8.3	Ekstremverdier og outliers	107
8.3.1	Tjenester og tiltak rettet mot voksne	107
8.3.2	Tjenester og tiltak rettet mot barn og unge	110
8.4	Heteroskedastisitet	111
8.4.1	Metodisk løsning for å ta hensyn til outliers og heteroskedastisitet	113
8.5	Teoretisk modell	114
8.6	Operasjonalisering og empirisk tilnærming	115
8.7	Resultater	117
8.7.1	Tverrsnittsanalyser	117
8.7.2	Paneldataanalyse	119
8.8	Oppsummering	122
9	VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2012	123
9.1	Hvordan sammenlikne kommuner	123
9.2	Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	125
9.2.1	Fylkesvise forskjeller	125
9.2.2	Kommunestørrelse	127
9.2.3	KOSTRA-Gruppe	128

9.2.4	Helseregion	130
9.3	Andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge	132
9.3.1	Fylkesforskjeller	133
9.3.2	Kommunestørrelse	133
9.3.3	KOSTRA-gruppe	134
9.3.4	Helseregion	135
9.4	Årsverk fordelt på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne	135
9.4.1	Fylkesforskjeller	136
9.4.2	Kommunestørrelse	137
9.4.3	KOSTRA-gruppe	138
9.4.4	Helseregion	140
9.5	Årsverk fordelt på ulike tiltak rettet mot barn og unge	141
9.5.1	Fylkesforskjeller	141
9.5.2	Kommunestørrelse	142
9.5.3	KOSTRA-gruppe	143
9.5.4	Helseregion	145
9.6	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper	146
9.6.1	Årsverk totalt	147
9.6.2	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne	156
9.6.3	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge	167
9.7	Antall mottakere av individuell støttekontakt	176
9.7.1	Fylkesforskjeller	176
9.7.2	Kommunestørrelse	177
9.7.3	KOSTRA-gruppe	178
9.7.4	Helseregion	179
9.8	Organisering av tjenestene	180
9.8.1	Fylkesforskjeller	181
9.8.2	Kommunestørrelse	182
9.8.3	KOSTRA-gruppe	183
9.8.4	Helseregion	184
9.9	Oppsummering	185
10	SAMMENSTILLING AV DATAGRUNNLAGET FRA PSYKISK HELSEARBEID OG FRA KOMMUNALT RUSARBEID	189
10.1	Hvordan sammenligne?	189
10.2	Sammenligning av årsverksinnsats innen psykisk helsearbeid og kommunalt organisert rusarbeid	189
10.2.1	Årsverk totalt	190
10.2.2	Årsverk etter kommunestørrelse	191
10.2.3	Geografisk fordeling	192
10.2.4	Kostragruppe	193
10.2.5	Helseregion	195
10.2.6	Fylke	196
10.2.7	Fordeling av tjenestetilbud	199
10.2.8	Utdanning	201
10.3	Sammenligning av årsverksinnsats innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	203
10.4	Oppsummering	209
	REFERANSER	211
	VEDLEGG 1: GRUNNLAGSDATA 2011	215
	VEDLEGG 2: RAPPORTERINGSSKJEMA FOR 2011	225

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet (Prop. 1 S (2010–2011) Helse- og omsorgsdepartementet, s.201).

Kommunalt psykisk helsearbeid utføres innen mange områder i kommunene, det kan være innen egne enheter eller avdelinger der også eksempelvis allmennlegetjenesten og annen helsetjeneste, sosiale tjenester og skole deltar. Psykisk helsearbeid i kommunene er rettet mot mennesker med psykiske vansker og lidelser uavhengig av alder. Hensikten med tiltakene i det psykiske helsearbeidet er å bidra til mestring og bedring for den enkelte, deres familier og nettverk. Tiltakene skal være rettet mot konsekvensene av de psykiske vanskene/lidelsene.

Befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. I det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle som tiltak i helsevesenet (Major et al., 2011). Tjenesteapparatet skal på sin side delta i å underbygge det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens kurative- og støttefunksjoner (Prop. 1 S (2010–2011) Helse- og omsorgsdepartementet, s.201).

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling forøvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning, samt henvisning til spesialisttjenesten. Her inngår også å inneha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen og behovet for tiltak og tjenester. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten og andre sektorer i kommunen. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt, og omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering (ibid).

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har kommunene bygget opp tjenestene for å bedre ta vare på innbyggere som har psykiske vansker. Antall årsverk har økt kraftig og økningen har vært finansiert både av økte statlige øremerkede midler, men også med betydelig bruk av egne kommunale midler. Målene i Opptrappingsplanen er i all hovedsak nådd i kommunene.

2008 var det siste året i Opptrappingsplanperioden, og da ble om lag 6 850 årsverk finansiert av de øremerkede midlene. I tillegg ble nesten 5 700 årsverk finansiert av kommunenes egne midler. Dette betyr at det i 2008 var nesten 12 550 årsverk i kommunene som utgjorde det kommunale psykiske helsearbeidet. Etter en periode med sterk vekst i årsverksinnsatsen gjennom Opptrappingsplanen, ser veksten ut til å ha flatet ut. Fra 2008 til 2009 var det kun en marginal endring i årsverksinnsatsen når vi ser på landet under ett, men det er store variasjoner mellom de ulike kommunene. Fra 2009 til 2010 ble det rapportert om en nedgang i årsverksinnsatsen i tjenester/tiltak til barn og unge på 1,5 prosent og en økning i årsverkene i tjenester og tiltak til voksne på 1,1 prosent, mens fra 2010 til 2011 gikk årsverksinnsatsen ned 3,3 prosent for barn og unge og 1,7 prosent for voksne.

Mennesker med psykiske lidelser/vansker mottar også tjenester og tiltak fra kommunetjenester som ikke er omfattet av denne rapporteringen. Et betydelig antall årsverk må legges til fra allmennlegetjenesten (om lag 4 800 legeårsverk i kommunehelsetjenesten) som yter hjelp til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Psykiske lidelser oppgis som den nest hyppigste kontaktårsak. I tillegg kommer også fysioterapitjenester, barnevernets innsats eller barnehage-/skoleinnsats som for eksempel arbeid med primærforebyggende tiltak. Disse årsverkene er ikke omfattet av denne rapporteringen.

OM RAPPORTEN OG DATAGRUNNLAGET

I denne rapportserien følger vi ressursinnsatsen i kommunenes psykiske helsearbeid. Ressursinnsats måles med antall årsverk i tjenester/tiltak til personer med psykiske lidelser og problemer. Dette er rapport nummer fem i rekken.

I denne rapporten har vi utarbeidet et førstekapittel som både ser på utviklingen i utbyggingen av tjenester og på hvordan fagpersonene nå opplever er situasjonen i tjenestene (kapittel 1). Deretter ser vi på hvilken informasjon rapporteringen dekker i 2011-rapporteringen (kapittel 2) før de nasjonale tallene presenteres i kapittel 3. Kapittel 4-8 inneholder nye analyser basert på 2011-tallene og tidligere rapporterte år, koblet mot andre datakilder. I kapittel 4 ser vi nærmere på organiseringen av tjenestene, mens utviklingen av årsverksinnsatsen i kommunene illustreres på ulike nivå i kapittel 5. I kapittel 6 ser vi nærmere på sammenhengen mellom årsverkene i spesialisthelsetjenesten (PHV) og i kommunene (PHA). I kapittel 7 ser vi nærmere på hvordan behandlingseenhetene i PHV er spredt ut over landet, og hvordan dette henger sammen med bosetting og årsverk i psykisk helsearbeid. Dette er starten på nye typer analyser vi kommer til å følge opp. I kapittel 8 vurderer vi datakvalitet og gjør analyser på hva som forklarer variasjon i årsverksinnsats mellom kommuner. Kapittel 9 er ment som oppslagsverk, og her presenteres 2011-tallene basert på fire forskjellige inndelinger av kommunene (etter innbyggertall, etter fylke, etter Kostra-gruppe og etter helseregion). Grunnlagsdata og rapporteringsskjema ligger bakerst i rapporten.

Psykisk helsearbeid er ikke en egen funksjon i KOSTRA og det er dermed ikke mulig å trekke ut statistikk fra offentlige registre for tjenester rettet mot ulike brukergrupper. Helsedirektoratet gjennomfører derfor en egen datainnsamling om årsverksinnsats i psykisk helsearbeid. Med unntak av en del kommuner i Nordland og noen småkommuner, har alle kommunene levert data. Fylkesmannen har en viktig rolle i innsamling av data fra kommunene, og de skal kvalitetssikre tallene så langt det er mulig. SINTEF tar deretter over og utfører omfattende kvalitetskontroller og kommuniserer både med rådgivere for psykisk helse hos Fylkesmannen, de enkelte kommunene og med Helsedirektoratet. SINTEF korrigerer tall der det oppdages feil eller mangler. Kvalitetskontrollerte og korrigererte tall oversendes til Helsedirektoratet for publisering. Videre produserer SINTEF årsverksstatistikk og gjør omfattende analyser av datamaterialet. Tallene kobles med annen informasjon på kommunenivå, og det utføres både enkle og mer avanserte statistiske analyser. Vi har også koblet sammen informasjon om årsverksinnsats i psykisk helsearbeid og årsverksinnsats i psykisk helsevern for 2011, og sett på variasjon mellom helseregioner og helseforetaksområder. I denne rapporten har vi satt sammen tallene for 2007, 2008, 2009, 2010 og 2011 og vi utvikler stadig nye fremstillingsmåter for å følge utviklingen og variasjonen.

UTVIKLING I ANTALL ÅRSVERK

I 2007 rapporterte kommunene om totalt 12 029 årsverk i psykisk helsearbeid, der 25 prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. I 2008 ble det rapportert om 12 546 årsverk, der 23

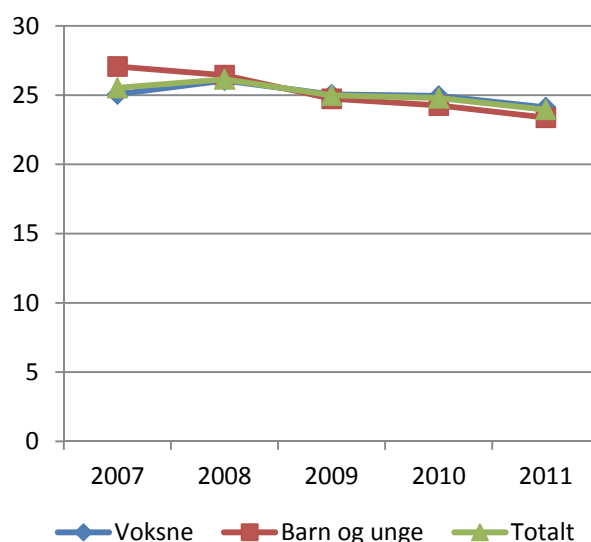
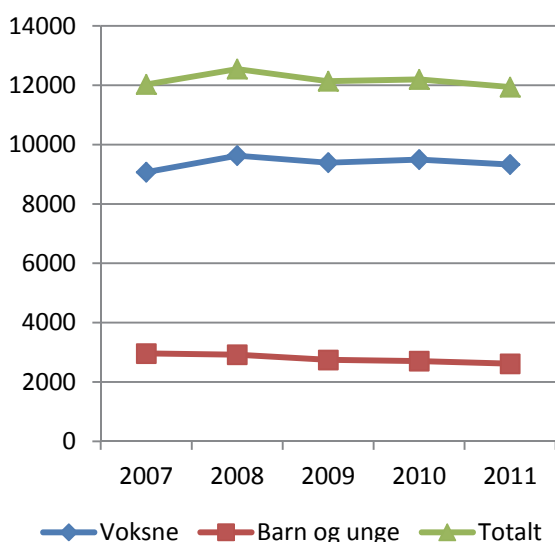
prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. I 2009 ble det rapportert om 12 136 årsverk og 23 prosent gikk fortsatt til barn og unge. I 2010 gikk 22 prosent av de 12 195 årsverkene til barn og unge. I 2011 ble det rapportert om totalt 11 940 årsverk og fortsatt gikk 22 prosent av årsverkene til barn og unge.

Antall rapporterte årsverk i 2007-2011 i kommunalt psykisk helsearbeid, prosentvis endring

	2007	2008	2009	2010	2011	Rapportert endring 2010-2011 (%)	Reell endring 2010-2011 (%)
Årsverk voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	-1,7	-0,2
Årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	-3,3	0,4
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	-2,1	-0,1

Fra 2010 til 2011 er det rapportert en nedgang i årsverksinnsatsen med 2,1 prosent. Fordi kommunene må gjøre vanskelige anslag for å få frem årsverksinnsatsen (årsverkene er spredt over mange tjenester og funksjoner), skjer det at de endrer måte å anslå årsverkene på, og det kan også variere etter hvem som rapporterer. Derfor spør vi alltid om kommunene som har stort avvik fra forrige års rapportering har endret måten de anslår tallene på. Dersom de svarer at det er endringer, og at utviklingen som er rapportert ikke er reell, "tagger" vi disse kommunene og tar de ut akkurat når vi beregner endring. Når vi gjør dette, ser vi fra siste kolonne at det ikke er noen særlig endring (nedgang på 0,1 årsverk). Dette er absolutte tall, antall årsverk. Når vi ser på antall årsverk per innbygger, eller utvikling i årsverksinnsats i forhold til befolkningsutviklingen, har det vært en betydelig nedgang.

Kommunenes forventninger til utviklingen etter Opptreppingsplanen er tidligere kartlagt i et SINTEF-prosjekt (Kalseth og Eikemo 2008). Resultatene fra undersøkelsen viste at flertallet trodde tilbudet ville forbli uendret i neste femårsperiode. Respondentene rapporterte også at satsingen i tjenester for barn og unge ville øke i større grad enn for voksne. En betydelig større andel trodde satsingen innenfor psykisk helsearbeid for voksne vil bli redusert heller enn økt.

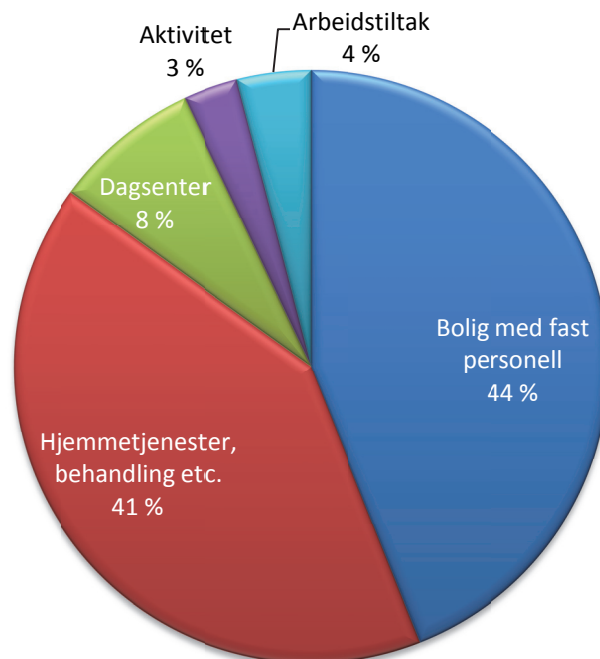


Utvikling i antall årsverk i psykisk helsearbeid (absolutte tall til venstre og årsverk per 10 000 innbygger til høyre)

Bak de beskjedne endringene i antall årsverk på nasjonalt nivå skjuler det seg forskjeller i utviklingen etter kommunestørrelse og region. Små kommuner opplever i større grad reduksjon i antall årsverk per bruker enn store kommuner. Aggregert på ulike nivå ser vi også betydelige forskjeller både i antall årsverk per innbygger og i utvikling, se særlig kapittel fem.

FORDELING PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE I 2011

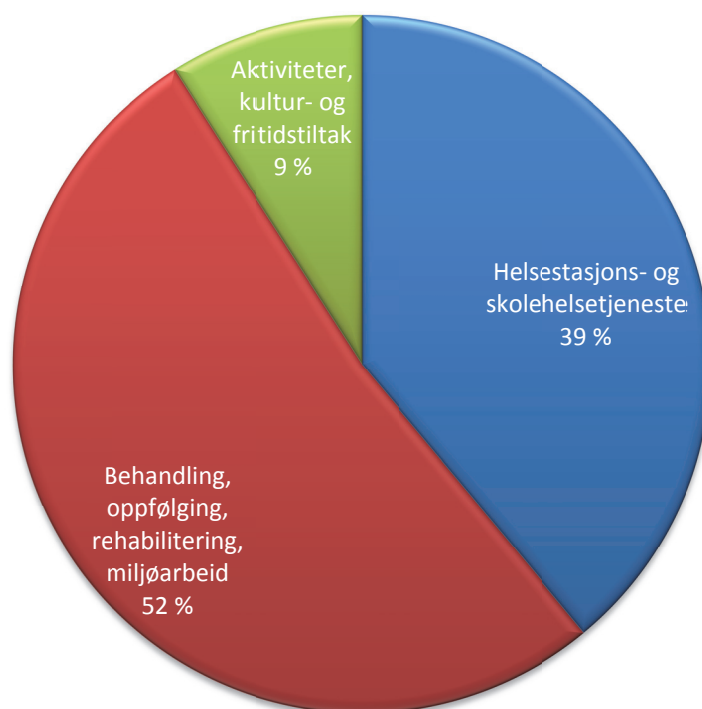
Av de 9 326 årsverkene i tjenester og tiltak rettet mot voksne, går nå 44 prosent av årsverkene til boliger med fast personell. 21 prosent av årsverkene settes inn i hjemmetjenester, mens 20 prosent inngår i samlekategorien "Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse". Som figuren under viser, var åtte prosent av årsverkene i aktivitetssenter/dagsenter, fire prosent innen arbeidstiltak og de resterende tre prosentene innen andre aktivitetstiltak. Dette utgjør kun marginale endring fra 2010-tallene.



Fordeling av årsverk i psykisk helsearbeid rettet mot voksne på ulike tjenester og tiltak i 2011

FORDELING PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE I 2011

Av de 2 614 årsverkene som inngikk i tjenester og tiltak til barn og unge, ble i overkant av halvparten av årsverkene brukt til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. 39 prosent av årsverkene tilhører helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens de øvrige årsverkene inngår i aktiviteter, kultur- og fritidstiltak.



Fordeling av årsverk i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge på ulike tjenester og tiltak i 2011

Fordelingen på tjenester og tiltak har vært stabil i perioden 2007-2009, men andel av årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økt fra 35 prosent i 2007 til 39 prosent i 2010. I 2009 uttrykte helsedirektør Bjørn-Inge Larsen i Helsedirektoratet bekymring for kapasiteten i skolehelsetjenesten, og påpekte at bemanningen minst bør doubles før kapasiteten er tilfredsstillende¹. Han oppfordret også landets kommuner til å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid når man gikk over fra øremerking til rammefinansiering i 2009. Hvis trenden med økende andel årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten fortsetter, kan det være et tegn på at kommunene følger opp statlige myndigheters anbefalinger, og at psykisk helsearbeid på dette feltet prioriteres. Det er ingen særlig endring fra 2010 til 2011, noe som sannsynligvis tyder på at kommunene sliter med å få til økt årsverksinnsats i skoletjenesten.

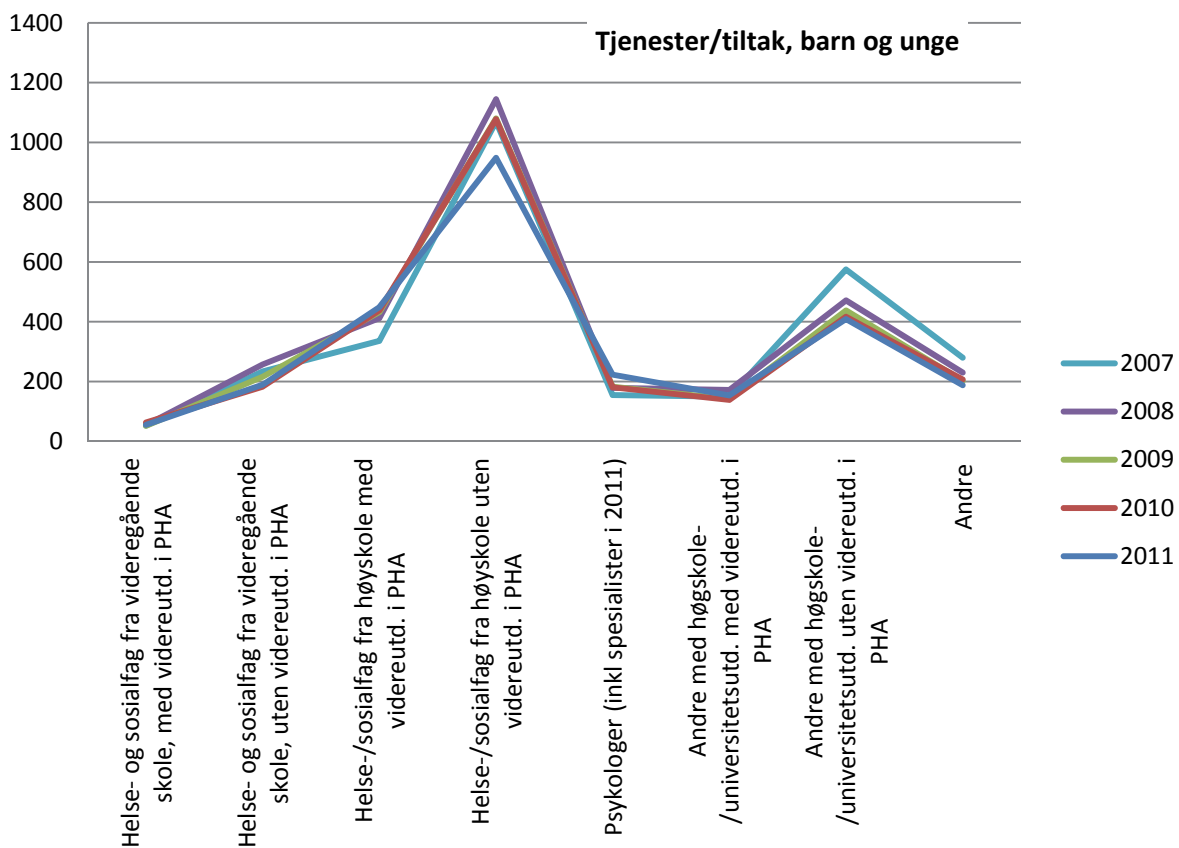
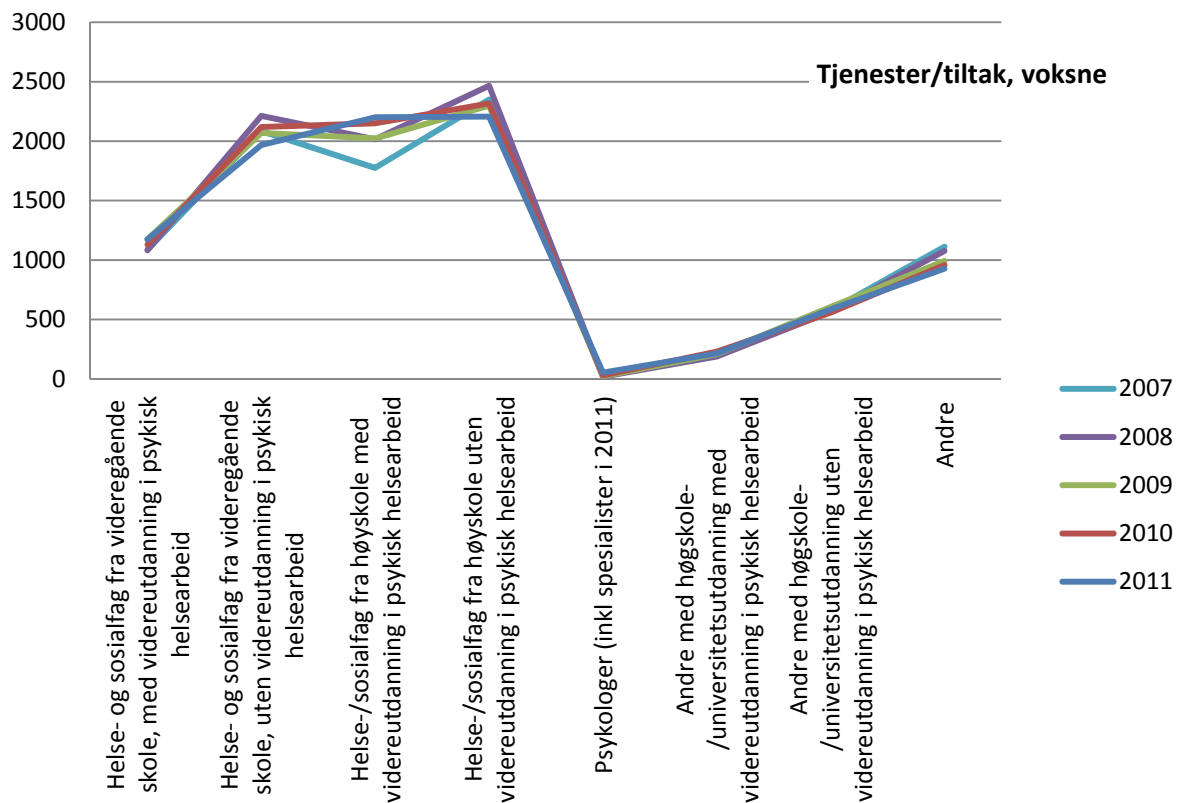
¹Se: http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon_og_skolehelsetjene/fagnytt/styrk_skolehelsetjenesten_317244

ÅRSVERK I KOMMUNENES PSYKISKE HELSEARBEID ETTER UTDANNING

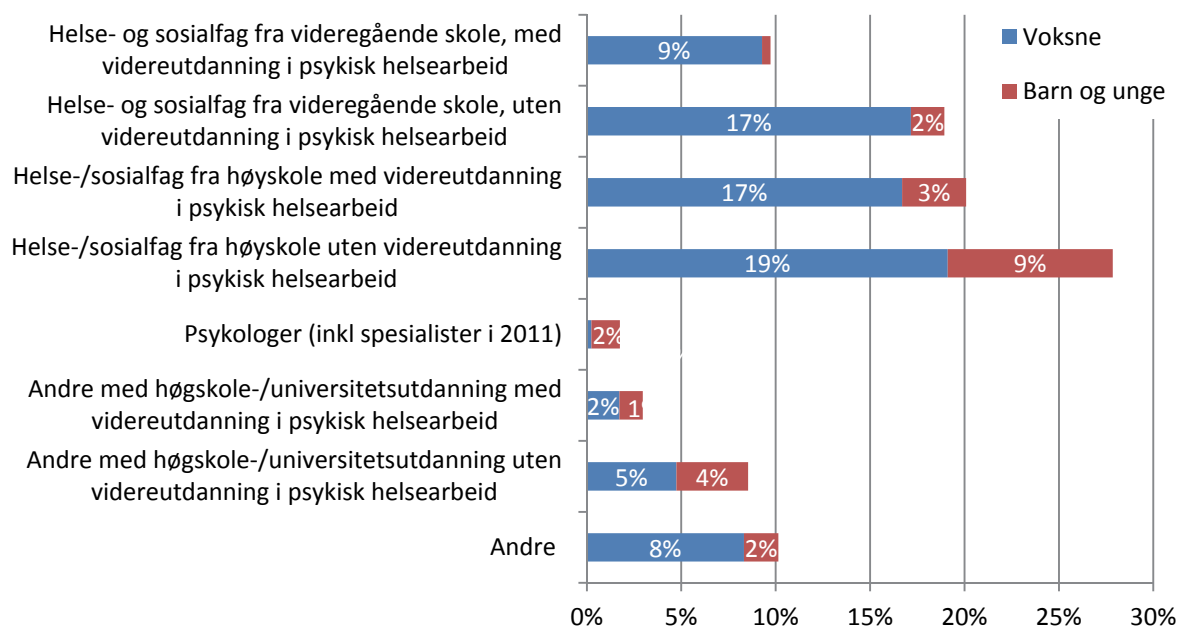
I 2011 ble 56 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak til voksne og 83 prosent av årsverkene til barn og unge utført av personer med høgskole/universitetsutdanning. Færre årsverk med høgskoleutdanning i tjenester til voksne enn til barn og unge kompenseres delvis for med en høy andel årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid i tjenester rettet mot voksne.

Vi finner også at det har vært en økning i både andel årsverk med videreutdanning og andel årsverk med høgskoleutdanning. Fra 2007 til 2011 har andelen videreutdanning i psykisk helsearbeid økt fra 34 til 38 prosent i tjenester/tiltak til voksne, og fra 19 til 25 prosent i tjenester/tiltak til barn og unge. Andel med høgskole/universitetsutdannelse har økt fra 54 til 56 prosent for voksne og fra 80 til 83 prosent i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

	Tjenester og tiltak til voksne		Tjenester og tiltak til barn og unge	
	Andel med høgskole/univ.-utdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)	Andel med høgskole/univ.-utdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)
2007	54	34	80	19
2008	55	34	81	22
2009	55	36	83	23
2010	56	37	83	24
2011	56	38	83	25



Årsverkene fordeles på ulike utdanningsgrupper på følgende måte (prosent av alle årsverk i psykisk helsearbeid):



Figuren over viser at 28 prosent av alle årsverkene i kommunenes psykiske helsearbeid i 2011 (11 940 årsverk totalt) utføres av personer med helse-/sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er ingen endring fra 2010. Ni prosent av alle årsverkene utføres med denne type kompetanse i tjenester og tiltak til barn og unge. Om lag to prosent av årsverkene utføres av psykologer, og disse finnes stort sett i tjenester og tiltak til barn og unge. Psykologer i kommunene har hatt stort fokus og vi har derfor sett nærmere på dette.

PSYKOLOGER I KOMMUNENE

Helsedirektoratet har gjennom flere prosjekter de siste årene hatt spesielt fokus på å øke antall psykologer i kommunene². Kommunene har blant annet hatt anledning til å søke om øremerkede midler fra Helsedirektoratet for rekruttering av psykologer. Ordningen med øremerkede tilskudd til rekruttering av psykologer er under evaluering, og resultatene fra evalueringen vil gi bedre innsikt i denne problematikken. Tall fra IS-24 har vært benyttet i dette arbeidet i en egen rapport, som SINTEF har oversendt til Helsedirektoratet sommeren 2012 (Ådnanes et al. 2013). Vi refererer til resultatene fra dette arbeidet.

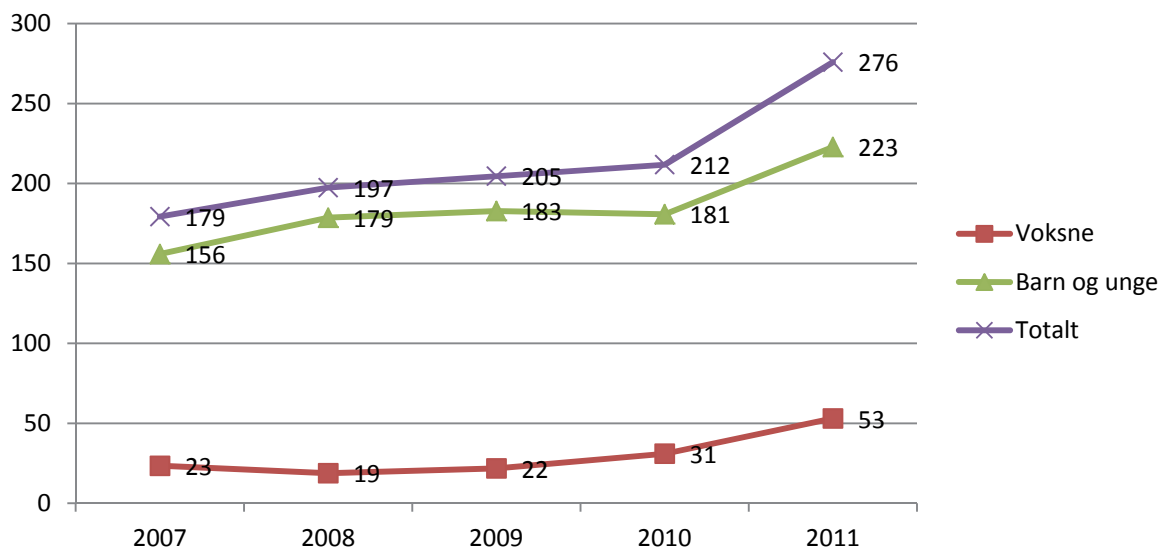
Det er i 2011 rapportert om 276 psykologårsverk totalt i psykisk helsearbeid. 223 av disse årsverkene (81 prosent) går til tjenester og tiltak til barn og unge. Fra 2010 til 2011 finner vi en sterk økning (30 prosent) i antall psykologårsverk i psykisk helsearbeid, der veksten var 71 prosent (fra 31 til 53 årsverk) i tjenester

² Se mer om dette f.eks. i rapport fra Helsedirektoratet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse", 04/2009, og "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering", Rapport IS-1565 fra 2008.

og tiltak rettet mot voksne, og 23 prosent (fra 181 til 223 årsverk) i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

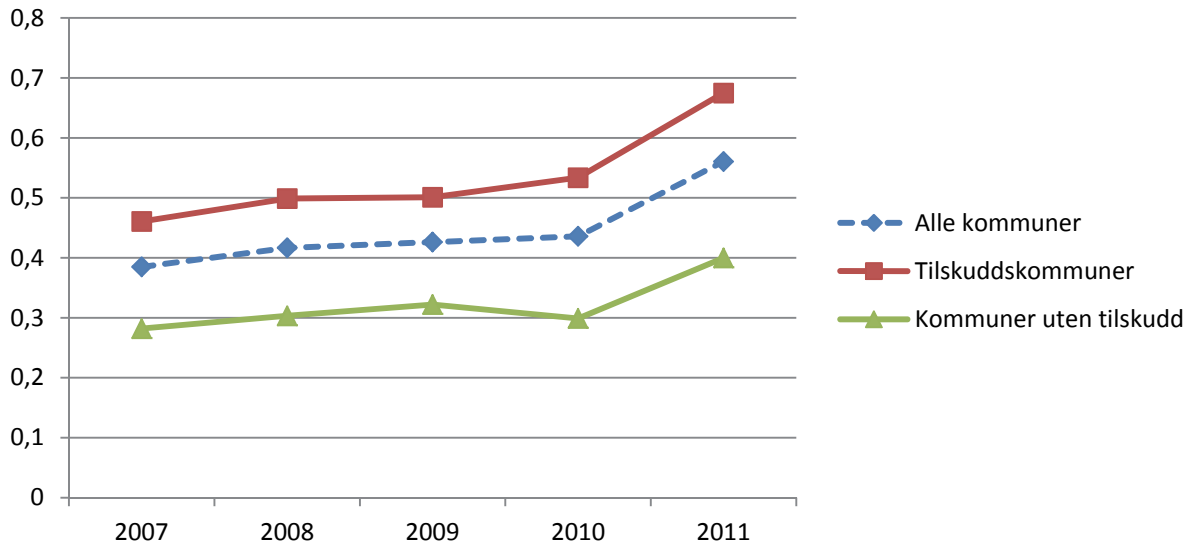
Ut fra både registerdata og IS-24 data, finner vi at 30 prosent av alle psykologene i kommunene arbeider i tjenester rettet mot voksne mens 20 prosent av psykologårsverkene i psykisk helsearbeid er rettet mot voksne. Forskjellen i tilgjengelige psykologressurser i tjenester til voksne og til barn og unge er svært stor når vi tar hensyn til størrelsen på målgruppen (voksne over 18 år utgjør 80 prosent av befolkningen).

95 kommuner mottar tilskudd til modellforsøket med psykologer i kommunehelsetjenesten som pågår i perioden 2008-2013. Totalt over tre år er det gitt over 123 millioner i tilskudd. Vi finner at det typisk er noe større kommuner med en relativt lav andel eldre innbyggere som mottar tilskudd. De har i utgangspunktet flere psykologer enn kommuner uten tilskudd, og de har en sterkere økning enn disse, særlig i tjenester rettet mot voksne innbyggere. Vi finner at i tjenester rettet mot barn og unge kan årsverksinnsatsen i stor grad forklares med observerbare kjennetegn ved kommunen heller enn en direkte sammenheng med tilskuddet, mens det i tjenester og tiltak for voksne ser mer ut til å være en direkte positiv sammenheng med tilskuddsordningen. Særlig har kommunene som mottar tilskudd en sterk økning i antall psykologårsverk i tjenester til voksne brukere fra 2010 til 2011, men det er vanskelig å påvise noen sammenheng med utviklingen før 2010 og tilskuddsordningen. Dette kan bety at effekten av ordningen styrkes utover i perioden og at det særlig nå er psykologer i tjenester til voksne som prioriteres. Det blir viktig å følge utviklingen i 2012 og 2013, og en lenger tidsserie vil legge grunnlag for å si mer om effekten av tilskuddsordningen. Myndighetene må også vurdere om tilskuddsordningen skal bidra til utjevning i psykologtilgang mellom kommunene, eller om tilskuddsordningen skal bidra til at kommuner som allerede har psykologressurser skal få flere, og dermed at forskjellene mellom kommunene øker.



Antall psykologer totalt i kommunalt psykisk helsearbeid, 2007-2011 rapportert gjennom IS-24

Det er altså en sterk økning i antall psykologårsverk fra 2010 til 2011, og av de 276 årsverkene i 2011 er 22 prosent spesialistpsykologer og andelen er like stor både i tjenester og tiltak til barn/unge og til voksne.



Antall psykologer totalt i kommunalt psykisk helsearbeid, 2007-2011 rapportert gjennom IS-24

Vi har rapporten fra 2012 (ibid) funnet at kommuner som mottar tilskudd har flere psykologårsverk per innbygger, men at det er økning også i kommuner som ikke mottar tilskudd. Se figur over. Tilskuddet ser ut til å være viktigere for å få økt antall psykologer i tjenester til voksne, i og med at innen disse tjenestene har kommuner uten tilskudd ikke noen økning. Siden det er betydelig flere psykologer i tjenester til barn og unge enn i tjenester til voksne, kommer ikke forskjellene mellom kommuner med og uten tilskudd tydelig frem når vi ser på tjenestene samlet.

ORGANISERING AV TJENESTENE

Vi har i denne rapporten også undersøkt ulike forhold kommunen har opplevd med den modellen de har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet sitt etter. Basert på kommentarfeltene som er fylt ut i IS-24 er det ikke mulig å gjøre en sammenligning og vurdering av hva som er mest eller minst vanlig av erfaringer med de ulike modellene blant kommunene, men det har heller ikke vært hensikten. Samtidig ser vi at det er beskrivelser som går igjen. I hvor stor grad dette er systematisk knyttet til andre forhold eller kjennetegn ved kommunen kan vi ikke si noe om, men vi mener at dette er forhold som kan undersøkes nærmere i videre kartlegginger.

Tjerbo, Zeiner og Helgesen (2012) finner, basert på en sammenligning av rapportert organisering i IS-24 (2009) og surveydata (2011), grunn til å tro at det er vanskelig for kommunene å skille mellom egen tjeneste (der psykisk helsearbeid er organisert innenfor en større enhet som også omfatter andre tjenester) og integrerte tjenester (der psykisk helsearbeid i sin helhet utføres av andre etablerte tjenester). Dette er et inntrykk vi også sitter igjen med etter å ha gått gjennom kommentarene til kommunene.

Generelt ser vi at kommunene gir uttrykk for at den valgte organisering av tjenesten bidrar til bedre kvalitet på tilbudet som gis. En viktig faktor synes imidlertid å være fagpersonen(e) som skal yte tjenestene. Både organiseringen og kvaliteten på tjenestene synes i stor grad å dreie seg om hvorvidt ansvaret for tjenesten er knyttet til konkrete fagpersoner, og om disse er samlet i et fagmiljø, enten innad i en enhet eller på tvers av enheter.

Videre ser vi at lav terskel til tjenesten fremheves som god kvalitet, særlig der kommunen har en organiseringsmodell direkte underlagt rådmann eller helsesjef. Andre stikkord er samarbeid som er et moment som går igjen der tjenestene er integrert i flere enheter, gjerne ved at det er godt. Robusthet fremstår også som et viktig aspekt ved tjenestene, spesielt sett i sammenheng med samarbeid mellom enheter. Dette gjelder særlig der tjenesten er oppgitt å være organisert i egen enhet.

Vi har sett at løsningene varierer i stor grad mellom kommunene, og vi vil anta at det gjøres ulike lokale tilpasninger fra kommune til kommune. Det er særlig tydelig at en integrert organisering av tjenesten varierer svært mye fra kommune til kommune, men det kan også se ut som om modellene går litt over i hverandre og at det er uklart hva som er de viktigste forskjellene.

Hvilken modell som velges eller tas i bruk i kommunene er kanskje ikke den mest avgjørende faktoren for å kunne tilby gode tjenester i psykisk helsearbeid for voksne og barn og unge. Av kommentarene gitt av kommunene er det ofte de samme kvalitetene som trekkes frem som gode for kvaliteten på tjenestene. Disse dreier seg om å ha gode fagpersoner som har oversikt over kommunens tilbud, som har tilgang til andre fagpersoner både innenfor og på tvers av enheter, og å ha tjenester som er lett tilgjengelige for brukerne.

At det er opp til kommunene å avgjøre hvordan tjenestene skal organiseres synes derfor fortsatt å være et godt prinsipp.

HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATSEN MELLOM KOMMUNER?

Vi har undersøkt datagrunnlaget nærmere (kapittel 7) og synliggjort nødvendigheten av grundig datakontroll og av å ta hensyn til outliers og heteroskedastisitet når man skal velge analysestrategi.

Analysene er basert på kommunaløkonomisk teori og gjør oss i stand til å tolke resultatene på systematisk måte. Vi har utført tverrsnittsanalyser (inkludert sensitivitetstesting) og paneldatagresjoner. Resultatene viser at det i stor grad er ulike faktorer som forklarer årsverksinnsatsen i kommunalt psykisk helsearbeid til voksne og til barn og unge. Større kommuner har lavere årsverksinnsats enn mindre kommuner, også når vi kontrollerer for behov, inntekts- og etterspørselsforhold. Høy andel eldre i kommunen betyr høy årsverksinnsats i tjenester rettet mot voksne, men har verken positiv eller negativ sammenheng med årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge.

Dette funnet betyr at det kan være synergieffekter mellom tilbudet innenfor psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. Hvis dimensjoneringen av pleie- og omsorgstilbudet følger etterspørselen tett, kan det være lettere å tilordne ressurser til psykisk helsearbeid med en omfangsrik pleie- og omsorgstjeneste. Resultatene våre tyder altså på at voksne med psykiske lidelser og problemer ikke "konkurrerer" om ressurser med eldre.

Vi finner derimot at tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og problemer "konkurrerer" om ressursene med barnehagetjenester. Resultatene viser at kommuner med relativt mange innbyggere i aldersgruppen 0-5 år systematisk har lavere årsverksinnsats i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge med psykiske lidelser og problemer - selv om vi til en viss grad kontrollerer for ulike behov i befolkningen.

Disse analysene gir noen pekepinner, men resultatene gir rom for ulike tolkninger. En utfordring ved å analysere årsverksinnsats er å skille mellom ulike mekanismer som påvirker innsatsen. I en kommune kan høy innsats komme av store behov, i en annen at politikerne prioriterer psykisk helsehjelp spesielt høyt,

eller at smådriftsulemper fører til at det går med mange årsverk i forhold til befolkningsstørrelsen. I tillegg er små kommuner mer utsatt for svingninger i årsverksinnsatsen som følge av enkeltbrukere med store behov. Dette er faktorer som det bare delvis kan kontrolleres for i analyser på kommunenivå med mindre svært detaljerte data er tilgjengelige.

Et interessant videre skritt for å øke forståelsen av variasjonene i årsverksinnsats mellom kommuner vil være å inkludere informasjon om fordeling av ulike diagnoser. Selv om dette kan være komplisert siden diagnosepraksis kan variere over tid og rom, så gir det samtidig muligheter for å studere hvordan mer finkornet informasjon om pasientene kan kaste lys over hva slags krav kommunene møter og hvordan de kan håndtere dem. Et eksempel er sammenhengen mellom andel eldre og årsverksinnsats for voksne. Hvis en eldre befolkning stiller større krav til det psykiatriske behandlingstilbudet i kommunene så er det mange kommuner som møter økende utfordringer på dette området i årene som kommer. Når vi i tillegg tar med i betraktningen at de kommunene med høyest andel eldre gjerne er små, rurale kommuner hvor mange i yngre deler av befolkningen har flyttet til mer urbane områder blir utfordringen ytterligere understreket. Det kan se ut som veksten i utfordringer vil bli størst i kommuner som allerede har en høy andel eldre med pleiebehov i forhold til den arbeidsføre befolkningen.

ÅRSVERK I SPESIALISTHELSETJENESTEN (PHV) OG I KOMMUNENE (PHA): NIVÅ OG UTVIKLING

Vi har i rapporten sett på nivå og utvikling i årsverksinnsatsen både for spesialisthelsetjenesten (VOP og BUP), og for kommunalt psykisk helsearbeid (PHA). Samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunene, med en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Det er derfor viktig å se på disse to nivåene i helsetjenestene samlet.

For voksne har årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten ligget stabilt på 43 årsverk per 10 000 innbyggere i perioden de siste tre årene, etter et fall fra 46 og 45 årsverk i 2007 og 2008. Denne nedgangen speiles imidlertid ikke av noen økning i kommunehelsetjenesten, som går ned fra 25 til 24 årsverk for landet totalt. Denne nedgangen speiler utviklingen i de fire regionale helseforetakene, som alle går ned ett årsverk sett i forhold til befolkningen.

Spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern for barn og unge rapporterer om en økning fra 31 til 33 årsverk per 10 000 innbyggere. Denne økningen drives først og fremst av Helse Vest, som rapporterer en vekst fra 20 til 27 årsverk (vi er usikre på hvor reell denne veksten er, siden det var mangelfull rapportering fra Helse Vest i spesialisthelsetjenesten for 2010). Helse Nord og Helse Sør-Øst ligger på de samme nivåene som i 2010, mens Helse Midt-Norge øker marginalt. Når det gjelder årsverksinnsats for barn i kommunalt psykisk helsearbeid er totalnivået 23 årsverk per 10 000 innbyggere. Siden 2007-nivået på 27 årsverk har det dermed forsvunnet ett årsverk i året når landet sees under ett. Nedgangen er størst i Helse Nord og Helse Sør-Øst, som har gått ned fra 30 til 24 årsverk per 10 000 innbyggere. I Helse Vest har den falt fra 19 i 2007 til 18 i 2011, mens den i Helse Midt-Norge har økt fra 28, via 32 i 2010 til 31 årsverk i 2011.

GEOGRAFISK FORDELING AV ÅRSVERKSINNSATS I SPESIALISTHELSETJENESTENE OG I KOMMUNENE - KARTILLUSTRASJONER

I denne rapporten bruker vi for første gang kartillustrasjoner til å illustrere variasjon i årsverksinnsats i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Det er en rekke forhold som kan illustreres på denne måten. Vi har i denne rapporten, i tillegg til å illustrere årsverk på helseforetaks- og kommunenivå, også utarbeidet kart der alle institusjonene i psykisk helsevern er lagt inn med koordinater på beliggenhet og sett dette i

forhold til hvordan befolkningen er bosatt. Dette er så vidt vi vet ikke gjort tidligere, i alle fall ikke med ressursinnsats fra kommunene sett i sammenheng med ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten.

En rekke kommuner rapporterer om utfordringer knyttet til mangel på personell med høy kompetanse, rekrutteringsproblemer, dårlig kommuneøkonomi og mange komplekse arbeidsoppgaver fordelt på få ansatte (se kapittel 1 for en mer omfattende presentasjon). Smådriftsulemper ser ut til å være en vesentlig faktor i variasjonen av årsverksinnsats i psykisk helsearbeid. Den geografiske fordelingen viser at det er stor variasjon i årsverksinnsatsen, men den sier ikke noe direkte om hvorvidt en relativt lav innsats skyldes at kommunen/helseforetaket har en effektiv drift og dermed klarer å dekke behandlingsbehovet med færre personer, eller om det er store udekkede behov. Vi kan med andre ord ikke tolke ut fra dette datagrunnlaget om barn og unge i Helse Vest har mindre problemer med psykiske lidelser enn andre steder, eller om sykdomsforekomsten er tilsvarende som resten av landet, men med færre behandlere. Og om det er færre behandlere er det fortsatt ikke klart om effektiv drift gjør det mulig å tilby samme behandlingsnivå med en lavere årsverksinnsats.

Topografi, kommunestørrelse og avstand til behandlingssenheter spiller imidlertid en rolle for hvor enkelt eller vanskelig det er å drive effektivt. Basert på det vi kan lese ut av figurene i kapittel 7 (se figur 7.2 og 7.3), er det tydelig at i store deler av landet har pasientene lang reisevei til nærmeste behandlingssted. I områder langt fra de store byene risikerer dermed kommunene å måtte spre årsverksinnsatsen tynt utover for å kunne dekke behovet.

OPPLEVDE UTFORDRINGER I PSYKISK HELSEARBEID I DAG

Knappe ressurser gjør at det er vanskelig å få prioritert forebyggende arbeid innen kommunalt psykisk helsearbeid. Dette har tydelig sammenheng med at kommunene må bruke det meste av ressursene sine på svært syke pasienter som kun får korte opphold i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke øremerkede midler til forebyggende arbeid, det mangler psykologer som kan gå tidlig inn å diagnostisere, og det er vanskelig å synliggjøre aktiviteten slik at tiltakene rammes hardt ved budsjettkutt.

Med en null-økning i ressursinnsatsen målt med antall årsverk fra 2008 til 2012 er det sannsynlig at tjenestene opplever økonomiske utfordringer når de samtidig opplever sterk økning i etterspørselen og krevende brukergrupper med behov for omfattende tjenester. Dette gir et dårlig grunnlag for å få til satsing på forebyggende helsearbeid, og det er sannsynligvis nødvendig å vurdere øremerking av midler til forebygging om det skal være mulig for kommunene å prioritere dette arbeidet. De som arbeider i tjenestene og ser store behov hos brukerne, opplever i mange kommuner at de må slåss for å beholde ressursene de har og at de kommer til å tape ressurskampen mot økende behov i eldreomsorgen og samhandlingsreformens sterke økonomiske virkemidler for å få kommunene til å prioritere utskrivningsklare pasienter i somatikken.

KONKLUSJON

Det er relativt marginale endringer i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene fra 2010 til 2011, men årlig årsverksreduksjon i tjenester til barn og unge ser ut til å ha blitt en trend. Nivået målt som antall årsverk, både når det gjelder antall årsverk og hvordan de fordeler seg på ulike tiltak og utdanningsgrupper, har stort sett ligget stabilt de siste fire årene. Når vi tar hensyn til befolkningsveksten, går ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid noe ned.

Siden utgangen av opptrappingsplanen er det særlig to endringer som har konsekvenser for kommunalt psykisk helsearbeid: tjenesteforskyvning i forhold til spesialisthelsetjenesten gjennom

samhandlingsreformen, og at kommunene har fått større ansvar for det forebyggende arbeidet gjennom den nye Folkehelseloven som trådte i kraft 1. 1. 2012.

Situasjonen i dag er at mange kommuner opplever at de står i et vanskelig dilemma. På den ene siden opplever de en sterk økning i etterspørselen etter tjenester til personer med psykiske lidelser fordi spesialisthelsetjenesten gir korte behandlingsopphold i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. I tillegg øker etterspørselen fordi det kommunale tjenestetilbudet er mer utviklet og mer kjent enn tidligere, slik at flere henvises og flere søker direkte hjelp selv. Kommunale tjenester rettet mot psykisk helse bruker nå nesten alle ressursene sine på svært syke mennesker med omfattende sammensatte behov, som ofte har et begrenset tilbud i spesialisthelsetjenesten. Kommunene melder for eksempel om store behov for utbygging av boligtilbud med døgnbemanning, og dette er sannsynligvis en direkte konsekvens av oppgaveforskyvning.

På den andre siden skal kommunene i større grad sette inn ressursene i forebyggende psykisk helsearbeid. De opplever at de ikke har nok ressurser til dette. For mange kommuner er det derfor svært vanskelig å få prioritert tidlig oppfølging av barn og unge gjennom barnevern, barnehager, grunnskoler og videregående skoler. I tillegg går ressursmangelen ut over dagtilbud og andre støttetiltak til voksne brukere med psykiske lidelser og problemer, fordi tjenestene som kommunene ikke er lovforpliktet til å tilby ryker først. Dette er viktige sekundærforebyggende tiltak som fagpersoner i kommunene mener har stor betydning for kvaliteten i tjenestene.

Mange kommuner har bygd opp sterk kompetanse på psykisk helsearbeid. Men med nullvekst i ressursinnsatsen målt som antall årsverk i psykisk helsearbeid fra 2008 til 2012, samtidig som etterspørselen etter tjenestene øker og brukerne har større behov enn tidligere, er det ikke å forvente at kommunene makter å øke forebyggingsinnsatsen. I kampen om ressursene vil behovene i eldreomsorgen og de finansielle ordningene i samhandlingsreformen innen somatikk sannsynligvis føre til at forebygging av psykiske helseproblemer i kommunene blir svært vanskelig å få prioritert lokalt. Det er derfor behov for å vurdere om statlige midler bør tilføres spesifikt til forebygging av psykiske lidelser.

1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN

I dette kapitlet går vi gjennom bakgrunnen for datainnsamlingen som gjøres blant alle landets kommuner på psykisk helsearbeid gjennom rapporteringsskjemaet i Rundskriv IS-24. Kapittel 1 inneholder følgende kapitler:

- Utbygging av kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser
- Kunnskap fra tidligere analyser i rapportserien
- Konklusjoner fra forrige rapport
- Fastlegen og kommunalt psykisk helsearbeid
- Hva er hovedutfordringene for tjenesteutviklingen i dag?
- Oppsummering

1.1 UTBYGGING AV KOMMUNALE TJENESTER TIL PERSONER MED PSYKISKE LIDELSER

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (St.prp. nr. 63 (1997-98)) har disponering og effekt av øremerkede midler, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, vært fulgt nøye av myndighetene (Norges forskningsråd, 2009). Det ble ansatt egne rådgivere i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen som skulle bidra med veiledning, oppfølging og kartlegging av det kommunale tjenestetilbudet, og tilrettelegge for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Stillingene skulle videreføres etter Opptappingsplanen. Evalueringer viser at opptappingsplanmålene for psykisk helsearbeid i kommunene ble nådd på de aller fleste områdene (Norges forskningsråd, 2009; Kaspersen og Ose, 2010; Ådnanes og Halsteinli, 2009). De som er rekruttert til psykisk helsearbeid i kommunene har generelt høy utdannelse (Ådnanes og Sitter, 2007), noe som bør være en indikasjon på at kvaliteten i tjenestene har blitt bedre. Men Opptappingsplanen har også høstet kritikk, bl.a. for et ensrettet fokus på kvantitet foran faglig kvalitet (Legeforeningen, 2004), for å ha utelatt eldre i målgruppen (Dagens Medisin, 2009), for å operere med usikre tall (Gjertsen, 2007) og for ikke å ha endret kunnskapssyn, ukulturer og maktforhold i psykisk helsearbeid (Ørstavik, 2008).

Behovet for økt satsing i kommunene var hovedargument for utvidelse av opptappingsplanperioden fra 2006 til 2008 (St.prp. nr. 1 (2003-2004)), og fokuset på kommunehelsetjenester har økt ytterligere de siste årene. Veksten i bruk av sykehustjenester skal dempes gjennom økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, og utbygging av kommunehelsetjenesten. I Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)), og gjennom ny folkehelselov (LOV 2011-06-24-29; HOD, 2010a) og ny kommunal helse- og omsorgslov (LOV 2011-06-24-30; HOD, 2010b), løftes kommunene fram som den viktigste arenaen for forebygging, oppfølging og behandling av mennesker med psykiske lidelser og problemer.

Også internasjonalt anbefales utbygging av primærhelsetjenesten (McDaid og Thornicroft, 2005). I WHO's World Health Report 2001 oppfordres verdens land til å bygge ned institusjonene og bygge ut primærhelsetjenesten. Grunnen til dette er at denne typen omsorg gir bedre livskvalitet hos pasientene, bedre ivaretagelse av menneskerettighetene og er mer kostnadseffektivt enn behandling i spesialisthelsetjenesten (WHO, 2001). I 2001 hadde 17 av landene i Europa, nær 40 prosent, fortsatt

ingen kommunebaserte helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer (ibid.). Vi kjenner ikke til oppdaterte statusrapporter på total innsats i kommunebasert psykisk helsearbeid i Europa. Mangelen på data generelt, og sammenliknbare tall spesielt, påpekes bl.a. i Braddick et al. (2009).

I Norge arbeides det aktivt med kvalitetsutvikling: I perioden 2005-2015 pågår en nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten i regi av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2005), og Kunnskapssenteret arbeider med utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten (Kunnskapssenteret, 2010). I 2008 ble Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) etablert, med mål om å hente inn, systematisere og formidle forsknings- og erfaringsbasert kunnskap som produseres ute i kommunene. Flere av landene i Europa som nå oppfordres til å bygge ut primærhelsetjenesten, har et utgangspunkt som er betydelig verre enn den situasjonen som ble beskrevet for Norge i St. meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet.

Siste året i Opptrappingsplanen (2008) mottok kommunene 3,4 milliarder kroner i øremerkede midler til psykisk helsearbeid, en realvekst på 2,7 milliarder kroner fra 1998 (Kaspersen og Ose, 2010). I følge statsbudsjettet (Prop. 1 S 2010-2011) ble det i 2009 innlemmet øremerkede tilskudd til psykisk helsearbeid på om lag 3,5 milliarder kroner i kommunenes frie inntekter. Rapportering fra kommunene de to siste årene av Opptrappingsplanen, viste at opptrappingsplanmidlene finansierte ca. 50 prosent av stillingene i psykisk helsearbeid, den andre halvparten finansierte kommunene selv. Kommunene med mest egenfinansiering hadde en over gjennomsnittlig andel uføre med psykiske lidelser og høyere skatteinntekter per innbygger, men ellers var det vanskelig å finne forhold i kommunene som systematisk var assosiert med høy egenfinansiering (Ose et al., 2009).

En fordel med øremerking av statlige midler er at det stilles krav til detaljert rapportering på bruk av midlene. Dermed kan innsatsen styres i retning målene med øremerkingen, og sentrale myndigheters anbefalinger. Et godt eksempel er da myndighetene i 2001 formulerte et (nytt) opptrappingsplanmål om at minst 20 prosent av den øremerkede innsatsen skulle gå til tjenester for barn og unge (St. prp. nr. 1 (2000-2001) og Rundskriv IS-1/03). Formuleringen hadde effekt; mens ca. 13 prosent av de øremerkede ressursene ble brukt til tiltak for barn og unge i 2000, var målet om 20 prosent nådd i 2004 (på landsbasis). I 2008 var landsgjennomsnittet 23 prosent, og det var få kommuner som ikke nådde målet i løpet av opptrappingsplanperioden (Kaspersen og Ose, 2010).

Øremerking av statlige midler kan også ha negative effekter. Det er ofte krav om kommunal medfinansiering når øremerkede midler fordeles, og dette kan både forsterke inntektsforskjeller kommunene imellom, og føre til at kommuner velger å prioritere områder som utløser øremerkede midler - framfor andre områder som burde vært prioritert. I følge Kommuneproposisjonen 2011 (Prop. 124 S (2009-2010)) er finansiering gjennom skatteinntekter og rammetilskudd (frie inntekter) den mest kostnadseffektive måten å utnytte ressursene på; dersom en kommune effektiviserer en del av tjenesteområdet sitt, vil gevinsten forbli i kommunen. Slik stimulerer rammefinansiering til effektiv ressursutnyttelse; mest mulig tjenester for hver krone brukt. Lokalpolitikere gis dessuten mulighet til selv å vurdere innbyggernes behov, og nærhet til beslutningsprosessen gir innbyggerne mulighet til å påvirke tjenestetilbudet og prioriteringene lokalt. Rammefinansiering er også mindre administrativt krevende enn f.eks. øremerkede tilskudd.

Til tross for at de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid f.o.m. 2009 ble innlemmet i kommunenes frie inntekter, fortsetter årsverksrapporteringen i psykisk helsearbeid gjennom IS-24. Vi har siden 2007

hatt ansvaret for å kvalitetssikre, sammenstille og analysere det som rapporteres fra psykisk helsearbeid. I neste avsnitt beskriver vi noen av analysene og funnene fra tidligere rapporter.

1.2 TIDLIGERE ANALYSER I RAPPORTER I SERIEN

De tidligere rapportene har på ulike måter utnyttet datamaterialet som samles inn gjennom IS-24. Vi tar her med en kort oppsummering av noen av analysene for å vise at effektiv bruk av datamaterialet gir mye kunnskap – og langt mer enn det som hadde vært mulig uten den grundige kvalitetskontrollen som ligger til grunn for analysene.

1.2.1 PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALISTHELSETJENESTER SETT I SAMMENHENG

I fjorårets rapport gjorde vi for første gang illustrasjoner i nivå og utvikling i årsverksinnsatsen både for spesialisthelsetjenesten (VOP og BUP), og for kommunalt psykisk helsearbeid (for voksne og for barn og unge).

Bakgrunnen for disse analysene er fokuset som er satt på sammenhengen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjennom samhandlingsreformen. Ett av målene med samhandlingsreformen er å dempe veksten i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen legger derfor opp til økt aktivitet i kommunene, med en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Endringene i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester forplikter de to sektorene til et felles ansvar for å ivareta pasientene på en best mulig måte. Det er derfor svært viktig å følge med på ressursutviklingen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Vi fant at det er stor variasjon i nivå og utvikling mellom ulike helseregioner og helseforetaksområder.

- Helse Nord har den høyeste årsverksinnsatsen totalt og dette skyldes særlig relativt mange årsverk i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både i tjenester/tiltak til voksne og til barn og unge.
- Kommunene i Helse Midt-Norge ligger høyest i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid både i tjenester/tiltak til voksne og til barn og unge.
- Kommunene i Helse Sør-Øst ligger lavest i årsverksinnsats i kommunene i forhold til antall innbyggere i tjenester til voksne, mens kommunene i Helse Vest ligger lavest i kommunale tjenester rettet mot barn og unge. Den største nedgangen i årsverksinnsats i tjenester og tiltak til barn og unge i kommunene, finner vi i Helse Sør-Øst.
- Helse Vest har tydeligst nedgang i årsverkene i spesialisthelsetjenesten de siste fire årene, både for voksne og barn/unge, men det er tendenser til økning i årsverksinnsatsen i kommunene som ligger i Helse Vest.

Vi finner betydelige forskjeller i ressursinnsats mellom de to nivåene. Mens det i Helse Sør-Øst er nesten dobbelt så mange årsverk i spesialisthelsetjenesten som i kommunene (to årsverk i spesialisthelsetjenesten per kommuneårsverk) i tjenester rettet mot voksne, er det i Helse Midt-Norge 1,4 årsverk i spesialisthelsetjenesten for hvert årsverk i kommunale årsverk rettet mot brukergruppen. Mens Helse Nord likner mer på Helse Sør-Øst, likner Helse Vest mer på Helse Midt-Norge. Det samme bildet ser vi i tjenester og tiltak til barn og unge.

Det kan derfor tenkes at potensialet for samhandling er størst i helseregionområdene Nord og Sør-Øst når det gjelder tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det trengs andre metoder for å

undersøke dette mer grundig, men det er disse regionene som har flest årsverk i spesialisthelsetjenesten, samtidig som de kommunale årsverkene i tiltak rettet mot brukergruppen har tendenser til nedgang. Altså motsatt av det sentrale målet i samhandlingsreformen om å dempe veksten i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten. Vi følger denne utviklingen i årets rapport, se kapittel seks.

1.2.2 FORKLARING PÅ VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER

Vi har i de tidligere rapportene tatt utgangspunkt i den store variasjonen i rapporterte årsverk mellom kommunene. Analysene har både vært kommunaløkonomiske tverrsnittsanalyser og etter hvert også paneldataanalyser når flere år har blitt tilgjengelig. Når flere år legges til datagrunnlaget, gir dette oss mulighet til å studere stabilitet i determinanter og ta i bruk nye estimeringsmetoder.

Tverrsnitts- og panelanalysene viser sammenhenger som er robuste over tid og mellom estimeringsteknikker. Større kommuner har lavere årsverksinnsats enn mindre kommuner, også når vi kontrollerer for behov, inntekts- og etterspørselsforhold. En høyere andel eldre betyr økt årsverksinnsats i tjenester rettet mot voksne, men har verken positiv eller negativ sammenheng med årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge.

Dette funnet betyr at det kan være synergieffekter mellom tilbudet innenfor psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. Hvis dimensjoneringen av pleie- og omsorgstilbudet følger etterspørselen tett, kan det være lettere å tilordne ressurser til psykisk helsearbeid med en godt utbygd pleie- og omsorgstjeneste. Resultatene våre tyder altså på at voksne med psykiske lidelser og problemer ikke "konkurrerer" om ressurser med eldre.

Vi finner derimot at tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og problemer "konkurrerer" om ressursene med barnehagetjenester. Resultatene viser at kommuner med relativt mange innbyggere i aldersgruppen 0-5 år systematisk har lavere årsverksinnsats i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge med psykiske lidelser og problemer - selv om vi til en viss grad kontrollerer for ulike behov i befolkningen.

Mange uføre i en kommune betyr systematisk høyere årsverksinnsats i kommunens psykiske helsearbeid rettet mot voksne. Årsverk i tjenester til barn og unge påvirkes ikke systematisk av andel uføre. Dersom andel uføre er et godt mål på sosiale problemer og fattigdomsproblematikken som ofte diskuteres i Norge, burde kommuner med mange uføre sannsynligvis ha større innsats rettet mot barn og unge. Familietsituasjonen rundt uføre, og kanskje sosialhjelpsmottakere, kan være et bedre mål på behovene enn kun andel uføre i befolkningen. Vi vil i fremtidige analyser forsøke å innhente mer informasjon rundt disse forholdene, og særlig hadde det vært interessant å se på udekkede behov i kommuner med mange uføre eller med mye sosiale problemer som ikke kompenseres med (eller har ressurser til) flere årsverk i tjenestene rettet mot barn og unge med psykiske lidelser og problemer. Kunnskap om slike sammenhenger er viktig når en nå diskuterer finansieringsmodeller mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, jf. samhandlingsreformen, den nye helse- og omsorgstjenesteloven, og det generelt økte fokuset på forebygging i både spesialist- og kommunehelsetjeneste.

1.2.3 OVERGANG FRA ØREMERKING TIL RAMMEFINANSIERING

Fra 2008 til 2009 observerte vi på nasjonalt nivå marginale endringer i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene. Totalt var reduksjonen på 0,2 prosent fordelt på en økning på 0,3 prosent i tilbudet til voksne og en reduksjon på 1,8 prosent i tilbudet for barn. Bak de beskjedne endringene på nasjonalt nivå skjuler det seg imidlertid forskjeller i utviklingen etter kommunestørrelse og region. Små kommuner opplever i større grad reduksjon i antall årsverk per bruker enn store kommuner. Aggregert på fylkesnivå ser vi også betydelige forskjeller. I tilbudet rettet mot barn og unge varierer utviklingen fra en reduksjon på 16 prosent til en økning på 12 prosent. Regresjonsanalysene viser at det er lite systematikk i endringer i forhold til kommunale kjennetegn. Enkelte sosiale indikatorer slår ut som signifikante, men viktigst for utviklingen er nivået i utgangspunktet.

Kommunenes egne forventninger til utviklingen i ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid etter Opptappingsplanen for psykisk helse, er tidligere kartlagt i et SINTEF-prosjekt. Resultatene fra undersøkelsen som ble gjennomført i 2008 viste at flertallet mente at tilbudet kom til å være uendret i neste femårsperiode. Respondentene rapporterte også at satsingen på tjenester og tiltak til barn og unge vil øke i større grad enn for voksne. En betydelig større andel trodde satsingen innenfor psykisk helsearbeid for voksne vil bli redusert heller enn økt. Når vi ser på hva som faktisk skjedde fra 2008 til 2009 ser det heller ut som tjenester til barn og unge nedprioriteres. Vi har fulgt utviklingen videre i nyere rapporter, og det ser ut til å være relativt stabil årsverksinnsats på nasjonalt nivå.

1.2.4 INDIVIDUELL PLAN

I tidligere rapporter har vi blant annet gjort beregninger på antall personer med psykiske lidelser som har rett til, eller har fått, utarbeidet Individuell Plan (IP). Der beregnet vi at det var i underkant av 21 000 mennesker med psykiske lidelser som av kommunene blir vurdert å ha rett til Individuell plan (IP). Dette betyr at rundt 21 000 mennesker i kommunene vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte tjenester. Om lag 5 300 av disse er barn og unge (25 prosent). Dette betyr at nesten 0,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen og i overkant av 0,4 prosent av voksenbefolkningen vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte helsetjenester fordi de har psykiske lidelser eller vansker. Basert på disse tallene og andre beregninger anslo vi at omtrent 14 prosent av voksne mennesker som mottar kommunale tjenester og tiltak, har fått utarbeidet IP med tiltak som er under gjennomføring i 2008. Blant barn og unge mennesker med psykiske lidelser og vansker som mottar kommunale tjenester og tiltak, anslår vi at ni prosent har fått utarbeidet IP der tiltak er under gjennomføring. Vi fant videre at 96 prosent av de voksne og 90 prosent av barn/unge som har fått utarbeidet IP med tiltak under gjennomføring, har fått angitt koordinator. Vi beregnet også at 45 prosent av de voksne og 36 prosent av barn/unge som vurderes å ha rett til IP, ikke har fått utarbeidet en plan med tiltak som er under gjennomføring. Vi mente at årsaken til dette bør undersøkes videre. En forklaring kommunene oppgav var at det er svært mange som ikke ønsker å få utarbeidet IP i denne brukergruppen. Andre forklaringer kan være usikkerhet rundt hvem som har ansvaret for å igangsette arbeidet og på hvilket tidspunkt i kontaktforløpet arbeidet med å utvikle IP skal iverksettes.

Årsakene til at personer med antatte langvarige og sammensatte behov ikke ønsker å ta i bruk dette verktøyet som er utarbeidet for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, må også undersøkes. Funnene betyr sannsynligvis at det er utfordrende å motivere personer til selv å ønske at det utarbeides IP. Mange kommuner har sannsynligvis utviklet gode metoder for å motivere brukerne til å ønske en IP, og det kan være behov for erfaringsutveksling på dette området.

83 prosent av kommunene svarer at de har skriftlige rutiner for hvordan aktuelle brukere skal informeres om IP. Flere av de 17 prosentene som ikke har skriftlige rutiner, oppgir at de arbeider med å nedfelle rutinene skriftlig. Fra rapporteringen på bruk av øremerkede midler vet vi at kun to til tre prosent av kommunene ikke har rutiner for selve utarbeidingen av IP i 2008.

Det er helt klart fokus på Individuell plan i kommunenes psykiske helsearbeid. God informasjon til ulike brukergrupper og motivering av brukerne ser fortsatt ut til å være viktige stikkord i forhold til bruk av individuelle planer og mennesker med psykiske lidelser og vansker. Vi mener det er viktig med videre forskning på dette feltet.

1.2.5 UFGØRE MED PSYKISKE LIDELSER

I rapporten basert på 2008-tallene gjorde vi også en grundig analyse på andel uføre med psykiske lidelser, eller som det er definert i datagrunnlaget "andel uføre med psykiatrisk diagnose" for hver av kommunene. Vi undersøkte om det var noen systematisk sammenheng mellom andel uføretrygdede med psykiske lidelser og årsverksinnsats i det kommunale psykiske helsearbeidet. Vi så også på andre sosiale indikatorer og annen kommunal ressursinnsats. Resultatene viste at flere forklaringsmodeller er relevante i forhold til å forstå variasjonene. Årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid er korrelert med ressursinnsats innenfor andre kommunale tjenesteområder, så deler av forklaringen på variasjon i årsverksinnsats mellom kommuner kan ligge i ulik størrelse på kommunal sektor. Størrelsen på kommunal sektor kan ses på som en funksjon av arbeidsmarked, historiske og politiske preferanser. Noe ser ut til å være drevet av etterspørsel. Andel uføre med psykiske lidelser er positivt korrelert med årsverksinnsatsen. I tillegg har vi sett at andre sosiale indikatorer, som andel arbeidsledige og andel sosialhjelpsmottakere, er positivt korrelert. I regresjonsanalysene er det kun andel uføretrygdede som er signifikant for årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid rettet mot voksne. Andel arbeidsledige og andel sosialhjelpsmottakere har ingen systematisk effekt. Både korrelasjonsmatriser og delvis regresjonsanalysene viser systematiske sammenhenger mellom årsverk i psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge og sosiale indikatorer. Resultatet kan tolkes i retning av at innsats i forhold til foreldre med psykiske lidelser bør suppleres med tiltak rettet mot barna. Dette kan også gjelde barn/unge som har foreldre uten arbeidsmarkedstilknytning. Den positive korrelasjonen mellom andel årsverk voksne og andel årsverk barn og unge kan tyde på at kommunene allerede er bevisst denne problemstillingen.

1.2.6 PASIENTER I PSYKISK HELSEVERN OG BRUKERE I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

I rapporten basert på 2008-tallene hadde vi også med en analyse der vi koblet antall pasienter i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) med årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid. Basert på ulike datakilder beregnet vi at 70 prosent av voksne brukere av kommunale tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser og vansker, også mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor i stor grad behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester også innen tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Vi fant ingen generell systematisk sammenheng mellom årsverksinnsats i kommunene og relativt antall pasienter i psykisk helsevern som er bosatt i kommunen. Men i de 15 største kommunene fant vi imidlertid en relativt klar sammenheng. Kommuner med mange voksne innbyggere som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, har også relativt mange årsverk knyttet til det kommunale psykiske helsearbeidet. Kommuner med relativt færre pasienter bosatt i kommunen, har relativt færre årsverk i

det kommunale psykiske helsearbeidet. Dette kan bety at de store kommunene i stor grad tilpasser tjenestene til etterspørselen, noe vi også har funnet indikasjoner på i tidligere analyser.

1.2.7 KOMMUNALE ÅRSVERK ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE

Vi startet i rapporten basert på 2009-tallene med å se på årsverksinnsats etter hvilket helseforetaksområde kommunene ligger i. Det er viktig å se kommunene i sammenheng med helseforetak og vi har i en senere rapport (Ådnes et al., 2013) sammenholdt årsverksinnsats i kommunene med årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Der dokumenterer vi at det er lite samvariasjon i årsverksinnsatsen i kommunene og i spesialisthelsetjenesten når det gjelder årsverksinnsats til personer med psykiske lidelser og vansker. Vi finner også betydelig variasjon i årsverksinnsatsen i psykisk helsevern, men finner i liten grad systematisk sammenheng med behovene som antas å være i de ulike helseforetaksområdene. I hver rapport inngår nå sammenstillinger mellom psykisk helsevern og kommunale årsverk i psykisk helsearbeid.

1.2.8 AVGRENSNINGER TIL RUSFELTET

Vi har i en tidligere rapport i denne serien sett på avgrensninger i forhold til rusfeltet. Dette er komplekst og uavklart i mange kommuner. Helsedirektoratet gjennomfører i år tilsvarende datainnsamling innenfor rusfeltet. Helsedirektoratet har tildelt oppdraget med kvalitetskontroll, sammenstilling og analyse av data til Rambøll AS. Begge prosjektene skal i henhold til kontrakten sammenstille tall fra begge rapporteringene. Vår sammenstilling er gjort i kapittel 10 i denne rapporten.

1.2.9 KONKLUSJON FRA FORRIGE RAPPORT

Vi fant i forrige rapport at det var relativt marginale endringer i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene fra 2009 til 2010, men at det kunne se ut til at årlig årsverksreduksjon i tjenester til barn og unge var i ferd med å bli en trend. Nivået har stort sett ligget stabilt de siste fire årene, både når det gjelder antall årsverk og hvordan de fordeler seg på ulike tiltak og utdanningsgrupper. Fra 2009 til 2010 sporer vi en tendens til at det ansettes flere årsverk i boliger med fast personell i tjenester for voksne. Tidligere forskning har vist at kommunene selv spådde at ressursinnsatsen i tjenester for barn og unge kom til å ligge stabilt eller øke i en femårsperiode etter 2008. Tre år etter Opptrappingsplanens slutt, ser vi imidlertid at antall årsverk i tjenester for barn og unge har det vært en marginal nedgang hvert år siden 2007.

Regresjonsanalysene i fjorårsrapporten bekrefter at tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og problemer "konkurrerer" om ressursene med de kommunale barnehagetjenestene. Vi finner fortsatt ikke tilsvarende "konkurransen" i tjenester for voksne – muligens kan dette skyldes synergieffekter mellom psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Høy andel eldre gir systematisk høy årsverksinnsats i tjenester for voksne med psykiske vansker. Videre finner vi fortsatt at mange uføre i en kommune ser ut til å gi systematisk høyere årsverksinnsats i psykisk helsearbeid for voksne. Vi fremhevet fortsatt at hvis andelen uføre er et godt mål på sosiale problemer, burde kanskje kommuner med mange uføre med fordel rette en større forebyggende innsats mot barn og unge. Det er systematisk slik at innbyggerrike kommuner har lavere årsverksinnsats enn små kommuner, også når vi kontrollerer for behov, inntekts- og etterspørselsforhold.

1.3 FASTLEGENS ROLLE I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

1.3.1 INNLEDNING

Fastlegene er en viktig del av det kommunale psykiske helsearbeidet. Fastlegereformen hadde som mål å bidra til kontinuitet i lege-/pasientforholdet og bedre tilgjengeligheten til allmennlegetjenester for mennesker med sammensatte og kroniske problemstillinger som eksempelvis mennesker med psykiske lidelser.

Fordi det finnes god statistikk om fastleger i offentlige register i NAV og SSB, skal det ikke rapporteres på legeårsverk knyttet til psykisk helsearbeid i IS-24. I dette delkapittelet ser vi nærmere på fastlegens rolle i kommunalt psykisk helsearbeid.

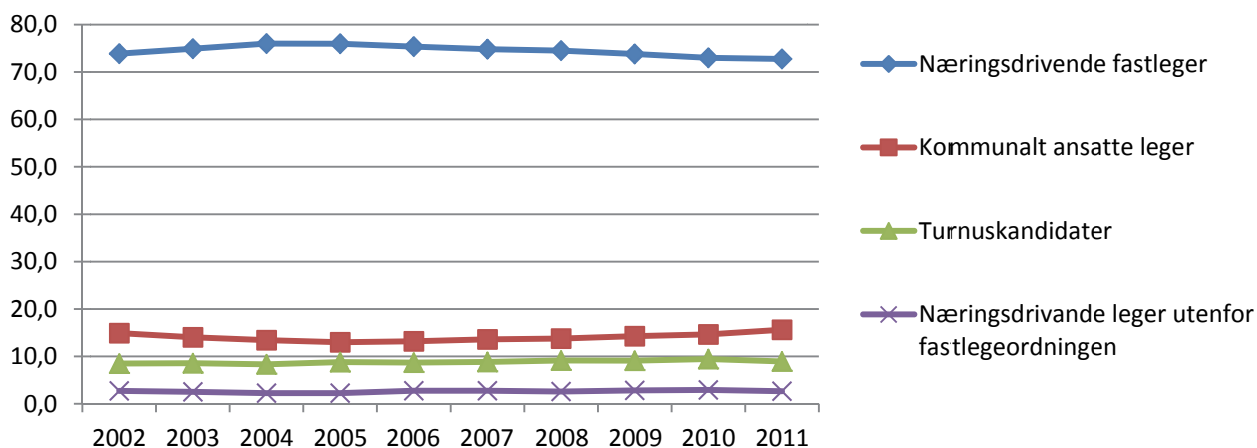
Tall fra NAVs Konsultasjonsstatistikk for fastlegekonsultasjoner etter diagnosekapittel, viste at 9,8 prosent av alle konsultasjonene var knyttet til psykisk sykdom eller symptomer (Nossen, 2007). Psykiske vansker og lidelser er dermed den fjerde vanligste kontaktårsaken hos fastleger i Norge, etter muskel og skjelett, hjerte-kar og luftveisproblemer (ibid). Selv om kvinner går hyppigere til lege enn menn, viser tallene at andelene etter ulike diagnosegrupper er relativt lik for kvinner og menn (ibid).

Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om allmennlegetjenesten og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2009). Denne rapporten gir en statusbeskrivelse og trekker frem utfordringer i allmennlegetjenesten relatert til psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Deler av teksten er basert på innspill og synspunkter fra deltakerne i arbeidsgruppen og referansegruppen, men rapporten bygger også blant annet på funn fra evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse og evalueringen av fastlegeordningen. SINTEF Helse var svært sentral i disse evalueringene og har utgitt de mest relevante rapportene på området psykisk helse. Vi ser nærmere på disse funnene i kapittel 1.3.3.

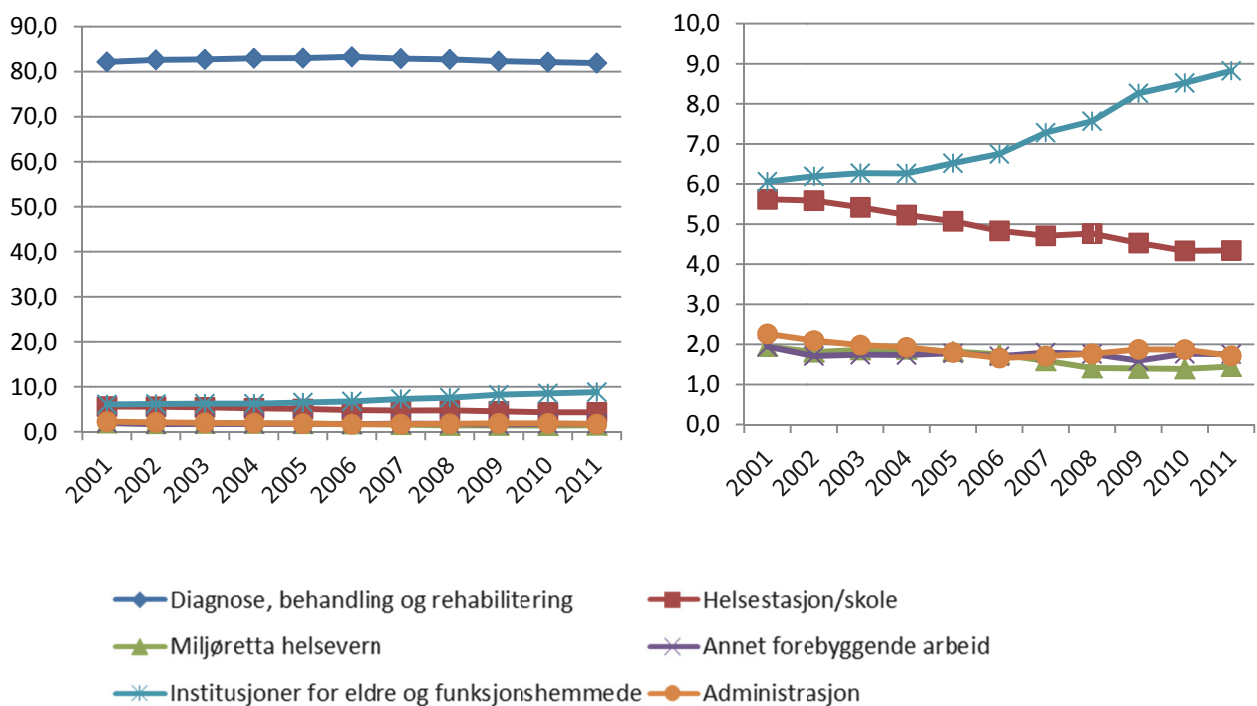
1.3.2 LEGEÅRSVERK I KOMMUNEHELSESTJENESTEN

I 2011 var det 4 837 legeårsverk i kommunehelsetjenesten og fra 2002 har det vært en økning i antall årsverk på 17 prosent. Når vi ser utviklingen i legeårsverk i forhold til befolkningsveksten, finner vi at det har vært en økning i antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten fra 9,1 per 10 000 innbyggere i 2002 til 9,7 i 2011.

I figuren under ser vi at i overkant av 70 prosent av legene er selvstendig næringsdrivende (kalt næringsdrivende i statistikken), mens 16 prosent er kommunalt tilsatte leger. Videre ser vi at det er tendenser til at en større andel av legene anses av kommunene, se figur 1.1. Som vi skal se senere i kapittelet, kan avtaleform ha en sammenheng med samarbeidet med psykisk helsearbeid, men dette vil vi få bedre datagrunnlag for i neste års rapportering.



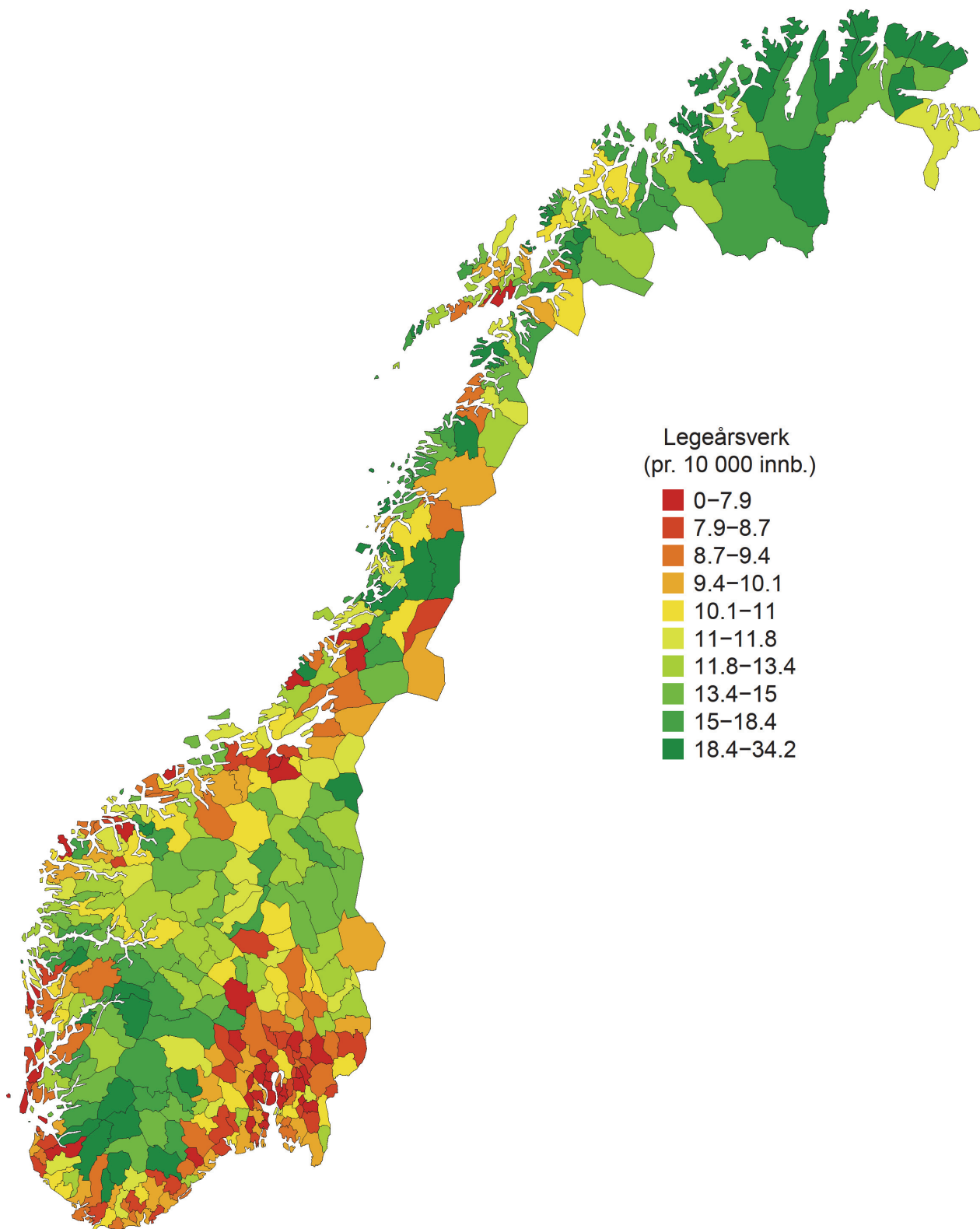
Figur 1.1. Prosentandel legeårsværk i kommunehelsetjenesten etter avtaleform, 2002-2011. Kilde: SSB



Figur 1.2. Legeårsværk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde, 2001-2011. Kilde: SSB.

Det samles også inn statistikk over hvilket hovedområde legeårsværkene er rettet mot fra hver kommune. I figur 1.2. viser vi utviklingen i årsværksinnsats etter virkeområde og vi ser fra figuren til venstre at over 80 prosent av årsværkene brukes til å stille diagnoser, drive behandling og rehabilitering. Dersom vi fjerner disse fra figuren, ser vi lettere hvordan de øvrige årsværkene fordeler seg (figuren til høyre). Der ser vi at det er særlig vekst i årsværkene knyttet til institusjoner for eldre og funksjonshemmede, mens det er en tydelig nedgang i legeårsværkene knyttet til helsestasjon og skole.

Det er store variasjoner i legedekningen i Norge. Kartet under viser legeårsværk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere for alle kommunene. Der ser vi tydelig at legedekningen er lavest i sentrale strøk.



Figur 1.3. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere, 2011. Kilde: SSB.

Oppsummert kan vi si at de siste ti årene har det vært en reell økning i legedekningen i landet, og at det er tendenser til økt prioritering av legeårsverk i eldreomsorgen på bekostning av legeinnsats i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Det er også fortsatt stor variasjon i fastlegedekningen mellom kommunene, helt fra to kommuner som ikke har legeårsverk i 2011 (Averøy og Roan) til den lille finnmarkskommunen Hasvik, som har rapportert at de har over 34 legeårsverk per 10 000 innbygger.

1.3.3 TIDLIGERE FORSKNING PÅ FASTLEGER OG PSYKISK HELSEARBEID

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001. Norges forskningsråd (NFR) fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å koordinere en femårig, forskningsbasert evaluering. SINTEF hadde en stor rolle i dette arbeidet og gjennomførte flere forskningsbaserte evalueringer av fastlegeordningen. SINTEF hadde også en stor rolle i evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Fra disse to evalueringene er det laget en rapport som oppsummerer funn knyttet til fastlegen som aktør i forhold til personer med psykiske lidelser (Andersson og Ådnes, 2006). De tar opp ulike tema som er sentrale i forhold til tilgjengelighet, involvering i tiltak, kompetanse og samarbeid med andre helsetjenester. Siden disse evalueringene ble gjennomført er det gjort lite forskning på fastlegen og psykisk helse. Vi skal nedenfor gi en oppsummering i hva forskningen fra denne perioden viste.

Fastlegens tilgjengelighet

Tilgjengelighet innebærer at nødvendig og adekvat hjelp gis på et tidlig tidspunkt (Andersson og Ådnes, 2006). Ådnes, Hatling og Grut (2005) har gjennom intervjuer med 26 pasienter med alvorlige psykiske lidelser funnet at tilgangen til legetime og øyeblikkelig hjelp på dagtid oppleves som relativt bra blant den voksne pasientgruppen. Pasientene uttrykker imidlertid bekymring for legens **tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjonen**. Mange opplever at timen med fastlegen ikke innbyr til å gå inn i en tidkrevende problematikk. Det å vektlegge *kommunikasjon og relasjonsutvikling* virker å ha positiv uttelling på om pasientene er fornøyde. Dagens tidsbruk ser ikke ut til å oppfylle forventningene om et pasientrettet tilbud for denne gruppen. På tross av at både pasienter og andre helsearbeidere har rettet kritikk mot fastlegens tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjonen, ser det ut til at fastlegene selv opplever i svært høy grad at de har nok tid til å gi de aktuelle pasientene god oppfølging (Ådnes, Hatling og Grut, 2005; Ådnes og Bjørngaard, 2006). I følge Andersson og Ådnes (2006) er fastlegens mangel på tid og lite fleksibilitet i fastlegens tilbud mulige barrierer for å få til god tilgjengelighet.

Fastlegens involvering i ulike tiltak

Når det gjelder **utredning** viste en spørreskjemaundersøkelse blant 487 fastleger at de først og fremst utøver sin tradisjonelle medisinskfaglige rolle (Ådnes og Bjørngaard, 2006). Utredning foregår gjennom samtale, somatisk undersøkelse og medisinvurdering, og eventuelt ved henvisning. Fastlegene har mest fokus på pasienter med lettere lidelser, og det benyttes svært sjeldent psykiatriske diagnoseverktøy i utredningen. Det psykiske helsearbeidet i kommunene bistår ofte i forbindelse med utredning og henvisning; dette gjelder primært brukere med alvorlige lidelser (ibid).

En intervjurunde blant 70 involverte aktører (Ådnes, Hatling og Grut 2005) og spørreundersøkelsen blant fastleger og det psykiske helsearbeidet (Ådnes og Bjørngaard, 2006), viste at fastlegens **oppfølging** av pasientene er svært variabel.³ Mange pasienter har faste og hyppige konsultasjoner med fastlegen, mens for andre pasienter oppfattes ikke fastlegen som en sentral aktør (Ådnes og Bjørngaard, 2006). Det kan stilles spørsmål ved om fastlegeordningen har lyktes med å knytte pasientene tettere opp mot den som er medisinsk ansvarlig. Også når det gjelder oppfølging ser det ut til at fastlegene utøver sin primære medisinskfaglige rolle. Når det gjelder *innholdet* i oppfølgingen ser det ut til at den somatiske og medisinske oppfølgingen er god, men få pasienter opplever at fastlegen virkelig tar

³ Ådnes, Hatling og Grut (2005) har i sin studie intervjuer pasienter, fastleger, profesjonsgrupper fra det psykiske helsearbeidet i kommunen (de fleste psykiatriske sykepleiere) og ulike profesjonsgrupper fra psykisk helsevern (de fleste ledere). Ådnes og Bjørngaard (2006) har gjennomført en spørreundersøkelse blant 487 fastleger og det psykiske helsearbeidet i 83 kommuner.

tak i de psykiske problemene. Kvalitative studier viser imidlertid at noen fastleger gjør mye mer ut av sin rolle ved å forhøre seg om pasientens psykiske helse og gjennom kompetanseheving. Både pasienter og fastleger gir tilbakemeldinger om dette (Ådnanes, Hatling og Grut, 2005). Overraskende mange fastleger følger for eksempel opp sine pasienter ved bruk av kognitiv terapi (Ådnanes og Bjørngaard, 2006). Men i flere tilfeller opplever fastlegene det som krevende å lykkes i slikt arbeid innen ordinære rammer (Ådnanes, Hatling og Grut, 2005).

Fastlegens og det psykiske helsearbeidets arbeid med **henvisninger** er sentralt, og det er funnet at kommunestørrelse har betydning for dette arbeidet. Ådnanes og Bjørngaard (2006) konkluderte med at henvisning på grunn av manglende kompetanse og tilbud i det psykiske helsearbeidet i kommunen er mer utbredt i små (under 10 000 innbyggere) enn store kommuner. Også fastlegene nevnte egen manglende kompetanse som en årsak til henvisning, og dette er mer utbredt blant yngre enn eldre leger.

Fastlegens kompetanse

Spørreundersøkelsen blant 487 fastleger viste at relativt mange av fastlegene opplever at de har "noen" grad av kompetanse til å gi pasientene god oppfølging, mens få opplever stor grad av kompetanse (Ådnanes og Bjørngaard, 2006). Den samme studien viste at fastlegene primært har kompetanse på lettere lidelser. Pasientene på sin side etterlyser fastleger med både medisinsk og *relasjonell* kompetanse. Fastlegene erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning på området, men de er skeptiske til bistand fra spesialisthelsetjenesten (Ådnanes, Hatling og Grut, 2005). De ønsker heller å bruke sine egne legekontakter. De samarbeidende instansene gir også uttrykk for at det trengs kompetanseheving blant fastlegene når det gjelder psykisk helseproblematikk (Ådnanes Hatling og Grut, 2005; Andersson og Tingvold, 2005). Det er tydelig at kompetanseutveksling på dette området må være tilpasset en travel hverdag, og det er sentralt at de som bistår fastlegene har høyere kompetanse enn fastlegene selv. Kompetanseutveksling må sees i sammenheng med det generelle samarbeidet mellom helsetjenestene.

Samarbeid mellom fastlegen og andre helsetjenester

Både helsemyndighetene og samarbeidende tjenester etterlyser mer samarbeid fra fastlegen. En leder innen kommunens psykiske helsearbeid uttaler at: "*...Vi trenger samarbeid med både spesialisthelsetjenesten og fastlegen som er basert på likeverd, fleksibilitet og tillit*" (Steihaug og Loeb 2007:51). Aktører innen øvrige helsetjenester har inntrykk av at fastlegene er noe restriktive i forhold til å prioritere møtevirksomhet (Anderson og Tingvoll, 2005). En studie som inkluderte 9 kommuner i Norge viste at det er store individuelle forskjeller når det gjelder fastlegenes samarbeid.⁴ Mange av aktørene i kommunene sier at *noen* fastleger er gode samarbeidspartnere, og følger opp brukeren på alle måter, mens andre leger er fraværende og har lite eller ingen kontakt med brukerne av psykisk helsetjeneste i kommunen. Samarbeid med *det psykiske helsearbeidet i kommunene* ser i hovedsak ut til å gjelde brukere med alvorlige lidelser, men i følge aktører innen det psykiske helsearbeidet i kommunene, er fastlegene lite involvert i ansvarsgruppemøter og samarbeid om individuell plan (Ådnanes og Bjørngaard, 2006). Den samme studien viste at det er mer samarbeid i mindre og mellomstore kommuner, og det samarbeides i større grad om yngre enn eldre pasienter. Ådnanes, Hatling og Grut (2005) slår fast at samarbeidet mellom fastlegene og *spesialisthelsetjenesten* er svært variabelt, og for dårlig i forhold til intensjonen i

⁴ Studien har benyttet seg av et rapporteringsskjema som er tilsendt kommunen i tillegg til kvalitative intervjuer i samtlige av de 9 kommunene. Informantene er rådmenn/assisterende rådmenn, avdelingsledere, enhetsledere, seksjonsledere, koordinatorene i psykisk helsearbeid, ansvarlig for psykisk helsearbeid for barn og unge, og folk som har ansvar for botilbud, sysselsettingstilbud, aktivitetshus, oppsøkende ungdomsarbeid osv.

fastlegeordningen. Fastlegene som har blitt intervjuet opplever på sin side dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder telefonkontakt, det å få inn pasienter, og det å bistå fastlegen med råd og veiledning. Det ser likevel ut til at fastlegene samarbeider mer med spesialisthelsetjenesten enn de gjør med det psykiske helsearbeidet i kommunene; også her primært om pasienter med tyngre lidelser.

Sentrale faktorer for å få til godt samarbeid virker å være: at fastlegen har *kjennskap* til de som jobber ved spesialisthelsetjenesten, at de har faste møter med dem, og lav terskel for kontakt ved behov. En barriere knyttet til samarbeid som trekkes frem, er manglende betalingsordninger knyttet til generelle møter med samarbeidende instanser (Andersson og Tingvold, 2005).

Oppsummert kan vi si at det i 2006 ble funnet å være et stort forbedringspotensial i fastlegens tilbud og samarbeid med andre tjenester om personer med psykiske lidelser. Verken pasienter, fastleger eller samarbeidende helsetjenester opplevde at fastlegeordningen hadde medført store endringer. Fastlegen var lite aktiv i utredning og oppfølging av personer med psykiske lidelser, og utførte først og fremst sin primære medisinskfaglige rolle. Større tilgjengelighet og fleksibilitet i fastlegeordningen ble etterlyst. Avslutningsvis kan vi si noe om hvilke tiltak som da ble foreslått å kunne bedre kommunehelsetjenestens tilbud til personer med alvorlige lidelser: Bedre samarbeid, økt kompetanse og ansvarsavklaring mellom tjenestene virker sentralt. Det ble konkludert med at bedre samarbeid var viktigst i de store kommunene, mens økt kompetanse var viktigst i de små kommunene. Forskingen fremhevet også behovet for en god relasjon mellom fastlege og pasient, basert på bedre tid og kommunikasjon.

I IS-24 rapporteringen for 2008 spurte vi om kommunen hadde etablert faste samarbeidsrutiner som bidro til at brukernes fastlege ble involvert om det var behov. Svaralternativene var ja eller nei, og det skulle spesifiseres om samarbeidet gjaldt:

- Rutiner for at brukernes kontaktperson/koordinator har kontakt med fastlegen
- Deltakelse på ansvarsgruppemøter
- Annet (spesifiseres i eget felt)

Det var kun 15 kommuner som krysset av for "Nei", altså at de ikke hadde etablert faste samarbeidsrutiner. Dette betyr at omtrent 3,5 prosent av kommunene i 2008 ikke hadde etablert faste samarbeidsrutiner som bidro til at brukernes fastlege ble involvert der det var behov.

72 prosent av kommunene oppgav at de har rutiner for at brukernes kontaktperson/koordinator hadde kontakt med fastlegen, mens 89 prosent oppgav at samarbeidet gjaldt deltagelse på ansvarsgruppemøter. 19 prosent av kommunene oppgav at samarbeidet stort sett foregikk ved at de ringte eller kontaktet fastlegen dersom det oppstod behov for kontakt.

1.3.4 FASTLEGENS INNSATS I PSYKISK HELSEARBEID I 2011

I rapporteringen for 2011 tok vi inn igjen spørsmål knyttet til fastlegens rolle, og vi spurte da representantene for psykisk helsearbeid om følgende:

Har kommunen inngått avtale med én eller flere fastleger om deltakelse i kommunens psykiske helsearbeid? Svar ja eller nei:

Uavhengig av om du svarte ja eller nei på spørsmål 19, beskriv hvordan fastlegene i praksis bidrar i det psykiske helsearbeidet i din kommune (åpent spørsmål).

Basert på svarene vi har fått på det siste spørsmålet, har vi kunnet utvikle nye spørsmål knyttet til fastlegenes bidrag i kommunens psykiske helsearbeid. Se slutten på avsnittet.

På spørsmålet om kommunen har inngått avtale med én eller flere fastleger om deltakelse i kommunens psykiske helsearbeid, svarer 64 prosent av kommunene at de ikke har inngått en slik avtale. 30 prosent svarer ja, mens 6 prosent ikke har svart. Vi har i denne omgang ikke analysert hva som kjennetegner kommuner som svarer det ene eller det andre, men dette vil bli gjort i rapporten som kommer høsten 2013.

På spørsmålet om hvordan fastlegene i praksis bidrar i det psykiske helsearbeidet i kommunen fikk vi mange svar. Hele 385 kommuner har skrevet en kommentar her, og det betyr at vi har svar fra 90 prosent av kommunen.

Basert på disse svarene har vi satt opp en liste over hva representantene fra psykisk helsearbeid mener at fastlegen bidrar med:

- Deltar på ansvarsgruppemøter
- Deltar på faste samarbeidsmøter (ukentlig, hver 14. dag, hver måned etc)
- Medisinsk oppfølging
- Deltar i utviklingsarbeid av tjenestene
- Deltar i veiledning med spesialisthelsetjenesten
- Veileder selv ansatte i psykisk helsearbeid
- Følger opp arbeid i spesialisthelsetjenesten (BUP og VOP)
- Følger opp familiene til psykisk syke
- Deltar i felles behandlingsmøter
- Deltar i psykisk helseteam
- Deltar/leder i kriseteam
- Deltar/leder psykisk støtteteam
- Har faste møter med DPS-ene
- Deltar i omsorgsteam
- Deltar i inntaksteam
- Er tilsynsleger i boliger
- Oppfølging av individuell plan
- Deltar i fagforum for psykisk helse
- Plan- og systemarbeid innen psykisk helse
- Gir råd i rehabiliteringsarbeid
- Deltar i tverrfaglig team for barn

- Er ofte alene med behandlingsansvar
- Gjennomfører hjemmebesøk

Det er altså en lang liste med oppgaver fastlegene fyller i det kommunale psykiske helsearbeidet. Gjennom å gå gjennom alle svarene som er gitt (kortere og lengre tekster), får vi et bilde av dette samarbeidet.

Her følger noen relativt tilfeldig valgte sitat fra representantene fra kommunene som er nøytral eller positiv:

Legene deltar på forskjellige samarbeidsmøter, vi får veiledning når vi ønsker det. Vi har ett tett samarbeid og ofte daglig kontakt (Kommune med ca. 6000 innbyggere).

Fastlegene er delaktig gjennom hele "pasientforløpet" fra råd og veiledning til behandling og rehabilitering. De bidrar ved henvisninger til det kommunale tjenestetilbudet innenfor psykisk helsearbeid så vel som henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Fastlegene er en viktig samarbeidspartner i arbeidet med koordinering av tjenester(IP). (Kommune med rundt 20 000 innbyggere).

Alle fastlegene har en stor andel psykisk helsearbeid i sin ordinære fastlegepraksis, med regelmessig eller sporadisk oppfølging av personer som har alvorlig psykisk lidelse. Noen pasienter følges opp med felles samtaler hvor også ansatte ved tiltakssenteret, psykisk helse og rus er med i samtalen. Telefonkontakt med ansatte i boliger psykisk helsevern i bydelen eller tiltakssenteret, kontakt med DPS og akutt teamet ved DPS (Stor bydel).

Psykisk helse for barn/unge: Fastlegene bidrar med å henvise til både oss som lavterskeltilbud og til spesialisthelse. Opplever at de ønsker samarbeid med oss og at vår kompetanse er et ønsket og nyttig supplement til deres kompetanse. Nærheten gjør også at vi kan møtes om ønskelig. Psykisk helse voksne: Avdelingen har utstrakt samarbeid med fastleger i forhold til oppfølging av våre pasienter. De deltar på ansvarsgruppemøter, løpende kontakt i forhold til medisinerer samt samarbeid rundt opphold på institusjon. Samarbeidet med fastlegene rundt pasientene vurderes som bra i vår kommune. (Kommune med rundt 20 000 innbyggere).

Legene bidrar ved å delta i Ansvarsgrupper på forespørsel. De er greie å samarbeide med og er inne i flere av våre enkeltsaker. De setter alltid av tid i forbindelse med faste møter med Psykiatrisk poliklinikk. Vi administrerer medisiner og har et tett samarbeid ang oppfølging av enkeltpasienter. I hverdagens travelhet blir det vi i psykisk helse som sørger for å organisere det meste av samarbeidet og ta ansvar for at det skjer. Vi får en god del henvisninger fra legene og har faste rutiner på tilbakemeldinger. Vi har også mange felleskonsultasjoner med lege og pasient. (Kommune med ca. 4 000 innbyggere).

I følge kommuneoverlege dreier ca. halvparten av fastlegenes arbeid seg om psykiske helseplager. Vår kommune har egen praksiskonsulent som jobber med å styrke kvaliteten på psykisk helsevernarbeid blant fastlegene. (Kommune med over 50 000 innbyggere).

Fastlege/kommunelegen sitter i fagråd rus og psykisk helse. Gir veiledning til koordinator rus & psykiatri og til psykisk helsearbeider som jobber med barn og unge og er på helsestasjonen. (Kommune med ca. 2000 innbyggere).

Det er betydelig færre av dem, men noen svar er også mer negativt ladet:

Fastlegene benytter i liten grad kommunal psykiatritjeneste. (Kommune med ca. 4 000 innbyggere).

Det er svært varierende. Noen er engasjerte og samarbeider godt og møter på ansvarsmøter. Mens andre deltar i liten grad. (Kommune med 30 000 innbyggere).

Ein kommunal legestilling, ingen avtaleheimlar i kommunen. Psykiatriske problemstillinger har ikkje høg prioritet i praksisen. (Liten kommune med ca. 1 000 innbyggere).

I fht. samarbeidet med psykisk helsearbeid for voksne er det kommunens erfaring at fastlegene bidrar i svært liten grad. Det oppleves sjelden at legene involverer psykisk helsearbeid i tilbudet til pasienten utover det som omhandler medikamentadministrasjon. (Kommune med litt færre enn 10 000 innbyggere).

Representantene fra kommunen er altså både nøytral, positiv og negativ til samarbeidet og involveringen fra fastlegene.

Hovedinntrykket er klart at de fleste som har svart har et godt samarbeid med fastlegene. Det er relativt få som har kritiske innspill i forhold til fastlegens involvering, fastlegens tilgjengelighet og fastlegens kompetanse selv om spørsmålet er stilt såpass åpent. Dette er svært interessant, særlig basert på funnene i evalueringen av fastlegereformen og evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk syke som er vist til i kapittel 1.3.3.

Basert på det vi har fått vite fra 2011-rapporteringen, har vi formulert følgende spørsmål som skal inn i IS-24 for 2012 rapporteringen:

Har kommunen inngått avtale med én eller flere fastleger om deltakelse i kommunens psykiske helsearbeid? (Ja/nei)

Uavhengig om du svarte ja eller nei på spørsmål 29, i hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helsearbeid i kommunen?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- I svært liten grad

Hvordan opplever dere utviklingen i graden fastlegene henviser til psykisk helsearbeid de siste årene?

- Sterkt økende grad
- Noe økende grad
- Som før
- Noe avtagende grad
- Sterkt avtagende grad

Ta stilling til følgende påstander om fastlegenes involvering i psykisk helsearbeid:

	Helt enig	Delvis enig	Verken enig/uenig	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke
Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle sakene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegene i kommunen bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykiske lidelser og problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasientene/brukerne er generelt godt fornøyd med hjelpen de får fra fastlegen sin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegene i kommunen har god kompetanse til å følge opp mennesker med psykiske lidelser og problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlegene er våre viktigste støttespillere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generelt har psykisk helsearbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I tillegg får respondentene mulighet til å gi en åpen kommentar til samarbeidet med legene i kommunehelsetjenesten.

1.3.5 OPPSUMMERT OM FASTLEGENS ROLLE I PSYKISK HELSEARBEID

Hovedinntrykket er at de fleste representantene fra kommunalt psykisk helsearbeid som har beskrevet hvordan fastlegene i praksis bidrar i arbeidet, har et godt samarbeid med fastlegene. Det er relativt få som har kritiske innspill i forhold til fastlegens involvering, fastlegens tilgjengelighet og fastlegens kompetanse.

Selv om dette kvalitative datagrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å si noe om utviklingen i samarbeidet om pasienter med psykiske lidelser og vansker i kommunene, tyder datagrunnlaget på at fastlegene er godt involvert i denne pasientgruppen og at de bidrar mye i kommunens psykiske helsearbeid.

I rapporteringen for 2011 har vi fått frem en bredde i innsatsen til fastlegen i kommunalt psykisk helsearbeid. I rapporteringen for 2012 vil vi kartlegge i hvilken grad fastlegen henviser til psykisk helsearbeid og spørre direkte om hvordan samarbeidet med fastlegene har utviklet seg de siste årene. Vi vil også undersøke om det er observerbare kjennetegn ved kommunene i forhold til hvor involvert fastlegen er i forhold til individuelle saker, utviklingsarbeid i tjenestene, tilgjengelighet, opplevd kompetanse hos fastlegen og mer.

1.4 RESULTAT FRA KARTLEGGING AV HOVEDUTFORDRINGER I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID I 2012

I arbeidet med skjema utviklingen for rapportering av 2011-tallene, foreslo vi at skjemaet skulle gi mer rom for kvalitativ datainnhenting på utvalgte spørsmål. Vi ville særlig ha med spørsmål om hvilke utfordringer som oppleves innen feltet psykisk helsearbeid nå. Vi la dette inn helt bakerst i rapporteringsskjemaet og formulerte spørsmålet slik:

Hva er de viktigste utfordringene i psykisk helsearbeid i din kommune i forhold til fag, brukere, organisering, lovverk og lignende?

Feltet de skulle skrive i ga rom for mye tekst og vi har fått mange svar. Nesten alle kommunene har svart på dette spørsmålet og det gir derfor et godt grunnlag for å gi en oppsummering av tilbakemeldingene.

Vi gikk igjennom alle svarene og kodet de etter hva de handlet om. Det var i alt nærmere 40 koder, som i neste runde ble redusert til rundt 20 koder. Disse er igjen samlet i følgende fire hovedkoder:

- Brukerne/pasientene
- Ansatte
- Oppgavene
- Rammebetingelsene

Vi har systematisert alle svarene og det gjør oss i stand til å oppsummere de viktigste punktene under hver av hovedkategoriene.

1.4.1 BRUKERNE/PASIENTENE – ØKT ETTERSPØRSEL OG KREVENDE BRUKERGRUPPER

Mange kommuner melder om en sterk økning i antall henvisninger til psykisk helsearbeid. Dette kan ha mange årsaker:

- Befolkningen generelt har lavere terskel for å søke hjelp for sine psykiske lidelser
- Tjenestene begynner nå å bli kjent for mange aktører og etterspørselen øker
- Raskere utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og dermed flere pasienter tidligere til kommunene

Fra 2010 til 2011 rapporteres det om en svak nedgang i antall behandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten (Samdatarapport, 2012, IS-2009). Antall oppholdsdøgn fortsetter å synke og fra 2010 til 2011 er nedgangen på tre prosent. Sett på bakgrunn av en fortsatt vekst i antall innbyggere 18 år og eldre (1,6 prosent), holder bare den polikliniske virksomheten tritt med befolkningsveksten (ibid). Det ser altså ut som kommunene har rett når de melder om at det er færre som får hjelp fra spesialisthelsetjenesten og at de dermed har behov for et omfattende kommunalt tilbud. Samdatarapporten konkluderer også med at:

Det er fortsatt store forskjeller i behandlingstilbudet mellom ulike områder, både målt ved rater for utskrivninger, oppholdsdøgn, konsultasjoner ved offentlige poliklinikker, konsultasjoner hos avtalespesialistene, og antall behandlede pasienter innenfor hver av tjenestene.

Vi observerer også at dette stemmer med tilbakemeldingene fra kommunene – det er store problemer i noen kommuner, mindre i andre. De kommunale tjenestene må forholde seg til at det er ulik tilgang til spesialisthelsetjenestene, og må sørge for å hjelpe særlig de som ikke får annen hjelp.

Noen kommuner sier at det har vært en så sterk økning i etterspørselen at de har måttet opprette ventelister. En av disse kommunene sier også at det er:

"Vanskelig å avvise og avslutte klienter da det kommunale psykiatriske tilbud er det eneste tilbudet. Lavterskeltilbudet er vanskeligere å imøtekomme i dag enn tidligere. Samhandlingsreformen antas å ville utgjøre en enda vanskeligere arbeidssituasjon" (relativt liten kommune på Østlandet).

I tillegg til at kommunene opplever en sterk økning i etterspørselen etter tjenestene, rapporterer de om spesielle utfordringer knyttet til følgende bruker/pasientgrupper:

- Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP)
- De med alvorlige og omfattende lidelser som kommunene mener spesialisthelsetjenesten i større grad må hjelpe eller beholde lenger
- Unge mennesker med svært sammensatte behov
- Personer som ikke er i stand til å ta i mot tilbud (dårlige pasienter som takker nei til tilbud i spesialisthelsetjenesten og som ikke fyller kriteriene for tvangsinnleggelse, de som er for dårlig til selv å ta kontakt)
- Ressurssvake familier, fattigdom og sosial ulikhetsforsterkninger gjennom helse
- Flyktninger, asylsøkere og bosatte fra krigsherjede land
- Barn og unge (overgang grunnskole til videregående skole, adferdsvansker etc., ungdom som faller mellom barne- og voksentjenester, tidlig nok inn i saken og gi langvarig oppfølging til unge).

Selv om mange kommuner sier de opplever en økning i ulike brukergrupper, er det ikke et tilstrekkelig datagrunnlag til å si hvilken brukergruppe som øker mest i kommunene. Det finnes foreløpig ikke et godt nasjonalt datagrunnlag for å følge med på utviklingen av denne gruppen brukere i kommunene.

Den aller hyppigste kommenterte gruppen er likevel de med samtidige ruslidelser og psykisk lidelse, en kommune sier det slik:

"De største utfordringene er økning av alvorlige saker med sammensatt problematikk, økonomi, rus, psykiske plager m.m. Dette gjelder barn og unge hvor antall nye henvendelser øker. Dette krever tett oppfølging, koordinering og bruk av ressurser i mange avdelinger. Metodevalg, ressurser og riktige tiltak for å skape mestring og endring er utfordrende. Det er faglige utfordringer i alvorlige saker der spesialisthelsetjenesten (rus og psykisk helsevern) ikke blir enige om hvem som er ansvarlig for tjenestetilbud, behandling og avklaringer, og saken havner tilbake i kommunene." (Relativt stor kommune i Midt-Norge).

1.4.2 UTFORDRINGER FOR KVALITETEN I TJENESTETILBUDET

Selv om mange mener det har skjedd mye bra med tjenestene til personer med psykiske lidelser gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse, opplever kommunene relativt store utfordringer knyttet til kvaliteten i tjenestene. Noen henviser direkte til kvalitetsbegrepet, mens andre er mer indirekte og snakker om hva som er de reelle manglene i tilbudet:

- Mangelfull boligsituasjon (meldes om økende behov for heldøgns omsorgsbolig, andre boliger med eller i nærhet til døgnbemanning, botilbud til mennesker med ROP-lidelser, bofellesskap)
- Mangelfullt samarbeid og felles forståelse av lovverk, roller og ansvar med spesialisthelsetjenesten
- Vanskelig å få til god brukermedvirkning
- Vanskelig å få til et godt nok dag- /aktiviseringstilbud og en meningsfull hverdag
- Manglende kompetanse knyttet til ROP-lidelser
- Mangler kartleggingsverktøy for å utvikle gode handlingsplaner knyttet til flere grupper
- Mangler ressurser nok til å følge økningen i etterspørselen

Det er svært ulikt hvor langt ulike kommuner har kommet på disse punktene, men det synes som de fleste kommunene har kvalitetsutfordringer knyttet til disse punktene i større eller mindre grad. Det siste punktet med manglende ressurser går igjen i svært mange kommuner.

En kommune illustrerer problematikken på en god måte med følgende utsagn:

"Brukernes problemstilling er ofte omfattende og en ser at den første tiden av oppfølgingen må brukes til å få ordnet opp i boligforhold, økonomi og aktivitet i hverdagen. Først når det er på plass kan enn begynne å fokusere på den psykiske helsen". (Middels stor kommune i Nord-Norge).

1.4.3 UTFORDRENDE SAMHANDLING

Svært mange kommuner peker på generelle utfordringer i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, og det virker som dette er vanskelig på flere måter. En kommune sier det slik:

"Vi har noen utfordringer med samhandlingsreformen, som fører til at spesialisthelsetjenesten skriver ut flere brukere til kommunen, og at kommunen må ha tettere oppfølging og høyere faglig kompetanse på brukeren. Opplever også ofte manglende informasjon og informasjonsflyt fra spesialisthelsetjenesten til kommunen på brukeren. Våre viktigste utfordringer er også å få hjelp av spesialisthelsetjenesten og fastlegene når brukerne blir så dårlige at de trenger akutt innleggelse eller behandling i institusjon eller poliklinikk" (Relativt stor kommune i nærheten av Oslo).

Andre ser litt andre utfordringer:

"Stor usikkerhet i forhold til samhandlingsreformen og psykisk helse. Utfordringer når det gjelder nedleggelse av tilbud i spesialisthelsetjenesten - døgnplasser på DPS, ettervernshjem". (Bydel i stor kommune).

Noen ser på videreutviklingen knyttet til dagens samarbeid som utfordrende:

"Videreutvikling av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er en utfordring for tjenestene både i forhold til barn og unge og i forhold til voksne" (Bydel i stor kommune).

Andre skriver bare at de har utfordringer i samhandling med DPS og sykehus, at ventetiden ved poliklinikkene skaper problemer, eller de spesifiserer hva de trenger hjelp til:

"Kommunen har størst faglige utfordringer i forhold til unge alvorlig syke, med behov for mye hjelp og behandling. Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i slike tilfeller kunne vært bedre." (Relativt liten innlandskommune)

Fra en liten kommune langt nord sier de at hovedutfordringen deres er at det er:

"Vanskelig å få til et godt likeverdig samarbeid med spesialisthelsetjenesten" (Relativt liten kommune i Nord-Norge).

En annen stor kommune i nærheten av hovedstaden er opptatt av følgende:

"Finansieringen/kostnadene/oppmerksomheten knyttet til liggedøgn under behandling og liggedøgn etter behandling i sykehus, kan overskygge psykisk helsearbeid i kommunen i vid forstand." (Stor kommune i nærheten av Oslo).

En stor kommune lenger sør sier det slik:

"Samarbeid og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er en utfordring. Å finne gode systemer sammen med spesialisthelsetjenesten for å ivareta barn av psykisk syke er en utfordring".

Noen kommuner trekker også frem at samhandlingen internt i kommunen kan også være utfordrende:

"Hovedutfordringen i forhold til organisering er samhandlingen på tvers av virksomhetene. Det arbeides med å få til god samhandling, koordinering og ressursutnyttelse mellom tjenester rettet direkte mot brukergruppen, som bo-tjenester, dagsenter og ambulant team." (Middels stor kommune sentralt på Østlandet).

1.4.4 BEHOV FOR MER/ANNEN KOMPETANSE

Mange kommuner melder om behov for mer kompetanse i tjenestene. For noen kommuner kan det være behov for psykiatrisk sykepleier, mens andre har behov for flere personer med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Aller flest kommuner melder om behov for psykologkompetanse. Det er flere årsaker til at kommunene ser stort behov for å få ansatt psykologer:

- Utredning og behandling av både barn, unge og voksne
- Veiledning og bistand inn i tverrfaglige team

Det kan også se ut som behovet for psykologer i kommunene er økende mange steder av ulike årsaker. Noen årsaker er at:

- Brukere får stadig større behandlingsbehov fordi de skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere
- Det er uenighet med spesialisthelsetjenesten i forhold til behovsvurdering, kommunen må få styrket kompetanse for å kunne argumentere i mot
- Flere påpeker at dette behovet har økt fordi kommunene bør være i stand til tidlig diagnostisering for å få til tidlig oppfølging og godt forebyggingsarbeid.

En kommune oppsummerer det slik:

"Det er et økende behov for å styrke kompetansen i kommunene med psykologstillinger, slik at barn og unge kan få tidlig og rask utredning og hjelp, før problemene utvikler seg til alvorlige lidelser som trenger behandling i spesialisthelsetjenesten. Med samhandlingsreformen er dette et klart mål. Det skal forebygges mer for å behandles mindre, og mer skal gjøres ute i kommunene. Psykologene har høy kompetanse på psykisk helse og myndighet til å utrede, vurdere, diagnostisere og behandle psykiske lidelser og er derfor en viktig samarbeidspartner i forhold til fastlegene og spesialisthelsetjeneste" (Relativt stor innlandskommune, sentralt).

I tillegg til mangel på psykologer, er det flere kommuner, og kanskje særlig mindre kommuner som rapporterer at brukergruppen er så heterogen at det er vanskelig å ha god nok kompetanse på alle områder. Det er et bredt spekter av mange ulike komplekse behov som skal møtes fra mange brukere. Mange kommuner melder at den største utfordringen deres er å skaffe og holde på kompetanse.

En god del av respondentene er inne på dette med kompetanseutvikling, og utfordringen er kanskje større jo mindre sentralt kommunen ligger:

"Ofte er større kurs lagt til Sør-Norge og det blir vanskelig å delta da utgiftene blir for høye." (Relativt liten kommune i nord).

Det er mange kommuner som sier noe tilsvarende og de ønsker flere regionale samlinger i regi av Helsedirektoratet for å få mer informasjon om hva som forventes i forbindelse med Samhandlingsreformen, hva lovendringene innebærer og hva som finnes av sentrale hjelpe- og virkemidler (som for eksempel kartleggingsverktøy, kurs i bruk av veiledere etc.).

1.4.5 ØNSKE OM Å FÅ TIL ØKT FOKUS PÅ FOREBYGGING

Som nevnt innledningsvis har kommunen fått nye oppgaver i forbindelse med Samhandlingsreformen. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) gir også fra 1.1.2012 kommunene store oppgaver knyttet til folkehelsearbeidet. Kommunene opplever at forebygging er en riktig prioritering, og tjenestene innen psykisk helsearbeid opplever at de har fått et stort ansvar. Samtidig oppleves det som vanskelig å få til denne vridningen.

En relativt liten kommune på Nord-Vestlandet sier det slik:

"Lettere å ta vekk stillinger i forebyggende arb./terapi enn fast personell i boliger."

Enkelte kommuner skriver at det er utfordrende å få til tidlig intervensjon og forebyggende helsearbeid generelt, mens andre fremhever tidlig forebyggende innsats rettet mot barn og unge og sekundærforebygging/hjelp til selvhjelp.

Andre er mer opptatt av å få til forebyggende gruppebehandling, gjerne med påfølgende selvhjelpsgrupper. Individrettede og gruppebaserte dag- og fritidstilbud beskrives også som viktige forebyggingstiltak, men samtidig er dette noe av det som er utfordrende for mange å få til med de ressursene de har.

Mange melder også om stort behov for å styrke tjenestene rettet mot skolene:

"Det er også stort behov for å styrke skolehelsetjenesten, som er dårlig bemannet i forhold til å ivareta både lovpålagte oppgaver og elevenes behov for et lavterskeltilbud." (Relativt stor innlandskommune, sentralt).

Det knyttes relativt sterkt opp til ressursargumentet når kommunene snakker om utfordringene med å få til forebygging:

"Fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid er en utfordring når det ikke er øremerkede midler til dette". (Stor kommune i Sør-Norge).

1.4.6 UTFORDRINGER FOR SMÅ KOMMUNER

Mer enn halvparten av kommunene i landet har under 5000 innbyggere. Dette betyr at det er mange kommuner som har store utfordringer som ikke er så relevant for de større kommunene. Vi har samlet alle innspillene fra kommunene og forsøkt å gruppere de i noen hovedpunkter:

- Kombinasjonen stort areal og få innbyggere gir store utfordringer i forhold til utbyggingsmuligheter, reisetid med mer
- Små enheter og små fagmiljø er utfordrende på alle måter, rekrutteringsproblemer og sårbarhet
- For få til å bygge opp gode heldøgnsstilbud
- Krevende å få på plass et godt tilbud til de med alvorlige lidelser
- Lang vei til spesialisthelsetjenesten gir store krav til små kommuner
- Kan være utfordrende for brukerne å bo i små, gjennomsiktige kommuner
- Utfordringer i å utvikle og tilby aktivitetstilbud/variasjon i en liten kommune
- Små kommuner kan ha begrenset med forebyggende tiltak å sette inn

En liten kommune i Midt-Norge sier det slik:

"Liten brukergruppe med stort spenn i alder og funksjonsnivå gir begrensede muligheter til å bygge opp ulike sosiale tilbud/ aktivitetstiltak på gruppenivå. Må tenke mye mer individuelt".

Den høye graden av gjennomsiktighet i småkommuner byr også på utfordringer:

"I små kommunar vil og taushetsbelagte opplysningar være ei utfordring når ein skal fremme tenesta. Det er vanskeleg å anonymisere problemstillingar i forhold til veiledning, fremming av politiske saker m.m." (Liten kommune i Sør-Norge).

Både små og store kommuner er frustrert over omfattende rapportering og kontroll:

"Videre kunne jeg ønske en verden av mindre papir; kontroller/rapporteringer og målinger på skjema, og større fokus på ideologi, etikk og verdier." (Relativt liten kommune langt sør).

1.4.7 DET MANGLER RESSURSER

Knappe økonomiske rammer går igjen i forbindelse med de fleste av utfordringene som møter de kommunale tjenestene som skal ta seg av mennesker med psykiske lidelser. Innspillene handler i hovedsak om følgende forhold:

- Mange komplekse arbeidsoppgaver fordelt på få ansatte
- Ressursknapphet i forhold til registrerte behov og etterspørsel i befolkningen
- Voksende brukergruppe, men ikke økte ressurser
- Arbeidet er vanskelig å måle og kan lett bli en salderingspost ved budsjettforhandlinger
- Dårlig kommuneøkonomi gir nedskjæringer

En stor bykommune sier det slik:

"Vi må prioritere svært strengt og har kø av utskrivningsklare fra psykisk helsevern."

Mange tjenester/kommuner ser ut til å bruke svært mye av de tilgjengelige ressursene på denne typen pasienter, og dette er sannsynligvis knyttet til forventet innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter også fra psykiatrien (foreløpig innført kun for somatiske pasienter).

1.5 OPPSUMMERING

Knappe ressurser gjør at det er vanskelig å få prioritert forebyggende arbeid innen kommunalt psykisk helsearbeid. Dette har tydelig sammenheng med at kommunene må bruke det meste av ressursene sine på svært syke pasienter som kun får korte opphold i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke øremerkede midler til forebyggende arbeid, det mangler psykologer som kan gå tidlig inn å diagnostisere og det er vanskelig å synliggjøre aktiviteten slik at tiltakene rammes hardt ved budsjettkutt.

Med en null-økning i ressursinnsatsen målt med antall årsverk fra 2008 til 2012 er det sannsynlig at tjenestene opplever økonomiske utfordringer når de samtidig opplever sterk økning i etterspørselen og krevende brukergrupper med behov for omfattende tjenester. Dette gir et dårlig grunnlag for å få til satsing på forebyggende helsearbeid og det er sannsynligvis nødvendig å vurdere å øremerke midler til forebygging om det skal være mulig for kommunene å prioritere dette arbeidet. De som arbeider i tjenestene og ser store behov hos brukerne, opplever i mange kommuner at de må slåss for å beholde ressursene de har og at de kommer til å tape ressurskampen mot økende behov i eldreomsorgen og sterke økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen for å få kommunene til å prioritere utskrivningsklare pasienter i somatikken.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/2011, og inneholder til sammen 33 kvantitative og kvalitative variabler. I dette kapitlet redegjør vi for datagrunnlaget som ligger til grunn for de analyser som er framstilt i rapporten. Datainnsamling og kvalitetskontroll av dataene beskrives detaljert i det følgende.

2.1 INNLEDNING

Kommunenes rapportering til Helsedirektoratet gjennom IS-24 de enkelte år, gir en unik mulighet til å følge utviklingen i samlet ressursinnsats fordelt på tjenester til hhv. voksne og barn og unge, tiltakstype og personellens utdanningsnivå - over tid og på tvers av finansieringsordninger. Vi kjenner ikke til andre land i verden som har tilsvarende data på psykisk helsearbeid i lokale tjenester.

Psykisk helsearbeid i kommunene er rettet mot mennesker med psykiske vansker og lidelser uavhengig av alder. Hensikten med tiltakene i det psykiske helsearbeidet er å bidra til mestring og bedring for den enkelte, deres familier og nettverk. Tiltakene skal være rettet mot konsekvensene av de psykiske vanskene/lidelsene. Årsverk skal kun telles dersom hovedårsaken til at brukeren mottar tjenesten eller tiltaket er psykiske vansker eller lidelser. Denne avgrensingen ble gjort første gang i 2008-rapporteringen.

Det primærforebyggende arbeidet skal ikke inkluderes i rapporteringen. Primærforebygging betegnes også som universelle eller generelle tiltak. Dette er tiltak som rettes mot hele befolkningen eller store grupper i et område, med sikte på å forebygge mulige vansker og lidelser før de oppstår.

Tiltak og årsverk rettet mot beboere med psykiske vansker/lidelser i institusjon skal ikke telles med. Tjenester til mennesker med demens skal heller ikke inkluderes i rapporteringen.

Enkelte brukere har psykiske vansker i kombinasjon med andre problemer, som funksjons-/utviklingshemninger, rusmisbruk eller psykisk utviklingshemming. Andre har psykiske vansker på grunn av psykososiale belastninger, økonomiske problemer eller problemer på skole- og arbeidsplass. For disse er det bare tjenester rettet inn mot deres psykiske vansker/lidelser som skal regnes med.

Betinget av grundig datakontroll, er dette sannsynligvis den beste måten å innhente datagrunnlaget for psykisk helsearbeid på i dagens system. I den nye helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30), er kommunenes ansvar spesifisert til å omfatte alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Om KOSTRA videreutvikles til heller å omfatte brukergrupper enn tjenester, eller psykisk helsearbeid blir egne definerte enheter i kommunenes system, vil det være naturlig å integrere IS-24-rapporteringen i KOSTRA.

Når data skal brukes til å gjøre nasjonale anslag er det viktig å undersøke de store kommunene først fordi de står for den største andelen av data og dermed den største potensielle feilkilden. For at det skal være mulig å gjøre analyser av data på kommunalt nivå er det viktig å prioritere alle kommunene like høyt i kvalitetskontrollen. Målefeil i data kan bidra til feilaktige slutninger om årsverksinnsats og kommunale

kjennetegn, og resultater fra tverrsnittsanalyser er spesielt følsom for ekstreme observasjoner. Dette er grundig gjennomgått i kapittel 8.

Selv om datakontrollen gjennomføres på en grundig og systematisk måte, er tallene basert på *anslag* og *skjønnsmessige vurderinger* fra mer enn 430 forskjellige kommuneansatte. I store kommuner er det mange personer som bidrar i rapporteringen fra de enkelte tjenestene. Det er opplagt at ikke alle 430 kommuner tolker veiledningen og praktiserer rapporteringen likt. Dette må vi være bevisst på enhver tolkning av resultater fra datamaterialet. Gjennom datakontrollen har vi opplevd at flere kommuner ønsker seg et skjema med større rom for å beskrive nyanser når kategoriene ikke passer. Det er også behov for å innhente informasjon knyttet til kvalitet i tjenestene – ikke bare kvantitet. Mange kommuner melder også tilbake til oss at de har behov for å formidle noe mer fra tjenestene enn kun årsverksinnsatsen. I revideringen av rapporteringsskjema for 2011 er disse behovene forsøkt hensyntatt, og skjemaet er utvidet til å kunne fange opp mer av det kvalitative innholdet i tjenestene. Rapporteringen synes nå så veletablert at vi mente det var mulig å innhente mer informasjon gjennom samme datainnsamling. Denne endringen har ført til mye mer informasjon om tjenestene og i kapittel 1 gikk vi blant annet gjennom det kommunene rapporterte som hovedutfordringer for tjenestene rettet mot mennesker med psykiske lidelser og problemer.

2.2 DATAINNSAMLING

I perioden 2000-2008 har kommunene rapportert på bruk av øremerkede midler i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse. Fra og med 2007 skulle de også rapportere på totalinnsatsen innen psykisk helsearbeid, altså uavhengig av finansieringen, slik at IS-24 inneholdt rapportering både på bruk av øremerkede midler (Rapporteringsskjema 1) og på totalinnsatsen (Rapporteringsskjema 2). 2008 var siste året kommunene rapporterte på begge skjemaene.

Rundskriv IS-24/2011 er vedlagt rapporten og inneholder skjemaet "Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid, rapportering 2011" som kommunene skulle fylle ut for en representativ uke i 2011.

Frist for innsending av rapportering for 2011 ble satt til 15. februar 2012. Alle utfylte skjema skulle undertegnes/være klarert av rådmann/administrasjonssjef. Rapporteringen foregår elektronisk ved at den enkelte kommune laster ned et Excel-skjema fra nettsidene til Helsedirektoratet, fyller ut og sender det til Fylkesmannen. Rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen samler rapporteringen fra de enkelte kommunene og kontrollerer tallene så langt det er mulig, før de videresendes til Helsedirektoratet. Rådgiverne har egne kontaktpersoner i kommunene som forestår utfyllingen av skjema.

Streik i offentlig sektor over flere uker midt i perioden der vi sendte ut spørsmål til kommunene/Fylkesmannen, gjorde at svarfristen måtte forskyves. For kommunene i det siste fylket som ga tilbakemelding på spørsmålene våre kom svaret fredag 22. juni. Da var det fortsatt noen kommuner som ikke hadde besvart gjentatte henvendelser fra Fylkesmannen og SINTEF. Etersom dette ikke lenger er en lovpålagt rapportering i kommunene, er det vanskelig å vurdere når man skal gi seg med "masingen" om å rapportere eller svare på spørsmål fra oss. Prioriterer de ikke å svare kan vi ikke annet enn å respektere det. Få personer i kommunene kan svare direkte på telefon i forhold til utvikling mellom 2010 og 2011, og da går gjerne tiden før man får en tilbakemelding (om den i det hele tatt kommer). I kontrollen av 2011-tallene har det vært en særlig utfordring at 16 kommuner i Nordland ikke har

rapportert tall. I disse kommunene har vi valgt å sette inn tallene for 2010 – da vi vurderer at dette gir et bedre estimat for 2011 enn f.eks. å gjøre en ekstrapolering basert på KOSTRA-gruppe eller kommunestørrelse. Det er også én kommune i Finnmark og én kommune i Nord-Trøndelag som ikke ønsket å rapportere, og de er dermed også representert med 2010-tall.

SINTEF mottok data fra kommunene via Helsedirektoratet i mai og juni og vi gjennomførte i denne perioden grundig kvalitetskontroll av tallene. Vi går gjennom tallene både manuelt, gjennom automatiske kontroller, ved å koble på andre datakilder, sammenlikne kommuner etter ulike grupperinger og gjennom utvalgte analytiske tester. Spørsmålene til kommunene grupperes fylkesvis og sendes til rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen. De kontakter sine kontaktpersoner i kommunene, og enten får vi svar direkte fra de enkelte kommunene, eller samlet fra rådgiveren hos Fylkesmannen. SINTEF gjør nødvendige korrigeringer basert på tilbakemeldingene og sammenstiller tallene. Foreløpige tall og et notat ble oversendt til Helsedirektoratet 28. juni 2012. I tillegg ble nasjonale tall og utvikling presentert i dette notatet. Endelige tall ble oversendt 1. september 2012, sammen med et notat som oppsummerte funn i kvalitetskontrollen. Vi vektla her de kvalitative tilbakemeldingene fra de mange kommunene vi snakket med i prosessen. Notatet ble senere distribuert fra Helsedirektoratet til alle rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen.

For å begrense rapporteringsbyrden for kommunene, og for å hindre direkte dobbelrapportering i forhold til KOSTRA, er det en del avgrensninger for hva som skal rapporteres. Dette er uendret fra 2008. F.eks. er ikke primærforebyggende arbeid inkludert i datagrunnlaget. Primærforebygging defineres, i følge veiledningen til rapporteringsskjema, som universelle eller generell tiltak. Dette er tiltak som rettes mot mulige vansker og lidelser før de oppstår, for eksempel nettverksbygging, styrking av samspill og tilknytning og fritids- og aktivitetstilbud til ungdom. Datamaterialet vi presenterer i denne rapporten inkluderer ikke allmennlegetjenesten, fysioterapitjenester, barnevernets innsats eller barnehage-/skoleinnsats. Innsats overfor målgruppen innen institusjoner eller merkantilt personale inngår ikke.

Det har vært vurdert å inkludere denne rapporteringen i KOSTRA-rapporteringen til Statistisk sentralbyrå. Hovedårsaken er at psykisk helsearbeid ikke typisk foregår i en enkelt tjenesteenhet i kommunene. Dette er årsverk knyttet til tjenester og tiltak som er spredt mellom en rekke tjenester. En stor andel av årsverkene ligger for eksempel under pleie- og omsorgstjenester, og rapporteres allerede i KOSTRA, selv om det der ikke spesifiseres at dette er en del av kommunes psykiske helsearbeidstjenester. Spredningen på flere tjenester vanskeliggjør rapporteringen, og kommunene kan ikke enkelt plukke dette ut av sine systemer og rapportere entydige tall. Derfor må tallgrunnlaget baseres på anslag. Helsedirektoratet, i samarbeid med Fylkesmannen, har bestemt at det er fagpersonene i psykisk helsearbeid i kommunene som har det beste grunnlaget for å gjøre disse anslagene, og ikke administrativt personell som har ansvaret for kommunal rapportering generelt. Om rapporteringen baseres på anslag og beregnet ressursinnsats fra fagpersoner innen psykisk helsearbeid, kan det være store fordeler med å beholde en særreportering fra tjenestene. Dersom kommunene i større grad organiserer tjenestene til mennesker med psykiske lidelser i egne enheter, vil det være lettere å inkludere denne rapporteringen i KOSTRA som en egen funksjon. Vi ser foreløpig ikke store endringer, men vi tror at på sikt vil mange kommuner velge å organisere tjenester og tiltak til brukere med psykiske problemer og rusproblemer i felles selvstendige tjenester. Se nærmere om dette i kapittel 5.

2.3 KVALITETSKONTROLL AV DATAGRUNNLAGET

SINTEF har gjennom tidligere prosjekter om psykisk helsearbeid i kommunene, utviklet en egen metode for kvalitetskontroll av datagrunnlaget. Denne metoden er også benyttet her og i hovedtrekk inneholder metoden følgende faser:

1. Automatisk og manuell gjennomgang av data for å avdekke feil og unaturlig variasjon
2. Utarbeidelse av korreksjonslogg for hvert fylke
3. Utsendelse av spørsmål til kommunene via Fylkesmannen.

Spørsmålene formuleres på ulike måter avhengig av hva datakontrollen avdekker. Følgende eksempler er et tilfeldig utvalg av flere hundre spørsmål formulert på tilsvarende måte til kommunene:

- [NAVN på kommune] har fordelt 17.8 årsverk på tiltak, men har fordelt 22.6 årsverk på ulike utdanningsgrupper. Denne summen skal stemme. Fordel resterende årsverk
- [NAVN på kommune] har rapportert 5.6 årsverk fordelt på tiltak for barn og unge, men har fordelt bare 1.6 årsverk på ulike utdanningsgrupper for barn og unge. Hvor skal de resterende årsverkene?
- [NAVN på kommune] har hatt relativ sterk økning i antall voksne mottakere av støttekontaktjenester. [Fra 31 i 2010 til 41 i 2011]. Er dette en reell økning eller gjøres anslagene på en annen måte?
- [NAVN på kommune] har hatt sterk nedgang i antall voksne mottakere av støttekontaktjenester. [Fra 462 i 2010 til 225 i 2011]. Er dette en reell reduksjon eller gjøres anslagene på en annen måte?
- [NAVN på kommune] har en sterk økning i årsverksinnsatsen [fra 21 til 40]. Hva skyldes denne økningen?

Fylkesmennene får en oppsummering av kommunene i sitt fylke og skal gi tilbakemelding på dette. Eks: "Kommunene i [NAVN på fylke] rapporterte i 2010 totalt 294 årsverk. For 2011 er det rapportert totalt 247 årsverk. Dette betyr en nedgang på 16 prosent. Stemmer dette med ditt inntrykk av utviklingen? [Årsverk for voksne: Fra 228 til 187 årsverk i 2011. Dette betyr en nedgang på 18 prosent. For årsverk for barn og unge ble det i 2010 rapportert totalt 65 årsverk, mens det i 2011 ble rapportert 60 årsverk. Dette betyr en nedgang på 8 prosent for årsverk til tjenester og tiltak for barn og unge]." Dette gjøres systematisk for alle fylker.

I tillegg stiller vi alle rådgiverne hos Fylkesmannen noen felles spørsmål. I 2012-kontrollen (av data for 2011) stilte vi f.eks. alle rådgiverne følgende spørsmål:

- Hvordan har innholdet i stillingen din som rådgiver i psykisk helsearbeid endret seg etter at Opptrappingsplanen var over?
- Det er noen nye spørsmål i skjemaet (IS-24) for rapporteringsåret 2011, har du fått noen tilbakemeldinger fra kommunene i forhold til disse?
- Vet du om det er kommuner i ditt fylke som har foretatt endringer i hvordan årsverkene blir rapportert for 2011 sammenliknet med tidligere år? Hvis ja, hvilke kommuner gjelder dette, og på hvilken måte er rapporteringen endret?
- Kan du gi en generell kommentar på hvordan dere opplevde utviklingen i det psykiske helsearbeidet i kommunene fra 2010 til 2011?

- NN fylke sine kommuner sett under ett rapporterer en endring i antall årsverk i tjenester for voksne på -20 (eksempel), og en endring i antall årsverk i tjenester for barn og unge på +1 (eksempel) fra 2010-2011. Stemmer dette med ditt inntrykk av utviklingen for kommunene i fylket?

Kontrollen foregår videre i følgende faser:

4. Vi får tilbakemelding (enten direkte fra kommunene om det er detaljer som må diskuteres og skjønn som må utøves som de trenger veiledning fra SINTEF for å gjøre, eller via Fylkesmannen som også veileder kommunene i utfyllingen).
5. Tilbakemeldingen vurderes i forhold til endring i leverte tall. Om tallene endres, er kommunen og Fylkesmannen informert om dette gjennom datakontrollen.
6. Vi loggfører (legger kommentarer og endringer inn i logg), legger inn endringer i do-filer i Stata og endrer data. Resultatet er korrigerede, kvalitetskontrollerte data som benyttes i denne rapporten.

Vi viser også til tidligere notater og rapporter fra prosjektet Kvalitetssikring, sammenstilling og analyse av data fra kommunenes rapportering på bruk av statlige øremerkede tilskudd og kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid for mer informasjon.

For detaljerte spørsmålsformuleringer, se Rundskriv IS-24/2011 i vedlegg til rapporten. Veiledning til de ulike spørsmålene vises under hovedpunktene i neste kapittel der de nasjonale tallene presenteres.

Tabell 2.1 Innhold i rapporteringen IS-24 i 2011

Bruker- medvirkning	1. Brukermedvirkning i organisert form - oppgis i 1000 kr
Årsverk i tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser	2. Tilknyttet boliger med fast personell for voksne med psykiske lidelser
	3. Hjemmetjenester / ambulante tjenester (med enkeltvedtak)
	4. Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse
	5. Aktivitetssenter og/eller dagsenter
	6. Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud
	7. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak
	Årsverk i tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser
9. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	
10. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	
Årsverk fordelt på utdanningsgrupper (separat for tjenester til voksne og tjenester til barn og unge).	11. Helse- og sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	12. Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	13. Helse-/sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	14. Helse-/sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	15a. Psykologer
	15b. Psykologspesialister
	16. Andre med høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	17. Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	18. Andre
	Kjøp av tjenester fra private/andre aktører i det psykiske helsearbeidet
20. Beskriv hvordan fastlegene bidrar i det psykiske helsearbeidet	
21. Kjøper din kommune tjenester i psykisk helsearbeid fra private eller andre aktører?	
22. Hvis ja på spm. 21, beskriv tjenestene som kjøpes	
Støttekontakt- mottakere med psykiske vansker/lidelser	23. Antall voksne
	24. Antall barn og unge
	25. Beskriv organiseringen av støttekontakttjenestene
	26. Har kommunen organisert gruppebaserte fritidstilbud for personer med psykiske vansker/ lidelser?
	27. Hvis ja på spm. 26, beskriv organiseringen av tilbudet
Organisering av det psykiske helsearbeidet	28. Organisering – tjenester til voksne
	Egen enhet/tjeneste
	Integrerte tjenester
	Ansvar hos rådmann/helsesjef
	Annen organisering
	29. Organisering – tjenester til barn og unge
	Egen enhet/tjeneste
	Integrerte tjenester
	Ansvar hos rådmann/helsesjef
	Annen organisering
Mer om organisering av det psykiske helsearbeidet	30. Beskriv organiseringen av psykisk helsearbeid for voksne og barn/unge i din kommune
	31. Hvordan vil du si at organiseringen for voksne fremmer/hemmer kvaliteten på tilbudet?
	32. Hvordan vil du si at organiseringen for barn/unge fremmer/hemmer kvaliteten på tilbudet?
	33. Hva er de viktigste utfordringene i psykisk helsearbeid i din kommune i forhold til fag, brukere, organisering, lovverk og lignende?

3 NASJONALE TALL

I dette kapitlet ser vi på de nasjonale tallene for de enkelte variablene vist i tabell 2.1 på forrige side. Der det er mulig, sammenliknes tallene med tall fra tidligere år. Kapitlet inneholder følgende variabelgrupper:

- Beløp bevilget til brukermedvirkning
- Årsverk i tjenester til voksne
- Årsverk i tjenester til barn og unge
- Årsverk fordelt på utdanningsgrupper
- Antall mottakere av støttekontakt
- Kommunenes organisering av tjenestene

Under hvert av punktene gis en kort kommentar, mens forskjeller mellom ulike kommuner (størrelse, fylke, KOSTRA-gruppe og helseregion) presenteres i kapittel 7.

3.1 BRUKERMEDVIRKNING

IS-24 starter med et spørsmål om hvor mye penger kommunene har bevilget til brukermedvirkning⁵. I 2011 bevilget kommunene 69 millioner kroner til brukermedvirkning i organisert form, en økning på 2,3 millioner fra 2010. Hvis vi tar hensyn til prisveksten, var den reelle økningen i bevilgninger til brukermedvirkning på en prosent fra 2010 til 2011.

Tabell 3.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2011 (i 1 000 kroner)

År	Nominelt beløp	Nominell endring	Reelle tall*	Reell endring*
2007	51 200		59 929	
2008	58 800	15	66 562	11
2009	55 300	-6	58 724	-12
2010	66 695	21	68 496	17
2011	69 036	4	69 036	1

*Inflasjonsjustert til 2011-kroner basert på prisindeks for kommunalt helsekonsum (Statistisk sentralbyrå).

⁵ Jf. veiledningen: "Omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd o.l.".

3.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

Årsverkene som kommunene rapporterer i IS-24 skal telles i en representativ uke mot slutten av året.⁶

Fra og med rapporteringen for 2008 ble det spesifisert at årsverk kun skal telles dersom hovedårsaken til at brukeren mottar tjenesten eller tiltaket er psykiske vansker eller lidelser. Denne avgrensningen ble ikke gjort første året denne rapporteringen ble gjennomført i 2007, og tallene for 2007 og senere er derfor ikke nødvendigvis sammenliknbare. Om kommunene i 2007 har inkludert alle årsverk knyttet til brukere med psykiske lidelser og problemer som primært mottar tjenester av andre grunner, vil denne endringen kunne gi relativt store utslag. For 2008, 2009, 2010 og 2011 er det derimot ikke endringer i veiledningen annet enn språklige forbedringer.

Tabell 3.2 viser at kommunene for 2011 rapporterte om totalt 11 940 årsverk i psykisk helsearbeid. Dette er en viss nedgang fra de foregående årene, og det laveste nivået som er rapportert siden disse kartleggingene startet i 2007. Nedgangen er på 1,7 prosent for voksne og 3,3 prosent for barn og unge. Dette markerer nok et bunnivå for barn og unge, som har opplevd en reduksjon i antallet hvert år siden 2007.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326
Barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940

Fra og med 2009 har de øremerkede midlene vært lagt inn i rammeoverføringene til kommunene. Det er derfor spesielt viktig å følge utviklingen fra 2008 og framover. Tallene viser at veksten flatet ut fram mot 2010 og avtok noe i 2011. På kommunenivå er det selvfølgelig noe variasjon, men vårt inntrykk gjennom kontakten med kommunene er at de fleste kommunene nå jobber for å opprettholde nivået slik det er i dag. En rundspørring gjort av rådgiverne hos Fylkesmannen om planlagt aktivitetsnivå i 2011, viste at 84 prosent av kommunene vil opprettholde eller styrke tilbudet innen psykisk helsearbeid, mens 16 prosent vil redusere tilbudet (Prop. 1 S (2011-2012)).

Status i 2011 i forhold til 2010 er at 43 prosent av kommunene har en total nedgang i antall årsverk når voksne og barn/unge sees samlet. 23 prosent har samme innsats som i 2010, mens 33 prosent har en økning.

⁶ I veiledningen står det: Vennligst ta utgangspunkt i en representativ uke, fortrinnsvis uke 46, når årsverk beregnes. Dersom situasjonen i uke 46 ikke var representativ, vennligst velg en annen uke og legg inn merknad om dette i kommentarfeltet. Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte.

Følgende skal tas med:

- Faste ansatte
- Ansatte i engasjementer
- Ekstrahjelper og vikarer, hvis over 4 måneders varighet for hver enkelt.

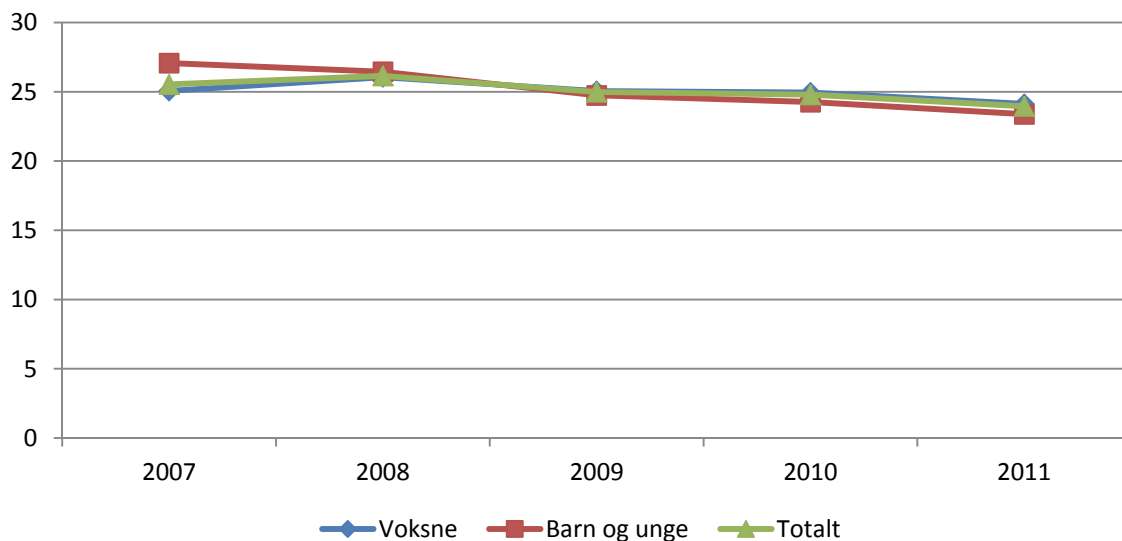
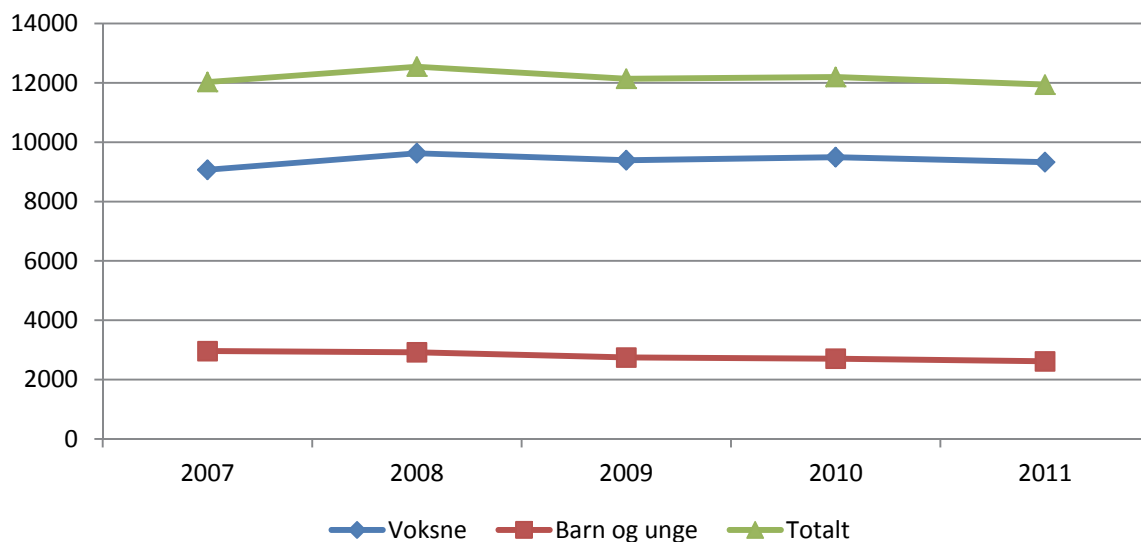
Følgende skal ikke tas med:

- Ansatte i svangerskapspermisjon
- Overtid

Om vi ser på tjenester til voksne finner vi at 31 prosent av kommunene har økt antall årsverk, 30 prosent har samme antall som i 2010, og 39 prosent har et lavere antall.

For barn og unge viser tallene at 26 prosent av kommunene har nedgang, 47 prosent har ingen endring og 27 prosent øker innsatsen.

I figuren under er utviklingen illustrert grafisk.



Figur 3.1 Rapporterte årsverk 2007-2011 i tjenester for voksne, barn/unge og totalt. Antall øverst og antall per 10 000 innbyggere nederst.

Det er altså en tydelig nedgang i årsverksinnsatsen per innbygger pga. befolkningsvekst, mens antall årsverk er relativt stabilt.

Gjennom datakontrollen av IS-24 er vi hyppig i kontakt med både rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen, og kontaktpersoner for rapporteringen ute i kommunene. Som oftest oppstår kontakten med kommunene på bakgrunn av at vi avdekker store endringer i tallene som rapporteres – sammenliknet med tidligere års rapportering. Svaret vi ofte får når vi spør om store endringer, er at rapporteringsmåten er endret fra forrige år. Dette kan skyldes at det er andre personer som har vært involvert i rapporteringen denne gang, eller at man har funnet nye, mer riktige inklusjonskriterier for årsverk i sin kommune, og at tallet som ble rapportert i fjor var over- eller underestimert. Fra flere kommuner får vi inn nye tall når de blir gjort oppmerksomme på hvor mye tallene har endret seg fra forrige år. De kommunene som mener endringene må skyldes endrede rapporteringsrutiner, og ikke en reell endring i antall årsverk, får en markør i vårt datasett. Alle kommuner vi markerer har selv bekreftet at endringene ev. ikke er reelle. For 2009-tallene var det 37 kommuner som rapporterte at endringen i utviklingen ikke skyldtes reell endring. Dette var en såpass stor andel, at vi fant det nødvendig å beregne både *rapportert* og *reell* utvikling. I 2010 var det kun et fåtall kommuner som til slutt framsto med en ikke-reell endring. Dette skyldes delvis at kommunene hadde bedre tid til å justere tallene i år (lengre kontrollperiode), delvis at rapporteringen begynner å bli godt innarbeidet. Rådgiverne hos Fylkesmannen mottar nå få spørsmål til denne rapporteringen. Vi har derfor valgt, på samme måte som i 2010, å presentere kun *rapporterte* tall for 2011.

Tabell 3.3 Antall rapporterte årsverk i perioden 2007-2011 i kommunalt psykisk helsearbeid

	2008	2009	2010	2011	Rapportert endring fra 2010-2011 (%)	Estimert endring 2010-2011 (%)
Årsverk voksne	9 627	9 392	9 492	9 326	-2	-0,2
Årsverk barn og unge	2 920	2 744	2 703	2 614	-3	0,4
Totalt	12 546	12 136	12 195	11 940	-2	-0,1

At nivået på antall årsverk i psykisk helsearbeid har ligget stabilt de siste par årene, stemmer godt med vårt generelle inntrykk av overgangen fra 2010 til 2011 ut fra vår kontakt med Fylkesmannen og kommunene. At veksten er størst i tjenester for voksne er også i tråd med de muntlige tilbakemeldingene – mange kommuner har ansatt mer personell i boligtjenester. Antall årsverk for barn og unge går noe ned totalt. Den største absolutte og prosentvise nedgangen finner vi for aktiviteter, kultur og fritidstiltak, hvor reduksjonen er 16 prosent, fra 280 til 235 årsverk. Sammenliknet med de andre tilbudene er dette imidlertid forholdsvis lave tall, og det er derfor naturlig med større prosentvise svingninger. Mer om dette under.

3.3 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ TILTAK

Som det fremgår av tabell 2.1 inngår følgende kategorier av tjenester og tiltak

Årsverk i tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser	{	1. Tilknyttet boliger med fast personell for voksne med psykiske lidelser 2. Hjemmetjenester (med enkeltvedtak) 3. Behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse 4. Aktivitetssenter og/eller dagsenter 5. Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud 6. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak
Årsverk i tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser	{	7. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 8. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid 9. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak

I kapittel 3.3.1 ser vi på tjenester og tiltak til voksne og i kapittel 3.3.2 fremkommer årsverksfordelingen på tjenester og tiltak til barn og unge.

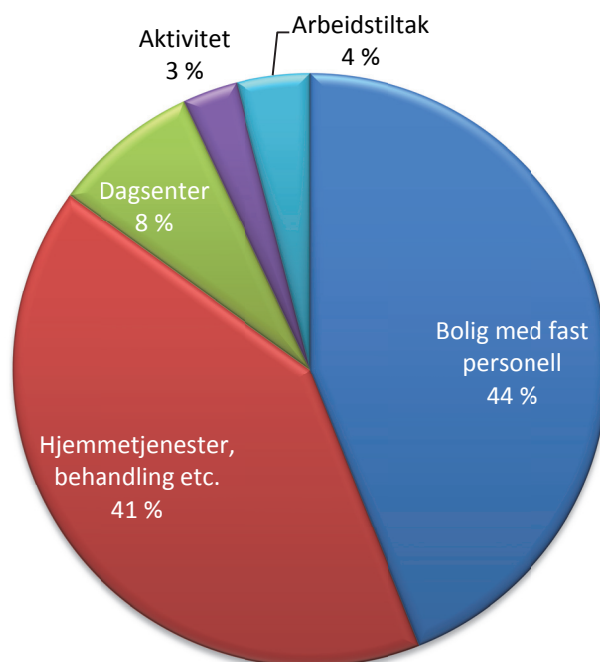
3.3.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

Fra og med 2009 ble hjemmetjenester skilt ut som en egen variabel i skjema. Disse årsverkene ble tidligere regnet enten under bolig eller behandling.

Tabell 3.4 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2011. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011
Bolig med fast personell	3 662	3 978	3 796	4 089	4110
Hjemmetjenester	*	*	2 099	2 045	1984
Behandling etc.	3 824	4 037	1 917	1 895	1818
Dagsenter	858	866	810	798	764
Aktivitet	217	239	318	282	288
Arbeidstiltak	509	507	453	383	362
Sum voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9326

Dette gir følgende prosentvise fordeling på ulike tiltak og tjenester for voksne i 2011:



Figur 3.2 Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2011

For å sammenlikne fordelingen på ulike tiltak mellom 2007-2011 slår vi sammen kategoriene Hjemmetjenester og behandling etc. i tabellen under.

Tabell 3.5 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2011. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011
Bolig med fast personell	40	41	40	43	44
Hjemmetjenester, behandling etc.	42	42	43	42	41
Dagsenter	9	9	9	8	8
Aktivitet	2	2	3	3	3
Arbeidstiltak	6	5	5	4	4
Sum voksne	100	100	100	100	100

Tabellen viser at den andelsmessige fordelingen på type tiltak i tjenester for voksne har holdt seg svært stabil i disse fire årene. Bolig med fast personell har endret seg mest de siste to årene, og dette er helt klart en tendens vi sporet i mange av kommunene vi har snakket med i forbindelse med kvalitetskontrollen. Boligtjenester med fast personell er arbeidskraftintensive tjenester. Én bruker med døgkontinuerlig oppfølging kan f.eks. ha behov for sju årsverk. Dette slår kraftig ut i de minste kommunene.

Økningen i andelen årsverk til boligtjenester fra 2009 til 2010 hang sannsynligvis sammen med at flere av boligene som ble prosjektert i opptrappingsplanperioden ble ferdigstilt i 2009/2010. Som beskrevet i Kaspersen og Ose (2010), hadde 50 boliger finansiert av opptrappingsplanmidler fått utsettelse for

bygging til 2009, bl.a. grunnet høyt press i boligmarkedet og mangel på utbyggere. Tallene for 2011 indikerer at det forhøyede nivået fra 2010 også gjør seg gjeldende i 2011.

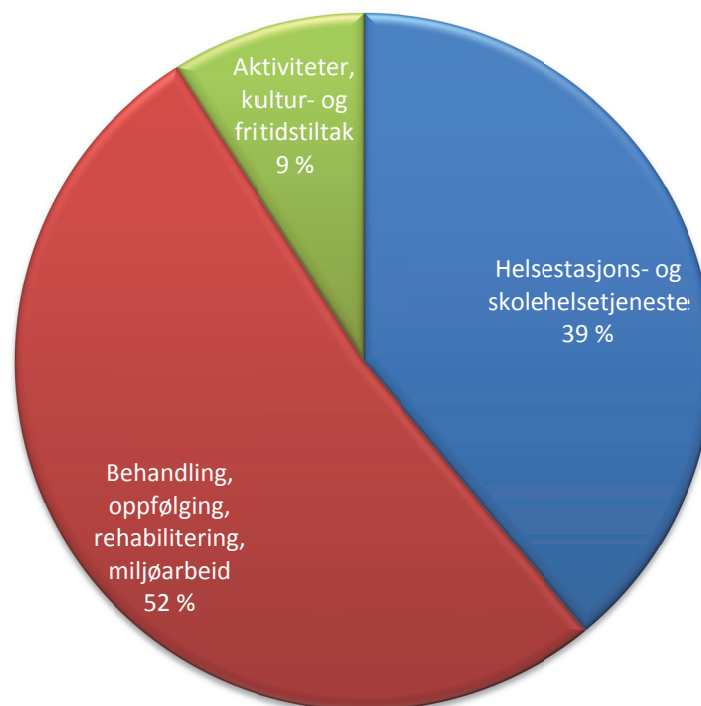
3.3.2 TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

I tabell 3.6 presenteres antall årsverk fordelt på tjenester for barn og unge. Vi kommenterer tallene til slutt i delkapitlet.

Tabell 3.6 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2011. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 016	1 042	1024
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 432	1 381	1354
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	296	280	235
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2614

Dette gir følgende prosentvise fordeling på ulike tiltak og tjenester for barn og unge i 2011.



Figur 3.3 Andel årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2011

Tabell 3.7 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2011. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	35	38	37	39	39
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	54	50	52	51	52
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	11	12	11	10	9
Sum årsverk barn og unge	100	100	100	100	100
Antall årsverk	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614

I tjenester for barn og unge rapporteres det om en økning i andelen av årsverkene som går til helsestasjons- og skolehelsetjenester i perioden 2007-2011. Dette har vært fulgt av en viss økning i antall årsverk, men for 2011 er antallet tilbake på samme nivå som i 2007. Andelene til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid og aktiviteter, kultur og fritidstiltak er omtrent på samme andelsmessige nivå som i 2010, men også her ser vi en viss reduksjon i antall årsverk. Den totale reduksjonen i antall årsverk for barn og unge fra 2010 til 2011 var på tre prosent.

I 2009 uttrykte helsedirektør Bjørn-Inge Larsen⁷ i Helsedirektoratet bekymring for kapasiteten i skolehelsetjenesten, og påpekte at bemanningen minst bør doubles før kapasiteten er tilfredsstillende. Han oppfordret også landets kommuner til å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid når man gikk over fra øremerking til rammefinansiering i 2009. Vi ser nå tendenser til at denne trenden til økning i andelen som går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste har stoppet opp. Det er en reell nedgang i årsverksinnsatsen i disse tjenestene og det meldes om 18 færre årsverk i 2011 enn i 2010. Med befolkningsøkning er nedgangen enda sterkere.

3.4 ÅRSVERKSINNSATS – FORDELT PÅ UTDANNING

Årsverkene som rapporteres skal også fordeles ut i fra hvilken utdanningsbakgrunn de ansatte har. I dette delkapitlet presenteres årsverk fordelt på utdanning i tjenester for hhv. voksne og barn og unge. I dette underkapitlet er tallene for 2007 utelatt av plasshensyn. Vi minner om at fastlegene kommer i tillegg til de som er rapportert gjennom IS-24.

⁷Se: http://www.helsedirektoratet.no/helsestasjon_og_skolehelsetjene/fagnytt/styrk_skolehelsetjenesten_317244
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Publikasjoner/Utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten.pdf

3.4.1 UTDANNINGSGRUPPER I PSYKISK HELSEVERN TOTALT

Tabell 3.8 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper totalt i psykisk helsearbeid, 2008-2011. Alle kommuner

	2008	2009	2010	2011
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	1 137	1 225	1 193	1 230
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	2 470	2 285	2 302	2 156
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	2 429	2 456	2 588	2 649
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	3 610	3 379	3 395	3 154
Psykologer	198	205	212	276
Andre med høgskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	360	350	368	368
Andre med høgskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	1 036	1 043	974	994
Andre	1 307	1 195	1 164	1 115
Totalt	12 547	12 136	12 195	11 943

At summen ikke stemmer helt med årsverk fordelt på tiltak, skyldes avrundinger til hele årsverk. Kommunene rapporterer ofte detaljert på antall årsverk og når vi summerer opp nasjonale tall blir det et lite avrundingsavvik (2 årsverk i tjenester til voksne og 1 årsverk i tjenester til barn og unge).

Tabell 3.9 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper i psykisk helsearbeid, 2008-2011. Alle kommuner

	2008	2009	2010	2011
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	9	10	10	10
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	20	19	19	18
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	19	20	21	22
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	29	28	28	26
Psykologer	1.6	1.7	1.7	2.3
Andre med høgskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	3	3	3	3
Andre med høgskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	8	9	8	8
Andre	10	10	10	9
Totalt	100	100	100	100

Den prosentvise fordelingen i perioden 2008–2011 er vist i tabellen under, og vi ser at andelen er omtrent uendret for de fleste kategoriene i hele fireårsperioden.

3.4.2 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

Tabell 3.10 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2008-2011. Alle kommuner

	2008	2009	2010	2011
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	1 082	1 174	1 130	1 175
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	2 213	2 069	2 119	1 967
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	2 017	2 024	2 150	2 200
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	2 466	2 299	2 317	2 206
Psykologer	19	22	31	53
Andre med høgskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	188	208	229	215
Andre med høgskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	565	605	557	585
Andre	1 077	993	957	927
Totalt	9 627	9 392	9 492	9 328

Den prosentvise fordelingen i perioden 2008–2011 er vist i tabellen under, og vi ser også her at andelen i de ulike kategoriene er relativt konstant.

Tabell 3.11 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2008-2011. Alle kommuner

	2008	2009	2010	2011
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v. utd i psykisk helsearbeid	11	12	12	13
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v. utd i psykisk helsearbeid	23	22	22	21
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v. utd i psykisk helsearbeid	21	22	23	24
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v. utd i psykisk helsearbeid	26	24	24	24
Psykologer	0,20	0,23	0,33	0,57
Andre med høgskole-/universitetsutd m/v. utd i psykisk helsearbeid	2	2	2	2
Andre med høgskole-/universitetsutd u/v. utd i psykisk helsearbeid	6	6	6	6
Andre	11	11	10	10
Totalt	100	100	100	100

Utdanningskategoriene er splittet på med/uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. Som vi ser har mer enn 1/4 årsverk i psykisk helsearbeid for voksne, videreutdanning i psykisk helsearbeid fra høgskole eller universitet. Våren 2011 ble videreutdanning i psykisk helsearbeid tilbudt ved 19 høgskoler/universiteter (i 18 kommuner), og det ble i følge Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) tatt opp 960 studenter på disse programmene.

Helsedirektoratet har gjennom flere prosjekter de siste årene hatt spesielt fokus på å øke antall psykologer i kommunene⁸. Kommunene har blant annet hatt anledning til å søke om øremerkede midler fra Helsedirektoratet for rekruttering av psykologer. I dette prosjektet har vi ikke hatt som mål å undersøke systematisk årsaker til at rekruttering av psykologer har tatt tid. I vår kontakt med flere av kommunene har vi likevel spurt dem om rekrutteringen av psykologer. Da går det fram at det hovedsakelig er to årsaker til at man ikke har rekruttert (flere) psykologer. Som oftest handler det om at ingen søker på de utlyste stillingene (gjør gjerne fordi de ønsker å være del av et større fagmiljø, og i kommunen blir de kanskje eneste psykolog), andre ganger handler det om at kommunene ser et større behov for personell med annen utdanning (f.eks. sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid), og prioriterer dette. Ordningen med øremerkede tilskudd til rekruttering av psykologer er under evaluering, og resultatene fra evalueringen vil gi bedre innsikt i denne problematikken. Som vi ser av tabellene over var det en markant økning i antall psykologiårsverk fra 2010 til 2011, noe som indikerer at den økende raten vi så fra 2009 til 2010 fortsetter.

⁸ Se mer om dette f.eks. i rapport fra Helsedirektoratet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse", 04/2009, og "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" Rapport IS-1565 fra 2008.

3.4.3 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på ulike utdanningsgrupper på følgende måte:

Tabell 3.12 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2008-2011. Alle kommuner

	2008	2009	2010	2011
Helse- og sosialfag fra videreg. skole, m/videreutd. i psykisk helsearbeid	55	51	63	55
Helse- og sosialfag fra videreg. skole, u/videreutd. i psykisk helsearbeid	257	216	183	189
Helse-/sosialfag fra høgskole m/videreutd. i psykisk helsearbeid	412	432	438	449
Helse-/sosialfag fra høgskole u/videreutd. i psykisk helsearbeid	1 144	1 080	1 078	948
Psykologer	179	183	181	223
Andre med høgskole-/univ. utd. m/videreutd. i psykisk helsearbeid	172	142	139	153
Andre med høgskole-/univ. utd u/videreutd. i psykisk helsearbeid	471	438	417	409
Andre	230	202	207	188
Totalt	2 920	2 744	2 703	2 615

Tabell 3.13 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2008-2011. Alle kommuner

	2008	2009	2010	2011
Helse- og sosialfag fra videreg. skole, m/videreutd. i psykisk helsearbeid	2	2	2	2
Helse- og sosialfag fra videreg. skole, u/videreutd. i psykisk helsearbeid	9	8	7	7
Helse-/sosialfag fra høgskole m/videreutd. i psykisk helsearbeid	14	16	16	17
Helse-/sosialfag fra høgskole u/videreutd. i psykisk helsearbeid	39	39	40	36
Psykologer	6	7	7	9
Andre med høgskole-/univ. utd. m/videreutd. i psykisk helsearbeid	6	5	5	6
Andre med høgskole-/univ. utd. u/videreutd. i psykisk helsearbeid	16	16	15	16
Andre	8	7	8	7
Totalt	100	100	100	100

I tjenester for barn og unge er det noe færre (1/5) årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid fra universitet eller høgskole, sammenliknet med tjenester for voksne. Det er imidlertid et betraktelig høyere antall psykologer som arbeider med barn og unge i kommunene. 81 prosent av de tilsammen 276 psykologårsverkene rapportert for 2011, jobbet med barn og unge. I likhet med årsverk for voksne er det en markert økning i antall psykologiårsverk for barn og unge fra 2010 til 2011 (23 prosent økning, 42 årsverk).

Fra tabell 3.14 ser vi at både andel med høgskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid øker gradvis både innen tjenester/tiltak rettet mot barn og unge og mot voksne gjennom perioden.

Tabell 3.14 Andel årsverk med høgskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2011

	Voksne		Barn og unge	
	Andel med høgskoleutdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)	Andel med høgskoleutdanning (%)	Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (%)
2007	54	34	80	19
2008	55	34	81	22
2009	55	36	83	23
2010	56	37	83	24
2011	56	39	83	27

3.5 ANTALL MOTTAKERE AV STØTTEKONTAKT

Spørsmål 23 og 24 i IS-24/2011 dreier seg om antall mottakere av støttekontakt. I følge spørsmålsveiledningen skal ikke deltakere i gruppebaserte tilbud rapporteres, kun mottakere av individuell støttekontakt. Utviklingen har vært som følger:

Tabell 3.15 Antall personer som har støttekontakt, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Antall voksne som har hatt støttekontakt	8 762	8 974	8 231	8 434	8 021
Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	3 425	3 487	3 045	3 004	2 817
Totalt	12 187	12 461	11 276	11 438	10 838

Når vi ser at antallet mottakere av støttekontakt har blitt redusert fra 2007 til 2011, skyldes dette at mange kommuner har lagt om tilbudet fra å være individrettet til å bli gruppebasert. Følgende forklaring ble gitt av respondenter i to kommuner:

"Hovedårsaken til dette ligger først og fremst i at NN har omorganisert støttekontakt- tjenestene. Vi har overført noen ressurser til kulturavdelingen. De har bl.a. i samarbeid med andre kommuner utviklet gruppetilbud i forhold til ulike aktiviteter. Dette har i noen saker erstattet støttekontaktbehov. Vårt inntrykk er at denne omleggingen gir et tilbud som når flere innbyggere med psykiske lidelser."

"Ifølge kommunen kommer dette av omorganisering. Det er etablert "inn på tunet" grupper i stedet for støttekontakttjenester. Det er dermed en reell reduksjon når det gjelder støttekontakttjenester, men barn og unge har fortsatt et tilbud gjennom "inn på tunet" grupper. Et tilbud som kommunen mener fungerer bedre."

Det argumenteres med at gruppebaserte tilbud når flere og er kvalitativt bedre. Et annet argument vi fanget opp i dialogen med kommunene, var at det ble lettere å rekruttere personell til gruppebaserte tilbud, eller f.eks. tilbud om *treningskontakt*. Selve betegnelsen *støttekontakt* ser ut til å erstattes med nye betegnelser ute i kommunene nå.

Tabell 3.16 Antall personer som har støttekontakt, rapportert og faktisk endring, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Rapportert endring 2009-2010	Estimert endring 2009-2010	Rapportert endring 2010-2011
Antall voksne som har hatt støttekontakt	8 762	8 974	8 231	8 434	8 021	2	-2	-5
Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	3 425	3 487	3 050	3 004	2 817	-1	2	-6

I 2010 gjorde vi en sammenlikning mellom tallene på støttekontaktmottakere i IS-24 og det som rapporteres i IPLOS (Gabrielsen et al., 2010). Beregninger viste at i 2009 utgjorde støttekontakt til mennesker med psykiske lidelser og problemer om lag 40 prosent av støttekontaktmottakerne totalt (28 141). Utviklingen i antall mottakere i IPLOS-tallene viser en sterk økning siden 2007 (over 18 prosent), mens tallene for psykisk helsearbeid viser en sterk reduksjon, særlig fra 2008 til 2009. At IPLOS-tallene øker kan skyldes at kommunene rapporterer mer og mer riktig og får med mer i rapporteringen, mens sammenhengen mellom de to datakildene kan bety at sammensetningen av mottakere av støttekontakt er i endring.

3.6 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi sett på nasjonale tall sammenstilt for perioden 2007-2011. Tallene viser at det har vært marginale endringer i utviklingen på nasjonalt nivå de siste fire årene, men noen tendenser spores:

- Antall årsverk i tjenester for barn og unge er på vei ned, mens antall årsverk i tjenester for voksne har flatet ut.
- Antall årsverk for voksne som går til bolig med fast personell har økt siden 2009 og fortsetter denne trenden i 2011, men for alle de andre kategoriene er det stillstand eller nedgang.
- Andelen årsverk som går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste har økt i perioden 2007-2011, men antallet årsverk er tilbake på 2007-nivå.
- Både for voksne og barn og unge ser vi en markant økning i antall psykologårsverk fra 2010 til 2011. 81 prosent av psykologiårsverkene går til barn og unge, ned fra 85 prosent i 2010.
- Nedgangen i antall mottakere av individuell støttekontakt fortsetter. Mange kommuner legger om tilbudet til å bli gruppebasert, og slike tilbud telles ikke med i denne rapporteringen.
- Veksten i befolkningen tilsier økt ressursinnsats for å opprettholde kapasiteten. Veksten i befolkningen tilsvares ikke av vekst i ressursinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene. Det observeres en stabil innsats målt i antall årsverk.

4 ORGANISERING AV DET PSYKISKE HELSEARBEIDET

4.1 INNLEDNING

Det er opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan man vil organisere tjenestene innen psykisk helsearbeid. Gitt de store variasjonene i størrelse, behov, organisering av andre tjenester m.m. er det ikke uventet at det finnes mange mulige organiseringsformer. Myrvold og Helgesen (2009) oppsummerer utvikling av det psykiske helsearbeidet i kommunen gjennom opptrappingsplanperioden, og anbefalte at det psykiske helsearbeidet har en klar forankring i kommunen i form av enhetsledelse eller koordinator. Rapporten pekte også på at det er et potensial for bedre samarbeid med tjenester utenfor kommunal sektor, samt at særlig små kommuner bør vurdere interkommunalt samarbeid på psykisk helsefeltet. I 2012 ble denne studien gjentatt for å se om det har foregått endringer etter at opptrappingsplanen var gjennomført (Tjerbo, Zeiner og Helgesen 2012). De konkluderer med at kommunenes organisering av det psykiske helsearbeidet ikke ser ut til å ha endret seg vesentlig siden 2008.

Man kan lese mer om forskning, praksiseksempler og evalueringer av organisering av psykisk helsearbeid på <http://psykiskhelsearbeid.no/content/198/Organisering>.

4.2 ORGANISERING OG ENDRINGER I PERIODEN 2008-2011

I rapporteringen for 2007 og 2008 kunne kommunene velge mellom fire ulike modeller:

- Modell 1: Egen enhet med eget budsjett
- Modell 2: Integreert i øvrige tjenester
- Modell 3: Integreert med klar plassering av ansvaret
- Modell 4: Egen spesialisert tjeneste

I 2009 ble antallet redusert til tre modelltyper, som også gjelder for rapporteringen i 2010. I 2011 kunne kommunene i tillegg krysse av for en kategori "Annen organisering".

I 2011 har dermed kommunene har hatt mulighet til å krysse av for disse fire ulike modelltyper i skjemaet:

Modell 1 Egen enhet/tjeneste

Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på linje med andre enheter for eksempel pleie og omsorg eller sosiale tjenester. Dette alternativet velges også dersom kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell.

Modell 2 Integreerte tjenester:

Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert egen enhet for psykisk helsearbeid.

Modell 3 Ansvar hos rådmann/helsesjef:

Det er plassert et klart ansvar for arbeid med psykisk helsearbeid for voksne i stab hos rådmannen eller hos helsesjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.

Modell 4 Annen organisering:

Hvis ingen av kategoriene over passer, kan man krysse av for annen organisering, og beskrive denne i et åpent spørsmål.

Fordelingen av kommunene på de ulike modellene er vist i neste tabell.

Tabell 4.1 Andel kommuner i hver organiseringskategori i tjenestene til voksne og barn/unge. 2008-2011.

	Voksne				Barn			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Modell 1: Egen enhet/tjeneste	77	73	77	77	50	41	39	34
Modell 2: Integrerte tjenester	15	18	18	12	41	50	55	53
Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef	6	6	5	3	4	7	5	4
Modell 4: Annen organisering				4				6
Ikke svart/ingen passer/kombinasjon av flere	2	3	0	4	2	3	1	3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	430	430	430	429	430	430	430	429

Det har vært interessant å følge med på utviklingen i hvordan kommunene organiserer det psykiske helsearbeidet. Gjennom Opptrappingsplanene og i årene frem til 2009 har en stadig større andel av kommunene valgt å integrere tjenestene sine i det øvrige kommunale helsearbeidet. Det gjaldt særlig tjenester for barn og unge. I tjenester for voksne har andelen som har etablert egen enhet/tjeneste økt fra 72 til 77 prosent.

I 2011 ble det opprettet en ny kategori "annet", og det er en tendens til at flere kommuner har krysset av på flere av modellene i 2011 (kombinasjonsmodellen). Dette ser vi også innenfor tjenestene til barn og unge. Vi vet ikke om dette er en indikasjon på at modellene som er mulig å velge mellom ikke godt nok fanger opp organiseringen i kommunene, men gjennom kontrollen får vi tilbakemelding om at særlig de små kommunene gjennomgår hyppige endringer i organiseringen, og at det derfor kan føles lite relevant å rapportere på disse variablene.

Er valg av modell knyttet til antall innbyggere i kommunen? Er noen modeller mer vanlig i de største eller i de minste kommunene? I tabell under viser vi hvordan modellene fordeler seg på kommunestørrelse:

Tabell 4.2 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunestørrelse, 2011

	Modell 1 (egen tjeneste)	Modell 2 (integret)	Modell 3 (Rådmann/ Helsesjef)			Totalt	Antall
			Annen org.	Kombinert*			
Under 2000	71	18	1	5	5	100	96
2000-4999	78	12	2	4	3	100	134
5000-9999	81	11	3	2	1	100	89
10 000-19 999	81	7	3	5	3	100	58
20 000-50 000	72	8	5	5	10	100	39
Over 50 000	83	8	8	0	1	100	12
Landet	77	12	3	4	4	100	428

* Oslo har svart på bydelsnivå, og de har flere ulike modeller. De er derfor plassert i kombinert-kategorien.

Vi ser at for det psykiske helsearbeidet for voksne er det klart mest vanlig med Modell 1 (egen enhet) i alle kommuner uavhengig av størrelse. Modell 2 (integretre tjenester) er mest vanlig i de mindre kommunene, spesielt de med innbyggerantall under 2000. Modell 3 (Ansvar hos rådmann/helsesjef) er mer vanlig jo større kommunen er i innbyggertall.

Tabell 4.3 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunestørrelse, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert*	Totalt	Antall
Under 2000	34	53	3	7	4	100	74
2000-4999	37	49	4	6	5	100	108
5000-9999	34	55	4	4	3	100	73
10 000-19 999	35	57	4	4	0	100	51
20 000-50 000	24	53	5	13	5	100	38
Over 50 000	33	50	8	0	8	100	11
Landet	34	53	4	6	3	100	355

* Oslo har svart på bydelsnivå, og de har flere ulike modeller. De er derfor plassert i kombinert-kategorien.

Tabellen over viser hvordan modeller for det psykiske helsearbeidet for barn og unge varierer etter kommunestørrelse. Modell 2 (integreert tjeneste) er mest vanlig uavhengig av kommunestørrelse, men er hyppigere valgt modell i store kommuner enn i små. Forskjellene er ellers små, bortsett fra "annen organisering" hvor en relativt stor andel av kommuner med mellom 20 000-50 000 innbyggere. Det er verdt å legge merke til at det mangler svar fra kommuner i alle størrelser.

4.3 HAR ORGANISERINGEN AV TJENESTEN BETYDNING FOR INNHOLDET?

I rapporteringen for 2011 ble kommunene bedt om å komme med utdypende informasjon om hvordan organiseringen er, og hvordan den oppleves som fremmende eller hemmende på tilbudet kommunen gir innen psykisk helsearbeid. Vi har fått mange svar på følgende stilte spørsmål:

- Hvordan kommunene har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for voksne og for barn og unge?
- Hvordan de opplever at organiseringen av kommunale tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser hemmer eller fremmer kvaliteten på tilbudet som gis til henholdsvis voksne og barn og unge?
- Hva er de viktigste utfordringene i psykisk helsearbeid i kommunen i forhold organisering?

Vi skal nå se på hvordan kommunene har beskrevet organiseringen av det psykiske helsearbeidet. Vi bruker i denne delen sitater som er hentet fra kommentarfeltene knyttet til organiseringen av tilbudet i de enkelte kommunene. Disse kan ikke betraktes som representative for verken kommunetyper eller modeller i den forstand at det en kommune har kommentert kan la seg overføre til andre lignende kommuner. Det er variasjonen i beskrivelsene av både organiseringsmodeller og hvordan de fungerer som er viktig å få frem i dette kapitlet. Vi forsøker imidlertid å se etter om variasjoner i organiseringen kan knyttes til størrelsen på kommunen. Flere oppgir i kommentarene kommunestørrelse som en parameter i vurderingen av kvaliteten på tjenestene.

I den neste delen presenterer vi utdrag gitt i kommentarfeltene knyttet til opplysninger gitt om hvordan arbeidet med psykisk helse for voksne og for barn og unge, er organisert i den aktuelle kommunen.

I tillegg til at kommunene er bedt om å angi hvilken modell som best beskriver måten deres kommune har organisert arbeidet på, er de også bedt om å komme med utfyllende informasjon.

Spørsmålsformuleringen om organiseringen var slik:

"Det finnes mange ulike former for organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunene. En del kommuner organiserer tjenestene til voksne og tjenestene til barn ulikt. Vi er interessert i hvordan dere opplever at selve organiseringen av det psykiske helsearbeidet fremmer eller hemmer kvaliteten på det tilbudet dere gir. Hvis kommunen har endret organiseringsform de senere år, er vi også interessert i hvordan disse endringene har gitt seg utslag."

Spørsmålsformuleringene om organiseringens betydning for kvaliteten på tjenestene var slik:

"Hvordan vil du si at organiseringen av kommunale tjenester til voksne/barn og unge med psykiske vansker/lidelser i din kommune, hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis? Her må du gjerne også kommentere opplevde effekter av eventuelle endringer i organiseringen fra starten av Opptrappingsplanperioden (1999) og fram til nå."

Det er stor variasjon i hvordan kommunene har valgt å organisere tjenestene. Vi ser at kommuner som har valgt samme organiseringsmodell kan påpeke forhold de mener har betydning for kvaliteten på tilbudet. Mange av disse forholdene nevnes av kommuner i alle organiseringsmodellene, slik at det er vanskelig å se at noen er spesielle og unike for de enkelte modellene. Dette kan være en indikasjon på at organiseringen av psykisk helsearbeid ikke alltid lar seg fange opp gjennom et fåtall kategorier. Dette ble også funnet i Tjerbo et al. (2012). Særlig får vi inntrykk av at skillet mellom egen tjeneste og integrert tjeneste er vanskelig å fastslå når vi ser på kommunenes kommentarer. Det er ofte de samme aspekt og forhold som trekkes frem.

Vi presenterer først kommentarene knyttet til psykisk helsearbeid for voksne, deretter knyttet til psykisk helsearbeid for barn og unge.

4.4 ORGANISERING AV PSYKISK HELSEARBEID FOR VOKSNE

Her har kommunen fått anledning til å beskrive hvordan de har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for voksne.

4.4.1 EGEN ENHET/TJENESTE

Denne modellen er utbredt i alle typer kommuner uansett størrelse, men vi ser at den er noe mer vanlig i store enn i små kommuner, se tabell 4.2.

Det er mange kommuner som har svart at de har en egen enhet/tjeneste for voksne. Hele 76 prosent har svart dette i 2011. Når vi ser på svarene de har gitt om hvordan organiseringen er konkret, ser vi at det er en relativt stor variasjon som beskrives. Flere oppgir at psykisk helsearbeid er en egen enhet/avdeling organisert under samme virksomhet. Disse har navn som for eksempel Psykisk helsetjeneste, Miljøarbeidertjenesten og Psykiatritjenesten. Mange kommuner opplever det som positivt å ha dette tilbudet i en egen enhet eller tjeneste:

"Opplever det positivt å vere organisert som sjølvstendig teneste, men med samarbeid på tvers av tenestene og med NAV. Nært samarbeid med ruskonsulent. Har klart å ha kontinuitet i tilboda, positivt både for brukarar og tilsette. Dei tre tilboda (butilbod + samtale og oppfølging + dagtilbod) utfyller kvarandre." (kommune i Møre og Romsdal).

Det er flere kommuner som har lagt rus og psykiatri til samme område. Flere beskriver dette som hensiktsmessig. Bolig- og hjemmetjenester synes også ofte å ligge til dette området. Omsorgsboliger nevnes hyppig, uavhengig av hvilken virksomhet/enhet det psykiske helsearbeidet er lagt under.

Psykisk helsearbeid er gjerne organisert under enhet for helse, enhet for forebyggende helse, enhet for hjemmebaserte tjenester, avdeling for psykisk helse, rus og samhandling, psykisk helse og miljøarbeid, Helse og rehabilitering. Samhandling nevnes av flere som noe som er i fokus. Det fremgår at det er samarbeid mellom flere kommuner når det gjelder tilbudet for voksne. Andre planlegger et større samarbeid i et regionalt perspektiv.

Noen trekker frem samarbeid med andre enheter. Her er det fellesmøter og det oppleves som å gi økt samarbeid mellom områdene.

En del kommuner har tilbudet til voksne og til barn og unge organisert sammen. En kommune skriver:

"Helsestasjon, familiesenter og psykisk helse for voksne er organisert i samme enhet. Dette for å få en hensiktsmessig og helhetlig tilnærming til brukerne. Det drives forebyggende, rehabiliterende og stabiliserende arbeid." (kommune i Vest-Agder).

Disse er da lagt til virksomheter med navn som Familiens hus, familietjenester og familiesenter. Noen presiserer at dette også dreier seg om en samlokalisering, altså et fysisk bygg hvor alt er samlet. Andre kommuner opplyser at de jobber mot å organisere det psykiske helsearbeidet i retning av en modell a la "Familiens hus".

Når kommunene beskriver organiseringen nevnes ofte spesialisert personell; psykiater, psykolog, psykiatrisk sykepleier, psykiatrisk hjelpepleier med mer. Valgte organiseringsenhet henger trolig sterkt sammen med tilgjengelig spesialisert personell og kompetanse. En kommune skriver f.eks.:

"Bakgrunnen for organisering i egen avdeling er å bygge opp god kompetanse på området. Vi mener det er viktig å samle kompetansen for å bli flinke på faget. Fokuset på psykisk helse blir tydeligere for brukere og samarbeidspartnere når det er et definert område." (kommune i Telemark).

En annen kommune skriver:

"Ansvar for tjenester for barn/unge og voksne ligger i samme enhet med spesialisert fagkompetanse. Familekonsulent med hovedansvar for barn har tilhold på helsestasjonen, som i praksis er samlokalisert med psykisk helse. Øvrige tjenester gis ut fra behov som befolkningen forøvrig. Det er brukt mye tid og ressurser på opplæring/veiledning til hjemmetjenesten (hjemmesykepleie, miljøarbeid, praktisk bistand) som gir døgntjenester. Vi opplever organiseringen som hensiktsmessig og funksjonell for en liten kommune." (kommune i Vest-Agder).

Det er også eksempel på at psykisk helsearbeid, både for voksne og barn og unge er organisatorisk plassert i enhet for somatiske- og psykiatriske tjenester:

"Denne eininga omfattar legetenester, fysioterapi, ergoterapi, helsestasjon (med psykiske helsetenester til barn/unge og jordmøteneste) og Avd. Psykisk helse. Avd. Psykisk Helse har ansvar for psykiske helsetenester til vaksne (over 18 år)." (kommune i Hordaland).

OM KVALITETEN:

Her har kommunen fått anledning til å si om organiseringen av kommunale tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser i egen enhet hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis.

Det er mange kommuner som fremhever at å ha tjenestene organisert i en egen enhet gir bedre kvalitet.

"Fremmer kvaliteten ved at psykisk helse blir fokusert og gir forståelse for spesialkompetansebehov" (kommune i Østfold).

Men det kan nok avhenge av hvilken avdeling/virksomhet de er underlagt som enhet.

Psykisk helsearbeid for voksne var tidligere organisert under enhet for Helse frem til 31.12.10. Nå som vi er organisert i enhet for hjemmebaserte tjenester blir vi lett "usynlig" i en slik enhet. Tror det hemmer kvaliteten da det er en stor enhet og vi drukner!" (kommune i Akershus).

Samarbeid med andre enheter løftes også frem som et viktig moment:

"Tjenesten i dag er organisert under helse og omsorgsavdeling i en egen enhet. Nært samarbeid med hjemmesykepleien og hjemmehjelp fremmer kvaliteten på det totale tjenestetilbudet pasientene får fra avdelingen. Vi ser at et tettere samarbeid med NAV vil kunne øke kvaliteten på tiltak rettet mot psykiatriske pasienter når det kommer til arbeidsrettete tiltak, økonomiske tiltak m.m." (kommune i Akershus).

Robusthet er også et stikkord som nevnes av flere.

"Samorganiseringen har vært et viktig virkemiddel for å skape en robust tjeneste med godt fagmiljø, stabile medarbeidere som sikrer kontinuitet i tjenestetilbudet" (kommune i Akershus).

"Organiseringen som et eget område har styrket tjeneste, gjort de mer robuste og gitt mulighet for videreutvikling" (kommune i Østfold).

I overveiende grad er det positive aspekter ved å ha tjenesten organisert i egen enhet som fremheves. Negative forhold er fraværende. Vi får et inntrykk av at dette kan handle om at kompetanse samles i fagmiljøer, noe som gir trygghet og oversikt i forhold til både kvaliteten på de tjenester som tilbys og, i forhold til det personellet som skal yte disse tjenestene. Dette i motsetning til fragmenterte tjenester og vansker med å få tak i kvalifisert personell.

4.4.2 INTEGRERTE TJENESTER

Omtrent 12 prosent oppgir at de har integrerte tjenester for voksne. Denne modellen finnes i alle typer kommuner uansett størrelse, men vi ser at den er noe mer vanlig i små kommuner. Disse har altså ikke en egen enhet som har ansvaret for psykisk helsearbeid. Et eksempel på hvordan en kommune gjør dette:

"Kommunen har integrerte tjenester både for barn og voksne. Pleie- og omsorg har et eget psykisk helseteam som gir tjenester til voksne. Rus/psykisk helseteam i NAV gir tjenester til rusavhengige. Kultur driver støttekontaktvirksomhet og vi samarbeider med frivillige organisasjoner. Dersom man legger en bred forståelse til grunn av hva som er godt lokalt basert psykisk helsearbeid så ytes det godt psykisk helsearbeid i svært mange av kommunens avdelinger" (kommune i Hedmark).

Det er flere kommuner som har organisert tjenestene under, eller i samarbeid med NAV, mens andre har denne tjenesten integrert i hjemmetjenesten. Samtidig oppgir en del å ha en seksjon eller enhet for psykisk helsearbeid. Eller de har en psykiatrisk sykepleier som jobber tverretattlig/-faglig, eller de veileder andre faggrupper som arbeider med mennesker med psykiske vansker.

Det kan se ut som om fagpersonale ofte er utgangspunktet for tjenestenes integrering i ulike enheter.

OM KVALITETEN

Her har kommunen fått anledning til å si om organiseringen av kommunale tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser som integrerte tjenester hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis.

Blant kommuner som har integrerte tjenester er opplevelsen av kvalitet i tjenestene noe mer sprikende. Enkelte mener de har utfordringer knyttet til organiseringen:

"Psykisk helse har eit stort ansvarsfelt- alder lidelse og behov- tenesten er avhengig av å samarbeide med andre instansar (tenesteytarar) for å gi eit best mogleg tilbod. Sårbart tenestetilbod om ein brukar ikkje har andre kontaktpersonar- tek tid å bygge allianser og tillit til personar og systemet." (kommune i Møre og Romsdal).

"Hemmende at døgnbaserte tjenester er lagt til hjemmesykepleien pga. presset arbeidstid og mye somatikk. Fungerer bedre i Psykisk helseteam som er organisert som selvstendig enhet." (kommune i Østfold).

"Det kan vere ei utfordring at tenesten er noko oppdelt, det fordrer godt samarbeid, og god samhandling." (kommune i Møre og Romsdal).

"Fragmentering av tjenestene gjør at den enkelte enhet har lite å spille på både når det gjelder dimensjonering, kompetanse og fleksibilitet. Det er lite sammenheng i det totale tjenestetilbudet i det psykiske helsearbeidet, noe som sannsynligvis hemmer kvaliteten." (kommune i Møre og Romsdal).

Men andre kommuner opplever det ikke slik:

"Det er vanskelig å vite om en slik organisering hemmer eller fremmer kvaliteten, men det at vi har et godt samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten, gjør at vi er mindre sårbare ved for eksempel sykdom i seksjon for psykisk helse i helseavdelingen. Vi kan be om hjelp til tilsyn på kveld og natt for de pasientene vi er bekymret for. I og med at hver avdeling har et ansvar for å oppdatere seg innen psykiatri. Så er vi flere som vet litt. Det som kunne ha blitt bedre med å samle alt ansvar innen en avdeling, var at vi fikk et større fagmiljø." (kommune i Møre og Romsdal).

"Én dør inn til hovedtjenestene gjør at hjelpere med ulik kompetanse samarbeider med foreldre/foresatte ut fra brukerens behov. Vi får tilbakemeldinger fra brukerne om at de opplever tjenestene mer helhetlig og koordinerte." (kommune i Østfold).

"Organisatorisk flytting av psykiske helsearbeider fra hjemmetjenesten til NAV kommune har gitt økt samhandling med relevante faggrupper, noe som styrker kvaliteten mot sammensatte problemstillinger som f.eks rus." (bydel i Oslo).

"Vi har en bred tilnærming til forståelse av hva godt lokalbasert psykisk helsearbeid er. Det samarbeides på tvers av sektorer. Vi opplever at dette fremmer kvaliteten på tilbudet som gis." (kommune i Hedmark).

Det synes å være relativt stor variasjon i hvordan kommunene opplever kvaliteten på tilbudet når det er organisert som en integrert tjeneste. De som fremhever negative aspekter trekker frem utfordringer med å samarbeide med andre enheter, samt sårbarheten i å være få personer med stort ansvarsområde. Andre påpeker nettopp godt samarbeid og kort vei mellom ulike enheter for å få hjelp, både for ansatte og for brukere.

4.4.3 ANSVAR HOS RÅDMANN/HELSESJEF

Det er et fåtall kommuner som har oppgitt denne modellen for organisering av det psykiske helsearbeidet for voksne, kun fem prosent. Andelen ser ut til å øke med innbyggertall.

Kommuner som oppgir dette har tjenesten organisert som en enhet i stab under helsesjef. Ofte er det en helseavdeling.

"Opplever at organiseringa fremmer kvaliteten på tjenesten. Fagpersonell, leger og psykiatrisk sykepleier nås lett. En hemmende faktor kan være lange avstander mellom bruker og fagpersonell." (kommune i Hedmark).

Lav terskel for pasientene til alle tjenestene er også et moment som flere små kommuner skriver:

"Psykisk helse ligg under Helseavdelinga, slik eg ser det er dette eg ei god organisering i ein liten kommune. Det er låg terskel for pasientane til alle tenestene ved Helseavdelinga." (kommune i Hordaland).

"Vil si at det fremmer kvaliteten på tjenesten, da pleie og omsorg er den avd. som har mest befatning med befolkningen på ulike vis. Dermed har vi mulighet til å komme raskere inn med tiltak der det trengs." (kommune i Nord-Trøndelag).

"Organiseringen i vår kommune mener vi er med på å fremme kvaliteten med at det er god tilgjengelighet på tjenester." (kommune i Nordland).

OM KVALITETEN

Her har kommunen fått anledning til å uttale seg om hvorvidt organiseringen av kommunale tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser der ansvaret ligger hos rådmann/helsesjef hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis.

Vi presenterer også her et utdrag av kommentarer. De fleste oppgir at organiseringen fremmer kvaliteten. Særlig tilgjengelighet nevnes av flere.

"Opplever at organiseringa fremmer kvaliteten på tjenesten. Fagpersonell, leger og psykiatrisk sykepleier nås lett." (kommune i Hedmark).

"Vi opplever at denne organiseringa fremmer kvaliteten på tenesta. Kort og lett tilgjengeleg tenestevei." (kommune i Hordaland).

"Tilbudet er synleg og lett tilgjengeleg. Ligg til rette for tverrfagleg samarbeid med fastlegar, pleie og omsorg, NAV, DPS osv." (kommune i Møre og Romsdal).

4.5 ORGANISERING AV DET PSYKISKE HELSEARBEIDET FOR BARN OG UNGE

Her har kommunen fått anledning til å beskrive hvordan de har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for barn og unge.

4.5.1 EGEN ENHET/TJENESTE

I 2011 oppga 34 prosent av kommunene at tjenesten var organisert som egen enhet/tjeneste. Siden 2008 har det vært en nedgang fra 50 prosent. En gjennomgang av kommentarfeltene gjør det litt usikkert i hvor stor grad det faktisk er snakk om en egen enhet/tjeneste for barn og unge, eller om tjenesten i praksis faktisk ligger ved flere enheter.

I 2011 oppgir kommunene at tjenesten ofte var organisert som en egen tjeneste under:

- Helsesøster/helsestasjon/skolehelsetjenesten
- Psykisk helsetjeneste for barn og unge som et eget fagmiljø
- Familiens hus

Det er ganske vanlig å ha tilbudet til barn og unge som en tjeneste under helsesøster/helsestasjon og/eller skolehelsetjenesten. Også i tilfeller der tjenestene til barn og unge er organisert i samme enhet som voksne er det gjerne helsesøster som driver arbeidet rettet mot barn og unge.

Familiens hus er en organisering som kan innbefatte helsestasjon, helsestasjon for ungdom, jordmor, psykolog, familieteam. Flere fremhever at dette bidrar til økt kvalitet på tjenesten da denne har formell kompetanse i tjenesten som psykolog, psykiatrisk sykepleier m.m.

Det er flere kommuner som opplever at organiseringen hemmer kvaliteten som opplyser at de er i ferd med å etablere Familiens Hus for å sikre det tverrfaglige arbeidet.

Kommuner som beskriver fagkompetanse i tjenesten uttrykker en sterk oppfatning av at dette har stor betydning:

"En egen enhet for forebyggende psykisk helse for barn og unge, bemannet med høykompetent tverrfaglig sammensatt personell; klinisk sosionom i barn og unges psykiske helse med spesialisering i kognitiv atferdsterapi og i familierapi som også er PMTO-terapeut, en psykolog under spesialisering i samfunnspsykologi som også er PMTO-terapeut, en psykolog under spesialisering i barn og unge, en cand. paed. spes utdannet psykoterapeut og familierapeut. Opplever at dette har ført til en klar styrking av tilbudet til barn og unge i vår kommune. Det er også tilbakemeldingen vi får fra spesialisthelsetjenesten vår som bemerker at sakene de får er de alvorlige sakene, og at det oppleves som en god styrke for klientene at PHBU finnes. Klienter gir også klare tilbakemeldinger til oss om at det er godt vi finnes, det blir ikke så alvorlig og det hjelper før det er blitt for vanskelig. Samarbeidspartnere i kommunen gir også uttrykk for nytten i vår kompetanse og at den er samlet. PHBU er en satsning som viser at man vil forebygge og får det til." (kommune i Akershus).

Andre kommuner forteller at det psykiske helsearbeid for voksne og barn er likt organisert og at det da er en egen tjeneste med spesialisert personell. Samtidig er det mange kommuner som ikke nevner noe om i hvilken grad personell er spesialisert eller har fagutdanning.

En annen kommune har tilbudet til barn og unge organisert som lavterskeltilbud med bred faglig kompetanse. Her er det ingen ventetid, og det tilbys enkeltsamtaler med både barn og foreldre, og foreldresamtaler (kommune i Akershus).

Etablering av NAV har hatt betydning for en kommunes valg av organisering:

"Tidligere var psykisk helsetjeneste organisert sammen med sosialtjenesten, men ble flyttet til Helsetjenesten da NAV ble etablert. Dette opplever vi har gitt et ytterligere perspektiv på helse for brukerne. 010111 ble det etablert tildelingskontor slik at det ble bestiller - utførermodell ifht brukerne av psykisk helsetjeneste." (kommune i Akershus).

Andre fordeler med å organisere tjenesten som en egen enhet eller under felles avdeling er forholdet til taushetsplikten, samt å ha et dokumentasjonssystem som synliggjør behovet og viser omfanget av tjenestene som blir gitt.

OM KVALITETEN

Her har kommunen fått anledning til å si om organiseringen av kommunale tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser som egen enhet/tjeneste hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis.

Mange av kommunene synes å være fornøyd med organiseringen, og mener at den fremmer kvaliteten på tjenestene. Det fremheves at samling av fagkompetanse og samarbeid med andre tilgrensende instanser er positivt og bidrar til god kvalitet.

"Et eget fagmiljø fremmer kvaliteten. Gir mulighet for veiledning og refleksjoner på sak." (kommune i Sør-Trøndelag).

"Vårt valg av organisering mener vi fremmer kvaliteten på tjenestetilbudet til den enkelte, spesielt vil vi fremme etablering av tverrfaglige team som en faktor som har bidratt til økt kapasitet og kvalitet gjennom økt samhandling med egne enheter og spesialisthelsetjenesten jf. st.meld.nr.47." (kommune i Nord-Trøndelag).

"Kvalitetsmessig fordel med organisering i Familiesenter, grunnet større faglig bredde." (kommune i Nord-Trøndelag).

4.5.2 INTEGRERTE TJENESTER

Denne modellen finner i over halvparten av kommunene. Det er vanskelig å se noen variasjon etter kommunestørrelse. Det er altså ganske vanlig at det psykiske helsearbeidet for barn og unge oppgis å være integrert. Da som en del av en tjeneste, f. eks helsestasjonen/skolehelsetjenesten, eller som en del av flere tjenester.

"Ledende helsesøster har hatt en hovedrolle når det gjelder tiltak barn og unge gjennom tverretattlig tiltaksteam." (kommune i Buskerud).

"Barn og unge organisert under kultur og oppvekst, men ingen klar organisering. Ansvar ivaretas gjennom noe arbeid på helsestasjon som en del av det andre helsearbeidet." (kommune i Hedmark).

"Psykisk helsearbeid for barn og unge blir ivaretatt av hvert enkelt tjenesteområde. F.eks. helsestasjon, barnevern." (kommune i Hedmark).

Det er imidlertid integrert i andre enheter også.

"Forebyggende seksjon i helseavdelingen har et spesielt ansvar for barn og unge før fylte 18 år. De driver utekontakt og helsestasjon for ungdom, de har en stilling for psykiatrikonsulent for barn og unge". (kommune i Møre og Romsdal.)

"Psykisk helsearbeid for barn og unge blir i stor grad ivareteke av helsestasjon i eit tverrfagleg samarbeid med andre aktuelle områder i kommunen - psykisk helsearbeid, legetenesta, barnehage og skule, nav, ppt og barnevern." (kommune i Oppland).

Mye av arbeidet er lokalisert til skolen, og en kommune skriver om et samarbeid mellom miljøarbeider ved skolen, fritidsklubb og helsesøstertjenester. Samarbeid med DPS er også nevnt her.

OM KVALITETEN

Her har kommunen fått anledning til å si om organiseringen av kommunale tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser som integrert tjeneste hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis.

Det synes å være stor variasjon i hva kommunene rapporterer i forhold til kvalitet. Integrerte tjenester i seg selv innebærer variasjon i utgangspunktet og det er mange, til dels ulike aspekter som nevnes når de vurderer kvaliteten. Vi velger å presentere et utvalg som viser denne variasjonen.

En fordel som nevnes ved dette er tett samarbeid med helsesøstrene som kjenner familie og barna fra tidligere. Det nevnes også at en utfordring kan være at tjenesten er noe oppdelt og fordrer godt samarbeid.

"Vi ser at organiseringen fremmer kvaliteten. I en liten kommune vil psykisk helsearbeid bli svært sårbar hvis det er en egen enhet. Vi sikrer et fagmiljø og en robust tjeneste ved vår organisering.

Mange av tjenestene til barn og unge er samlet i en seksjon (fagsenteret for barn og unge) dette bidrar til helhetstenkning og letter tidlig intervensjon der unge har problemer med psykisk helse." (Bydel i Oslo).

Noen kommuner fremhever at integrerte tjenester er å foretrekke fremfor en organisering i egen enhet:

"Det har ikkje vore ynskjeleg å etablere psykiatritilbodet som ei særteneste i kommunen, særleg ikkje når det kjem til barn. Derfor blir 2-linetenesta sitt spesialisttilbod særst viktig å samarbeide med. Men kommunen sine tilbod til barn med ulike lidningar vil i det lengste vere integrerte og "allmengyldige", og det er hjelpebehovet, uavhengig av diagnose, som er med på å styre ressursinnsatsen." (kommune i Møre og Romsdal).

Andre vurderer å gjøre tjenestene/tilbudet enda mer integrert for å sikre det tverrfaglige samarbeidet:

"Tverrfaglig samarbeid fungerer godt, men for å sikre enda bedre tverrfaglig samhandling vurderes det om PPT bør organiseres inn under helse i stedet for å være en frittstående enhet (PPT har kun 2 ansatte og blir dermed svært sårbar)." (kommune i Sør-Trøndelag).

Selv om tjenesten er integrert i en eller flere andre enheter kan det være at det er en fagperson som har ansvaret:

"At kommunen har ansatt kommunepsykolog i 100 prosent stilling som er dedikert arbeid med barn og unge med psykiske vansker eller lidelser gir en bra kvalitet på tilbudet som gis. Kommunepsykologen veileder og gir råd til barnevern, helsestasjon og PPT barnehager og skoler. Psykologen gir også et begrenset tilbud om samtaler og behandling og henviser til BUP ved behov. Kommunepsykologen samarbeider med Psykiatritjenesten for voksne." (kommune i Nord-Trøndelag).

Andre kommuner nevner interkommunale samarbeid:

"Barnevernet fungerer fint, og er et interkommunalt arbeid med nabokommune" (kommune i Troms).

Det er også kommuner som oppgir ikke å ha noen spesiell organisering for barn og unge:

"Behovene for psykisk helsehjelp fanges opp i det vanlige hjelpeapparatet. Eks. helsestasjon, skole, barnehage etc." (kommune i Østfold).

Barn/unge mottar tjenester i det ordinære tjenesteapparatet." (fam.senter, skolehelsetj., helsesøstertj., barnevern etc.). (bydel i Oslo).

Det er også kommuner som mener at organiseringen ikke har noen direkte påvirkning av arbeidet med barn/unge:

"Organiseringen har ingen direkte påvirkning av arbeidet med barn/unge. Imidlertid kan dette arbeidet bli påvirket av et internt NAV-samarbeid med unge voksne under 25 år, der den ansatte har avsatt tid til oppfølging." (kommune i Østfold).

4.5.3 ANSVAR HOS RÅDMANN/HELSESJEF

Denne organiseringen finner vi kun i fire prosent av kommunene. Eksempler på denne modellen er:

"Barn og unge organisert under kultur og oppvekst men ingen klar organisering, ansvar ivaretas gjennom noe arbeid ved helsestasjon som en del av det andre helsearbeidet." (kommune i Hedmark).

"Det psykiske helsearbeidet ivaretas av koord. for psykisk helse, direkte underlagt pleie og omsorg. Gjelder både barn, unge og voksne." (kommune i Nord-Trøndelag).

"Tjenesten er organisert under virksomhet Helse, psykiatri og barnevern" (kommune i Hedmark).

"Vår teneste er organisert i Helseavdeling saman med helsestasjon. Dette opplever me som ei god løysing og mulighet til nært og effektiv tenestelinje. Me har felles leiar." (kommune i Hordaland).

OM KVALITETEN

Her har kommunen fått anledning til å si om organiseringen av kommunale tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser som et ansvar hos rådmann/helsesjef hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis.

Noen fremhever tverrfaglig samarbeid og god tilgjengelighet:

"Lågterskeltilbod. Fungerer bra. Psykiatrisk sjukepleiar inne i skulen. Kort henvisningstid til psykolog. Lett å ta kontakt. Ligg til rette for godt tverrfagleg samarbeid." (kommune i Møre og Romsdal).

"Vi ser at organiseringen fremmer kvaliteten. I en liten kommune vil psykisk helsearbeid bli svært sårbar hvis det er en egen enhet. Vi sikrer et fagmiljø og en robust tjeneste ved vår organisering." (kommune i Sør-Trøndelag).

Noen opplever imidlertid organiseringen utfordrende på noen punkter.

"Litt større utfordring i f.h.t. at helsesøster ofte er den som kommer tidligst inn i denne gruppen, og hører til en annen avd. Men pga. kommunestørrelsen og lokalitetene fungerer det likevel tilfredsstillende." (kommune i Nord-Trøndelag).

4.6 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi valgt å presentere et knippe sitater som hver for seg belyser ulike forhold kommunen har opplevd med den modellen de har organisert det psykiske helsearbeidet sitt etter. Basert på kommentarfeltene som er fylt ut i IS-24 er det ikke mulig å gjøre en sammenligning og vurdering av hva som er mest eller minst vanlig av erfaringer med modellene blant kommunene. Det har heller ikke vært hensikten. Samtidig ser vi at det er beskrivelser som går igjen. I hvor stor grad dette er systematisk knyttet til andre forhold eller kjennetegn ved kommunen kan vi ikke si noe om, men vi mener at dette er forhold som kan undersøkes nærmere i videre kartlegginger.

Tjerbo, Zeiner og Helgesen (2012) finner, basert på en sammenligning av rapportert organisering i IS-24 (2009) og surveydata (2011), grunn til å tro at det er vanskelig for kommunene å skille mellom egne tjenester (der psykisk helsearbeid er organisert innenfor en større enhet som også omfatter andre tjenester), og integrerte tjenester (der psykisk helsearbeid i sin helhet utføres av andre etablerte tjenester). Dette er et inntrykk vi også sitter igjen med etter å ha gått gjennom kommentarene til kommunene.

Generelt ser vi at kommunene gir uttrykk for at den valgte organisering av tjenesten bidrar til bedre kvalitet på tilbudet som gis. En viktig faktor synes imidlertid å være fagpersonen(e) som skal yte tjenestene. Både organiseringen og kvaliteten på tjenestene synes i stor grad å dreie seg om hvorvidt ansvaret for tjenesten er knyttet til konkrete fagpersoner og om disse er samlet i et fagmiljø, enten innad i en enhet eller på tvers av enheter.

Videre ser vi at lav terskel til tjenesten fremheves som god kvalitet, særlig der kommunen har en organiseringsmodell direkte underlagt rådmann eller helsesjef. Andre stikkord er samarbeid som er et moment som går igjen der tjenestene er integrert i flere enheter, gjerne ved at det er godt. Robusthet fremstår også som et viktig aspekt ved tjenestene, spesielt sett i sammenheng med samarbeid mellom enheter. Dette gjelder der tjenesten er oppgitt å være organisert i egen enhet.

Vi har sett at løsningene varierer i stor grad mellom kommunene, og vi vil anta at det gjøres lokale tilpasninger fra kommune til kommune. Det er særlig tydelig at en integrert organisering av tjenesten varierer svært mye fra kommune til kommune, men det kan også se ut som om modellene går litt over i hverandre, og at det er uklart hva som er de viktigste forskjellene.

Hvilken modell som velges eller tas i bruk i kommunene er kanskje ikke den mest avgjørende faktoren for å kunne tilby gode tjenester i psykisk helsearbeid for voksne og barn og unge. Av kommentarene gitt av kommunene er det ofte de samme kvalitetene som trekkes frem som gode for kvaliteten på tjenestene. Disse dreier seg om å ha gode fagpersoner som har oversikt over kommunens tilbud, som har tilgang til andre fagpersoner både innenfor og på tvers av enheter, og å ha tjenester som er lett tilgjengelige for brukerne.

At det er opp til kommunene å avgjøre hvordan tjenestene skal organiseres, synes derfor fortsatt som et svært gyldig prinsipp.

5 UTVIKLING I ÅRSVERKSINNSATSEN I PSYKISK HELSEARBEID 2007-2011

I dette kapitlet går vi nærmere inn på 2011-tallene, med fokus på grafisk illustrasjon av utvikling i årsverksinnsatsen. Vi grupperer kommunene etter:

- Fylke
- Kommunestørrelse (antall innbyggere)
- KOSTRA-gruppe
- Helseregion

5.1 ÅRSVERK 2007-2011 ETTER FYLKE

Som vist i figuren på neste side, er det stor variasjon i årsverksinnsatsen per innbygger mellom fylkene.

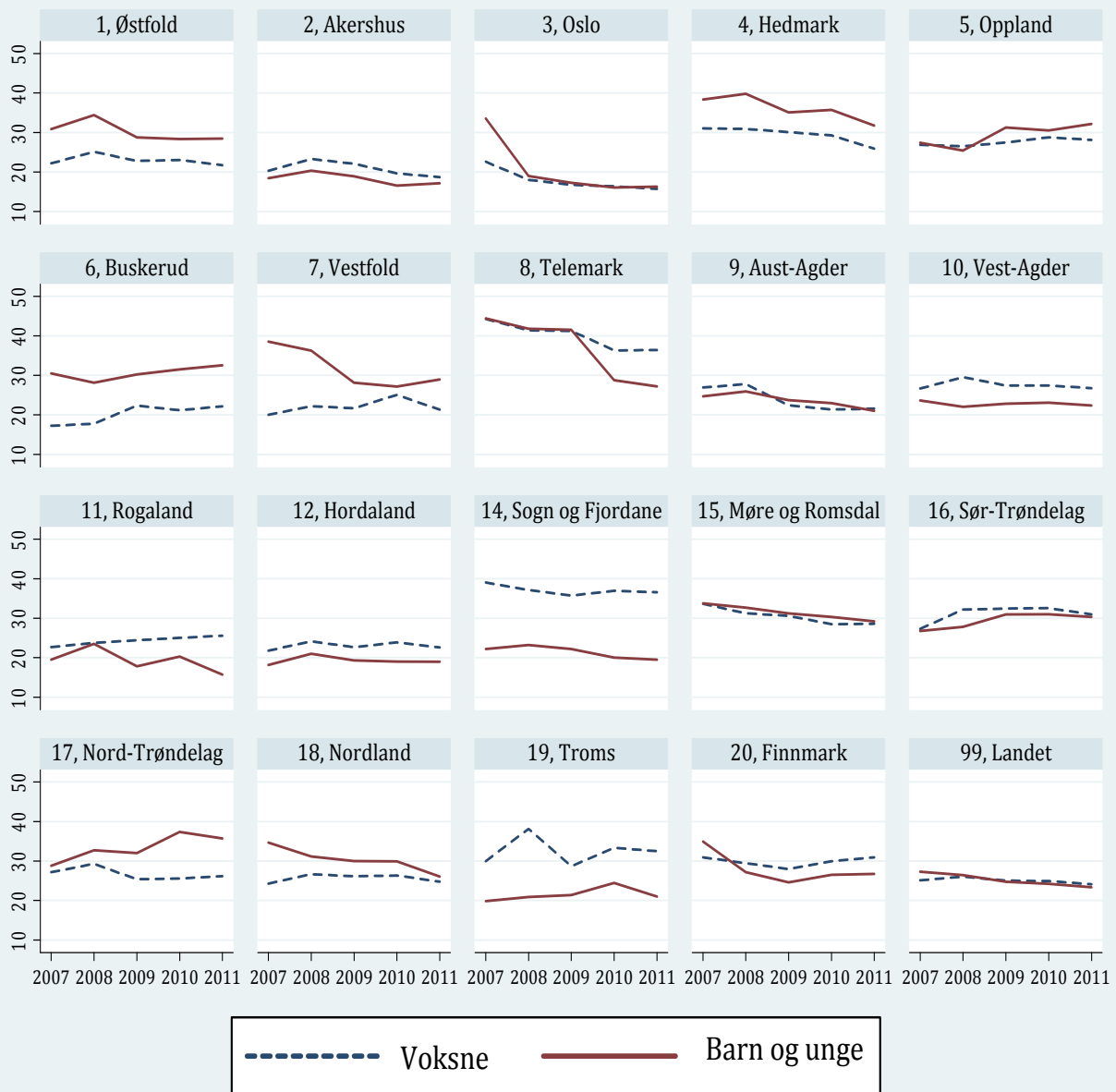
Figurene viser at årsverksinnsatsen i tjenester/tiltak rettet mot voksne med psykiske lidelser og problemer er høyest i Sogn og Fjordane, Telemark, Troms og Hedmark. Det er rapportert om sterk nedgang i årsverkene rettet mot voksne i kommunene i Telemark, mens vi observerer økning i Vestfold. For barn og unge ser vi særlig nedgang i Telemark og Vestfold. Kommunene i Buskerud og Sør-Trøndelag ser ut til å øke årsverksinnsatsen både i tjenester/tiltak til voksne og til barn og unge.

I figur 5.2 har vi gruppert kommunene etter størrelse. Vi bruker en finere inndeling her enn vi har gjort ellers i rapporten. Figurene viser at det ikke er en enkel lineær sammenheng mellom årsverksinnsats i psykisk helsearbeid og størrelse på kommunene. Det er de nest største kommunene som har flest årsverk per innbygger, både i tjenester og tiltak til voksne og til barn og unge. Det er også tydelig fra disse figurene at det er de aller største kommunene (de med over 50 000 innbyggere) som har færrest årsverk per innbygger. Det er også tydelig at det er årsverksinnsatsen i tjenester til barn og unge i de største kommunene som går ned (over 20 000 innbyggere). I de store kommunene er årsverksinnsatsen i tjenester til voksne stabil.

De aller minste kommunene har sterk økning i årsverksinnsatsen både i tjenester/tiltak rettet mot voksne og rettet mot barn og unge.

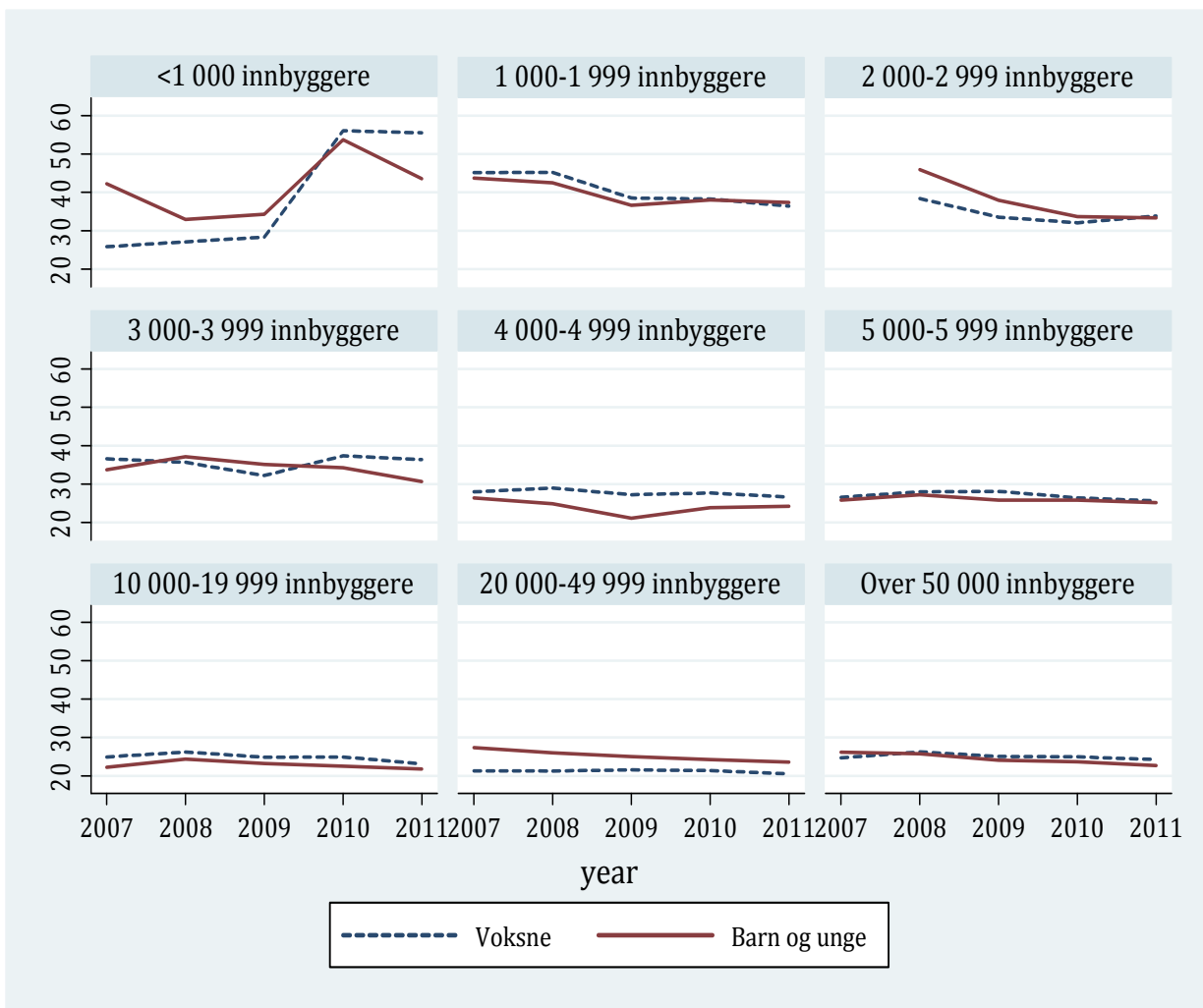
Figur 5.3 viser utviklingen i kommunene gruppert etter KOSTRA-gruppe. Her er også stor variasjon, og nedgangen i årsverksinnsatsen er særlig tydelig i KOSTRA-gruppe 5 (små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter) og i KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger), har særlig nedgang i årsverkene i tjenester til barn og unge.

Vi finner økning i årsverkene i perioden i KOSTRA-gruppe 3 (små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter), og KOSTRA-gruppe 11 (Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter).



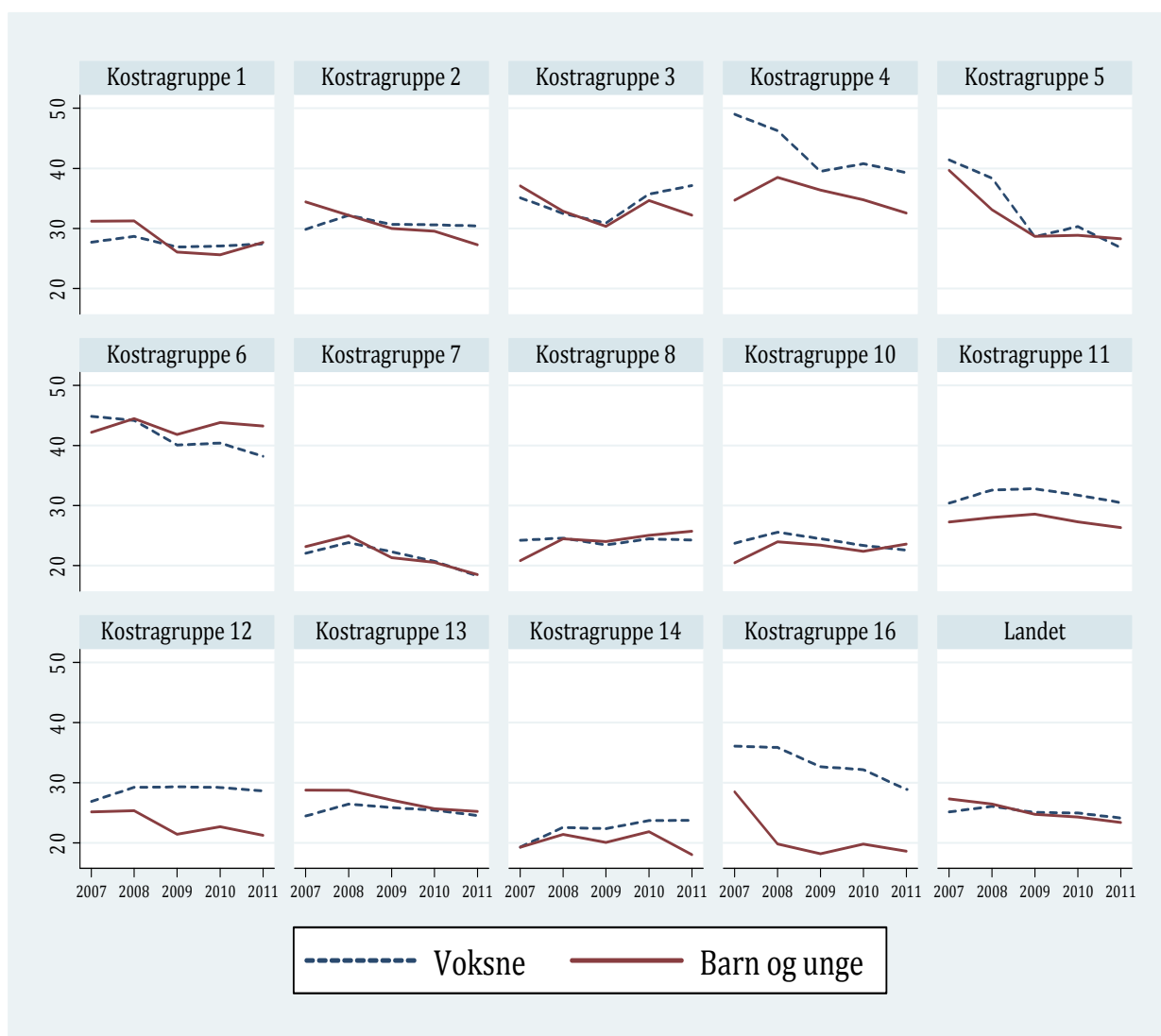
Figur 5.1 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, fylke. 2007-2011

5.2 ÅRSVERK 2007-2011 ETTER KOMMUNESTØRRELSE



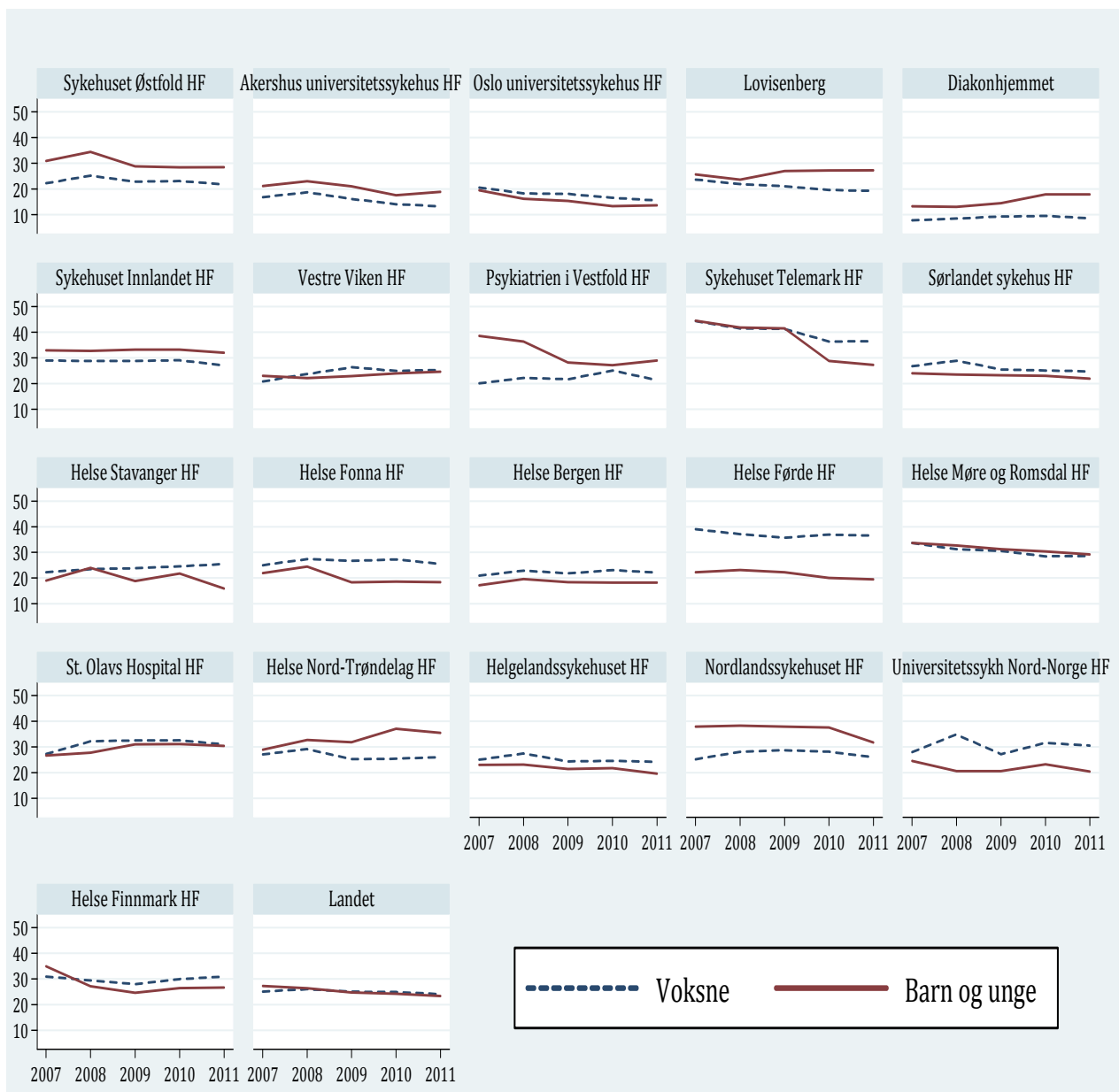
Figur 5.2 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, kommunestørrelse. 2007-2011

5.3 ÅRSVERK 2007-2011 ETTER KOSTRA-GRUPPE



Figur 5.3 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, Kostragruppe. 2007-2011

5.4 ÅRSVERK 2007-2011 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE



Figur 5.4 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, Helseforetaksområde. 2007-2011

I motsetning til i kapittel 6 ser vi her på tjenester til barn/unge og til voksne samlet når vi ser på tallene gruppert etter helseforetaksområde, altså i samme figur. I neste kapittel ser vi på tjenester til voksne og til barn og unge hver for seg, men da både årsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Som vi også viser i kapittel 6 er det høyest årsverksinnsats i psykisk helsearbeid per innbygger i tjenester til voksne i kommunene i Telemark, Helse Førde og St. Olavs Hospital. Årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak til barn og unge er nå særlig høy i kommunene i områdene Helse Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset.

Det er særlig lav årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, og det er også særlig her vi ser en tydelig nedgang de siste tre årene.

5.5 OPPSUMMERING

Tallene er etter fem år med rapportering og grundig datakontroll nå av en slik kvalitet at det er mulig å starte grafiske fremstillinger av tallene over ulike dimensjoner.

I dette kapitlet har vi gruppert kommunene på samme måte som i tidligere rapporter, men vi har her samlet informasjonen for alle årene, og vi kan dermed for andre gang produsere tidsserier for de enkelte grupperingene. Vi går ikke grundig inn i utviklingene vi observerer her, hovedsakelig fordi dette er gjort i tidligere rapporter (og i kapittel 9 i denne rapporten) for det enkelte år.

I disse første grafiske illustrasjonene kommer det tydelig frem at nedgangen i årsverkene i tjenester og tiltak til barn og unge, særlig skjer i de aller største kommunene. Årsverkene i tjenester til voksne er stabil i de største kommunene.

I de aller minste kommunene rapporteres det om sterk økning i årsverksinnsatsen både i tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge.

Det er særlig lav årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid i opptaksområdet til Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus, og nedgangen som vi har sett de siste årene ser ut til å fortsette. Det kan se ut som det særlig er de store kommunene som ikke får til å prioritere å opprettholde årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid. Dette kan ha mange forklaringer, men en av dem er at det er større konkurranse mellom de kommunale tjenestene i byene enn i de mindre kommunene der kanskje det er lettere å se tjenestene i sammenheng. Avstand til behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten er sannsynligvis også viktig, og vi vil se nærmere på dette i neste rapport.

6 PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALISTHELSETJENESTEN

I dette kapitlet skal vi undersøke sammenhengen mellom personellinnsats i tjenester og tiltak til mennesker med psykiske lidelser og vansker på ulike nivå. Det er i hovedsak to nivåer tjenester og tiltak ytes på, det er i:

- Spesialisthelsetjenesten (psykisk helsevern)
- Kommuner (psykisk helsearbeid)

Med psykisk helsevern menes spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever (jf. psykisk helsevernloven §§ 1-2).

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet mot mennesker med psykiske lidelser, deres familier og nettverk.⁹

Kapitlet viser utvikling i årsverksinnsatsen i tjenestene de siste fire årene gruppert etter helseregion og helseforetaksområde.

Årsverkstallene fra Spesialisthelsetjenesten er hentet fra Helsedirektoratets nettside¹⁰ og fra tidligere Samdata-rapporter levert fra SINTEF. Inndelingen i helseforetaksområder er gjort på samme måte som for sammenlikningsdataene i spesialisthelsetjenesten for 2011.¹¹ Helsedirektoratets tall er basert på innrapportering in Norsk pasientregister. Seks institusjoner rapporterte ikke pasientdata for voksne på individnivå i 2011, og for disse er tall fra tidligere år benyttet. For avtalespesialistene er det estimert at 90 prosent av virksomhetene har rapportert, mot 86 prosent i 2010 (Helsedirektoratet 2011a). For barn og unge mangler data fra én institusjon i 2011. For disse dataene er det en viss usikkerhet knyttet til registrering av tiltak samt registreringspraksis for pasienter som behandles i familieavdelinger (Helsedirektoratet 2011b)

6.1 INNLEDNING

I juni 2009 la Regjeringen Stoltenberg II fram Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Bakgrunnen for Samhandlingsreformen er at den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne i relativt nær fremtid. I tillegg er ikke pasientenes behov for koordinerte tjenester godt nok ivaretatt i dagens helsetjenester og tjenestene har for liten innsats rettet mot å begrense og forebygge sykdom.

⁹ Se Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (IS-1332) og Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405).

¹⁰ <http://helsedirektoratet.no/statistikk/samdata/datagrunnlag>

¹¹ Takk til Per Bernard Pedersen i Helsedirektoratet for lån av syntaks for gruppering av kommuner i opptaksområder.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Målene med Samhandlingsreformen er konkretisert i følgende punkter:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet og kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Stortinget har ved behandling av samhandlingsmeldingen understreket at tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengighet er høyt prioritert. Samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunene, med en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene.

I 2009 beregnet vi at hele 70 prosent av voksne brukere av kommunale tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser og vansker, også mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten (Ose et al., 2010a). Det er derfor i stor grad behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester innen tjenester rettet mot mennesker med psykiske lidelser. Våre analyser har blant annet vist at det ikke er noen generell systematisk sammenheng mellom årsverksinnsats i kommunen og relativt antall pasienter i psykisk helsevern som er bosatt i kommunen. Dersom vi kun ser på de 15 største kommunene er imidlertid sammenhengen relativt klar. Kommuner med mange voksne innbyggere som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten, har også relativt mange årsverk knyttet til det kommunale psykiske helsearbeidet (PHA). Kommuner med relativt færre pasienter bosatt har relativt færre årsverk i PHA. Dette kan bety at de store kommunene i stor grad tilpasser tjenestene til etterspørselen, noe vi også har funnet indikasjoner på i tidligere analyser (Ose et al., 2009).

18. oktober 2010 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov på høring. Forslaget var en oppfølging av blant annet St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble vedtatt i 2011 (LOV-2011-06-24-30). Loven skal sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er nå lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det er opprettet en ny koordinatorordning for individuell plan, og kommunene plikter å sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunene har nå økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, og de har finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Fastlegene trekkes frem som sentrale i oppfølgingen av samhandlingsreformen, og det skal utvikles gode alternativer i kommunene til sykehusinnleggelser for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling. Kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil kunne gi insentiver til å etablere slike tilbud i kommunene.

Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har kommunene bygget opp tjenester for mennesker med psykiske lidelser og problemer. 2008 var siste året i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Gjennom Opptrappingsplanen har kommunene mottatt øremerkede midler. Justert for prisendring har det vært en vekst i tildeling og bruk av øremerkede midler på nær 2,7 milliarder kroner til psykisk helsearbeid. Helsedirektoratet har fulgt kommunene tett i perioden og det foreligger en detaljert oversikt over bruken av statlig øremerkede midler og måloppnåelse i det psykiske helsearbeidet i kommunene for hele perioden i form av årlige SINTEF-rapporter. Den siste rapporten viser om målene i Opptrappingsplanen ble nådd (Kaspersen & Ose, 2010).

Kommunene har i svært stor grad oppfylt målene for Opptrappingsplanen for psykisk helse. Perioden har vært preget av tett og kompetent oppfølging av kommunene fra Helsedirektoratet via Fylkesmannen. Kommunene har dermed et godt grunnlag for det videre arbeidet med å utvikle kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det er likevel fortsatt store udekkede behov. Mange av dem som har udekkede behov har alvorlige psykiske lidelser og omfattende hjelpebehov. Selv om det fortsatt er behov for flere egnede boliger, for eksempel omsorgsboliger, er det særlig mange som har udekkede behov for støttetjenester som støttekontakt, arbeidstilbud og dagtilbud (Lilleeng et al., 2009a; Lilleeng et al., 2009b).

Psykisk helsevern består av sykehusfunksjoner, distriktpsikiatriske sentre (DPS), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og privatpraktiserende spesialister. DPS har ansvaret for behandlingstilbudet på lokalsykehusnivå med spesialisert utredning og behandling, og skal tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant, eller som dag- og døgnbehandling. DPS skal bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning, og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av psykisk helsevern.

Psykisk helsearbeid i kommunene forutsettes å legge til rette for prosesser som styrker mestring og egenomsorg, funksjonsevne, samhandling og tilpasning i lokalsamfunnet. Å forebygge at vanlige livskriser utvikler seg til psykiske lidelser er i første rekke en utfordring for arbeidsliv, barnehage, skole, fritidsarenaer, idrettsmiljø mv. Helse- og omsorgstjenesten skal på sin side delta i, og understøtte det forebyggende arbeidet, ved siden av tjenestens støttende og kurative funksjoner. Psykiske helsetjenester i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling forøvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Kommunene skal også ha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen, og over behovet for tiltak og tjenester. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om psykisk helsearbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle i samarbeid med psykisk helsevern for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusmisbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik mv.

Sammenstillingen som presenteres under ble gjort første gang i SAMDATA-rapporten fra 2008 (siste rapport fra SINTEF), se kapittel 9 (Pedersen et al., 2009) og deretter gjentatt i en egen SINTEF-rapport for 2009- tallene (Ose et al., 2010a).

Vi har nå satt sammen tall fra 2007-2011 både for spesialisthelsetjenesten og for psykisk helsearbeid i kommunene. Sammenstillingen er gjort basert på Helseforetaksstrukturen i 2011. Det betyr at kommunene som ligger i opptaksområdet til ett helseforetak (HF) i 2011, men et annet i 2008, er her plassert etter 2011-strukturen for at datagrunnlaget skal være sammenliknbart fra år til år.

6.2 UTVIKLING I PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2011 ETTER HELSEREGION – TJENESTER TIL VOKSNE

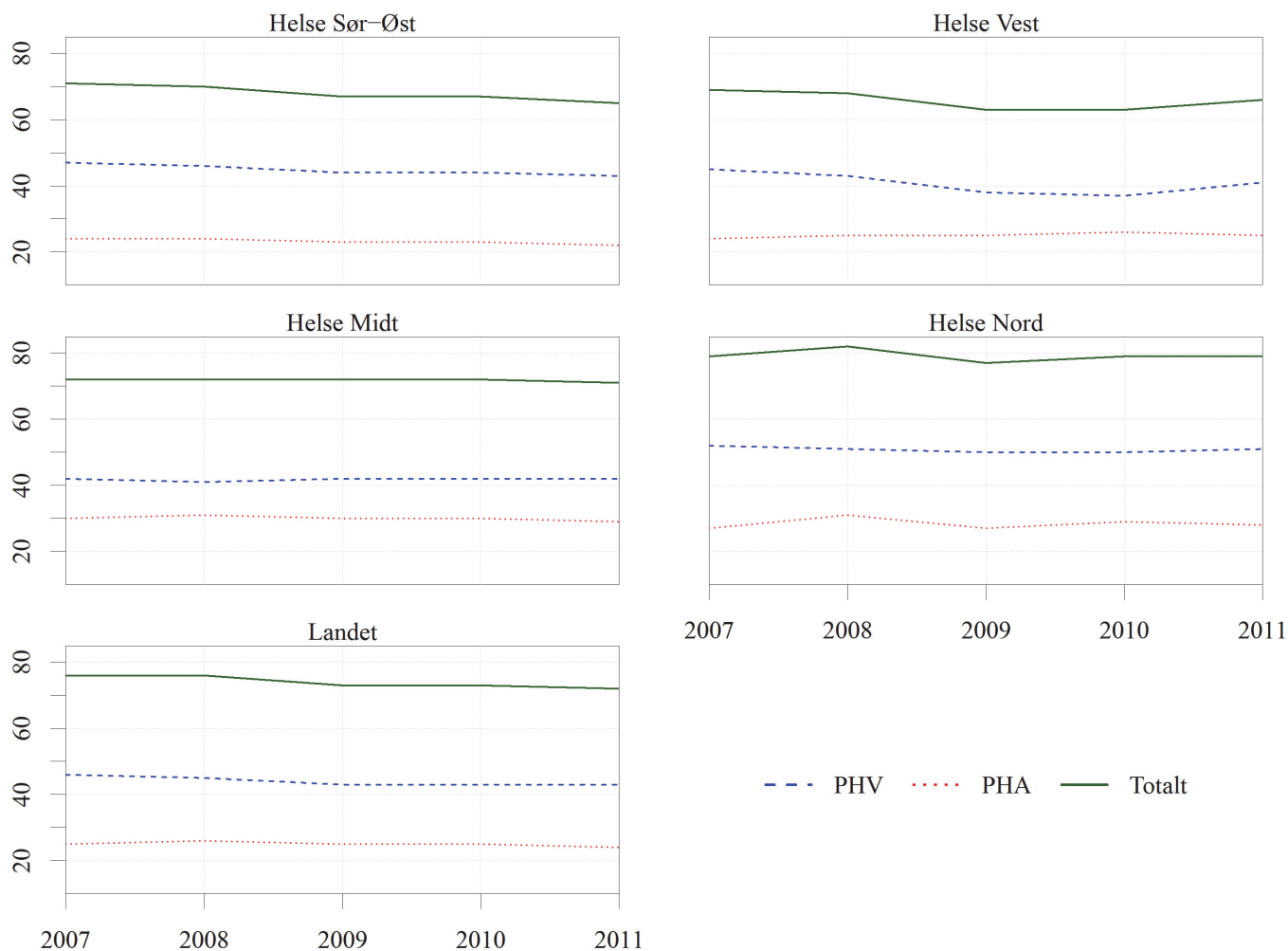
Tabell 6.1 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne, 2007-2011

	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	9 517	9 600	9 203	9 347	9 389	4 918	5 014	4 935	4 863	4 727
Helse Vest	3 302	3 199	2 923	2 913	3 272	1 774	1 909	1 899	2 008	2 006
Helse Midt-Norge	2 033	2 096	2 174	2 212	2 246	1 436	1 600	1 577	1 559	1 555
Helse Nord	1 847	1 831	1 784	1 813	1 859	964	1 103	981	1 062	1 039
Landet	16 700	16 726	16 084	16 284	16 766	9 092	9 627	9 392	9 492	9 327

Tabell 6.2 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbygger, 2007-2011

	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	47	46	44	44	43	24	24	23	23	22
Helse Vest	45	43	38	37	41	24	25	25	26	25
Helse Midt-Norge	42	41	42	42	42	30	31	30	30	29
Helse Nord	52	51	50	50	51	27	31	27	29	28
Landet	46	45	43	43	43	25	26	25	25	24

Tallene i tabell 6.2 er fremstilt grafisk i neste figur.



Figur 6.1 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne, per 10 000 innbyggere

Figur 6.1 viser at Helse Nord tydelig ligger med den høyeste årsverksinnsatsen i PHV, og dermed har høyest totalinnsats (PHV og PHA samlet).

Kommunene i Helse Midt-Norge ligger høyest i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid, marginalt over Helse Nord, mens Helse Sør-Øst ligger lavest i forhold til antall innbyggere.

Helse Sør-Øst har tydeligst nedgang i årsverkene i PHV og totalt, etter at nedgangen i Helse Vest snudde fra 2010 til 2011. Størst forskjell mellom innsats i PHV og PHA er i Helse Sør-Øst og i Helse Nord, og det kan kanskje tenkes at det er her potensialet for samhandlingsreformen innen psykiske helsetjenester er størst.

6.3 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2011 ETTER HELSEREGION – TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Tabell 6.3 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge

	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	2 095	2 175	2 045	2 088	2 099	1 762	1 612	1 516	1 430	1 441
Helse Vest	663	642	454	489	663	467	545	466	487	438
Helse Midt-Norge	457	477	505	493	506	439	473	483	496	480
Helse Nord	468	472	412	436	432	321	289	278	290	255
Landet	3 683	3 766	3 415	3 505	3 700	2 989	2 920	2 744	2 703	2 614

Tabell 6.4 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 barn og unge innbyggere

	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør-Øst	35	36	34	34	34	30	27	25	24	24
Helse Vest	27	26	18	20	27	19	22	19	20	18
Helse Midt-Norge	31	31	33	32	33	30	31	31	32	31
Helse Nord	43	44	39	41	41	30	27	26	28	24
Landet	34	34	31	31	33	27	26	25	24	23

Vi illustrerer dette på samme måten som for voksne.

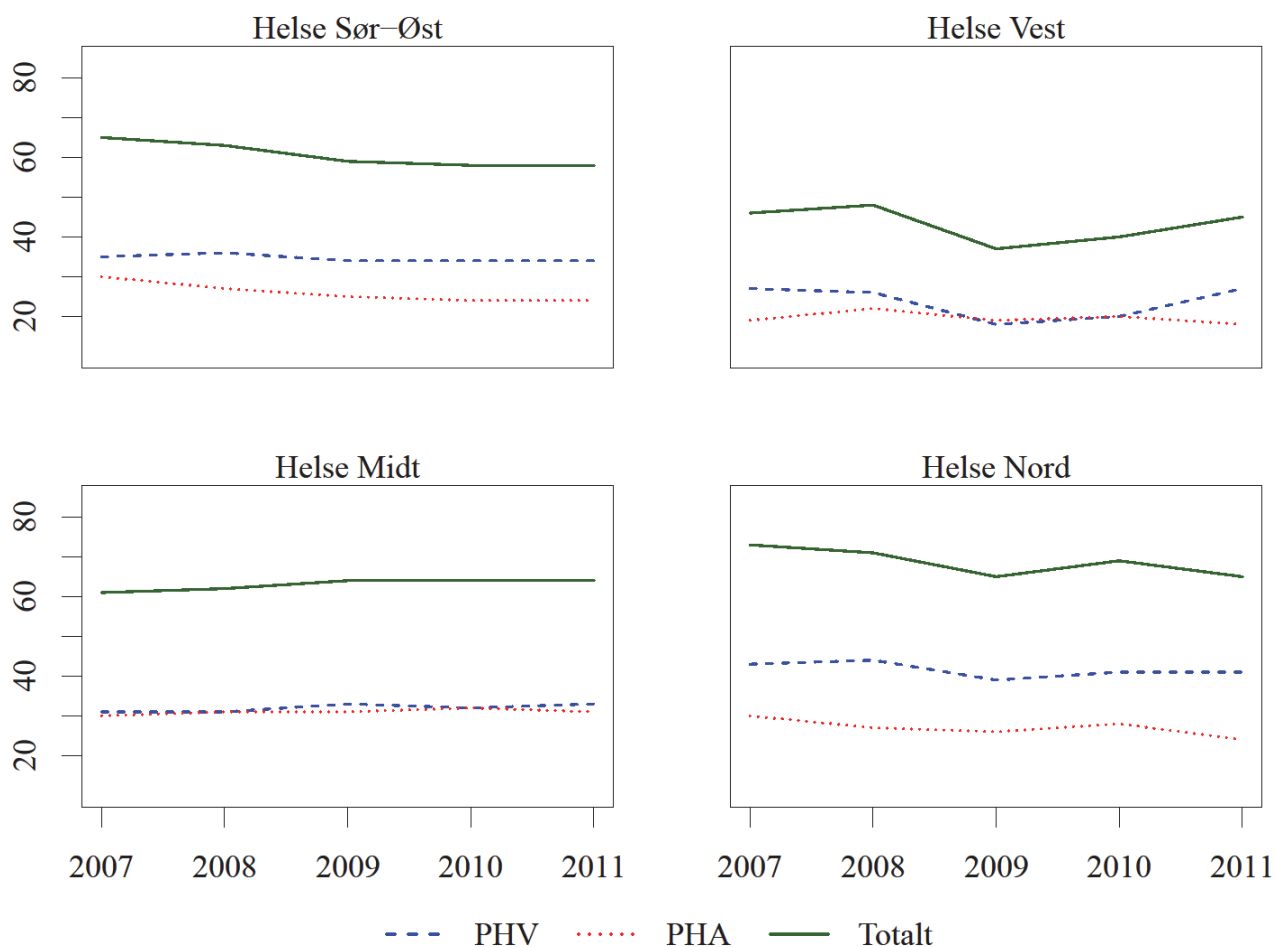
Fra figur 6.2 ser vi at Helse Nord ligger høyest i årsverksinnsatsen også i tjenester og tiltak til barn og unge totalt, og at på samme måte som i tjenester og tiltak for voksne, skyldes dette relativt høy årsverksinnsats i spesialisthelsetjenesten (PHV). Kombinasjonen av en nedadgående trend i Helse Nord og gradvis økning i Helse Midt-Norge gjør imidlertid at forskjellen mellom disse to er marginal.

Gjennom en økning i antall årsverk innen PHV har Helse Vest kompensert for mye av nedgangen fra 2008 til 2009, men denne regionen ligger fortsatt lavest på både PHV og PHA. Fallet i Helse Sør-Øst har også flatet ut¹².

Som i tjenester rettet mot voksne brukere, ser vi også her at forskjellen i årsverksinnsatsen mellom spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og vansker, er størst i Helse Sør-Øst og Helse Nord.

Et viktig forskningsprosjekt vil være å finne ut hva disse forskjellene skyldes og om det er et uttrykk for en mulig ubalanse mellom innsatsen i ulike nivåer, og/eller om det er et uttrykk for et stort potensial for mer effektiv fordeling av oppgaver mellom tjenestenivåene.

¹² Oslo har i perioden endret måten å anslå årsverksinnsatsen på, men etter 2009 er endringene reelle.



Figur 6.2 Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 barn og unge innbyggere

6.4 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2011 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE – TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 6.5 viser vi antall årsverk totalt i hhv. psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid beregnet på følgende måte:

- Psykisk helsevern (PHV): Aggregert årsverksinnsats fra hver institusjon i helseforetaksområde for spesialisthelsetjenesten
- Psykisk helsearbeid (PHA): Aggregert årsverksinnsats fra alle kommunene som ligger i opptaksområdet for de enkelte helseforetak for kommunalt psykisk helsearbeid (IS-24).

Tabell 6.5 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne

	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Østfold HF-område	696	698	770	776	775	455	523	480	492	472
Akershus HF-område	729	748	723	751	1 233*	380	432	380	338	256
Oslo universitets- sykehus	2 285	2 222	1 782	1 713	1 343*	1 104	915	894	866	915
Innlandet HF-område	1 388	1 425	1 366	1 436	1 462	849	847	855	868	815
Vestre Viken HF	1342	1 363	1 176	1 203	1 179	653	756	853	820	848
Vestfold HF-område	623	631	677	689	616	350	394	389	456	393
Telemark HF-område	406	463	621	633	593	576	543	545	484	488
Sørlandet HF-område	838	818	835	879	880	551	604	540	539	540
Direkte under Helse Sør-Øst	1 210	1 232	1 253	1 268	1 308					
Helse Sør-Øst	9 517	9 600	9 203	9 347	9 389	4 918	5 014	4 935	4 863	4 727
Stavanger HF-område	889	810	870	798	883	518	559	581	613	647
Fonna HF-område	578	573	581	562	563	314	348	344	355	337
Bergen HF-område	1 059	1 024	711	833	1 045	629	703	683	736	718
Førde HF-område	353	361	314	260	298	313	299	291	304	303
Direkte under Helse Vest	422	433	447	459	483					
Helse Vest	3 302	3 199	2 923	2 913	3 272	1 774	1 909	1 899	2 008	2 005
Helse Møre og Romsdal HF**	696	699	668	698	670	573	596	592	558	568
St. Olavs Hospital HF-område	926	965	1 058	1 078	1 111	593	711	730	742	718
Nord-Trøndelag HF-område	412	432	448	417	445	270	293	256	260	269
Direkte under Helse Midt-Norge					19					
Helse Midt-Norge	2 033	2 096	2 174	2 212	2 246	1 436	1 600	1 577	1 559	1 555
Helgeland HF-område	116	118	90	94	118	148	163	146	148	147
Nordland HF-område	613	614	624	620	631	248	279	287	284	265
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	841	811	766	797	816	398	498	392	460	450
Finnmark HF-område	205	203	220	221	218	170	163	156	169	177
Direkte under Helse Nord	72	85	84	82	77					
Helse Nord	1 847	1 831	1 784	1 813	1 859	964	1 103	981	1 062	1 039
Landet	16 700	16 726	16 084	16 284	16 766	9 092	9 627	9 392	9 492	9 326

* Endringer i opptaksområdene fra 1.1.2011 førte til en forskyvning av årsverk innen PHV mellom Akershus HF-område og Oslo universitetssykehus.

** Merk at Sunnmøre HF-område og Nordmøre og Romsdal HF-område har blitt slått sammen. Dette gir noen avvik i forhold til tallene tidligere år.

I neste tabell viser vi de samme tallene, men da per 10 000 innbyggere.

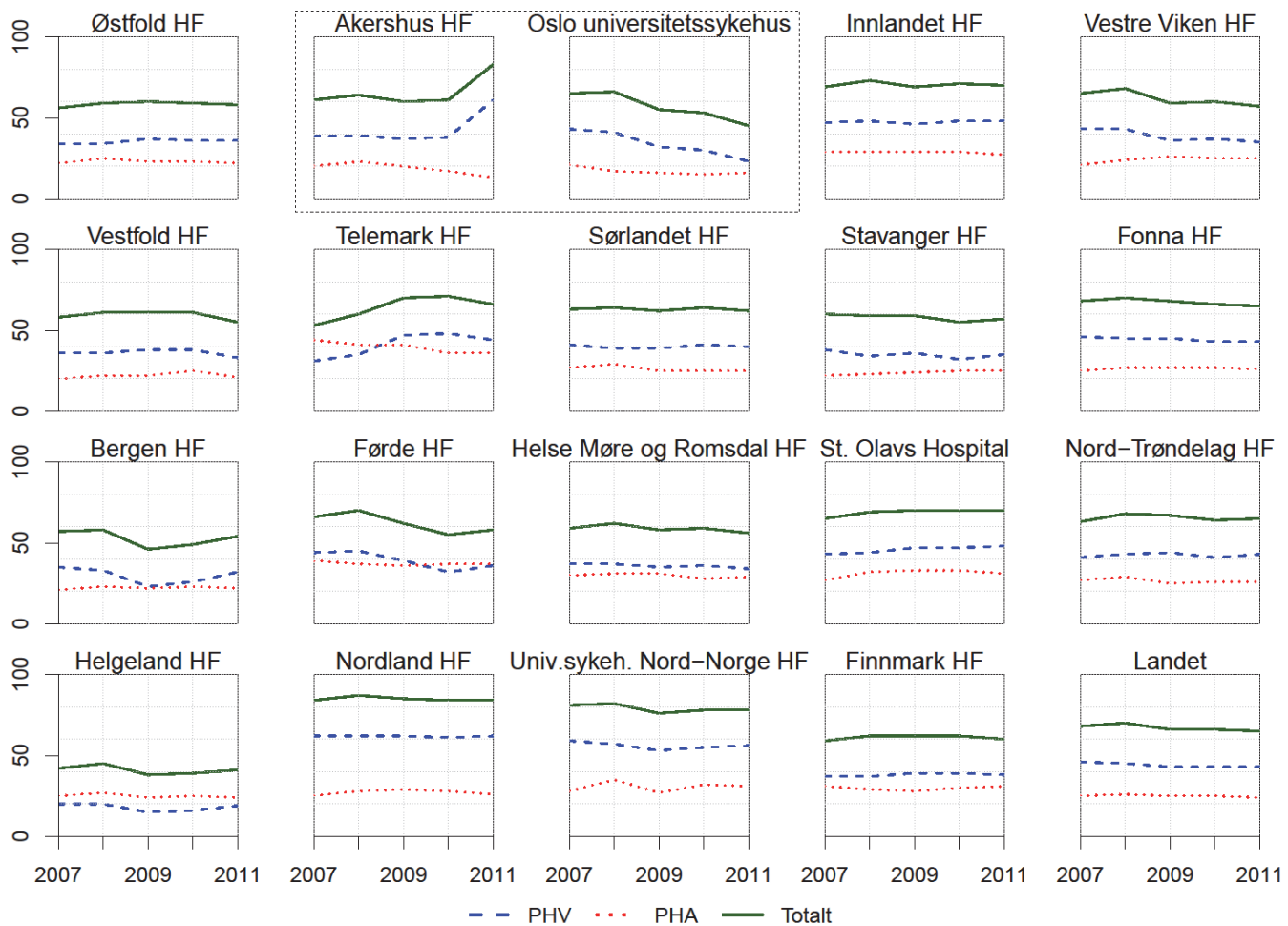
Tabell 6.6 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbyggere

	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Østfold HF-område	34	34	37	36	36	22	25	23	23	22
Akershus HF-område	39	39	37	38	61*	20	23	20	17	13
Oslo universitets- sykehus	43	41	32	30	23*	21	17	16	15	16
Innlandet HF-område	47	48	46	48	48	29	29	29	29	27
Vestre Viken HF	43	43	36	37	35	21	24	26	25	25
Vestfold HF-område	36	36	38	38	33	20	22	22	25	21
Telemark HF-område	31	35	47	48	44	44	41	41	36	36
Sørlandet HF-område	41	39	39	41	40	27	29	25	25	25
Helse Sør-Øst	47	46	44	44	43	24	24	23	23	22
Stavanger HF-område	38	34	36	32	35	22	23	24	25	25
Fonna HF-område	46	45	45	43	43	25	27	27	27	26
Bergen HF-område	35	33	23	26	32	21	23	22	23	22
Førde HF-område	44	45	39	32	36	39	37	36	37	37
Helse Vest	45	43	38	37	41	24	25	25	26	25
Helse Møre og Romsdal HF **	37	37	35	36	34	30	31	31	28	29
St. Olavs Hospital HF-område	43	44	47	47	48	27	32	33	33	31
Nord-Trøndelag HF-område	41	43	44	41	43	27	29	25	26	26
Helse Midt-Norge	40	41	42	42	42	28	31	30	30	29
Helgeland HF-område	20	20	15	16	19	25	27	24	25	24
Nordland HF-område	62	62	62	61	62	25	28	29	28	26
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	59	57	53	55	56	28	35	27	32	31
Finnmark HF-område	37	37	39	39	38	31	29	28	30	31
Helse Nord	52	51	50	50	51	27	31	27	29	28
Landet	46	45	43	43	43	25	26	25	25	24

* Endringer i opptaksområdene fra 1.1.2011 fører til en forskyvning av årsverk innen PHV mellom Akershus HF-område og Oslo universitetssykehus.

** Merk at Sunnmøre HF-område og Nordmøre og Romsdal HF-område har blitt slått sammen. Dette gir noen avvik i forhold til tallene tidligere år.

I neste figur viser vi nivå og utvikling i psykisk helsevern og i psykisk helsearbeid for alle HF-områdene i landet for tjenester og tiltak rettet mot voksne med psykiske lidelser og vansker.



Figur 6.3 Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne per 10 000 innbyggere 18+ etter HF-område

Det er som vist over betydelige forskjeller mellom de ulike helseforetaksområdene i tilbudet til voksne (målt etter årsverksinnsats i tjenesten), både i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og samlet. Bemerk at for Akershus HF og Oslo universitetssykehus ble grensene for opptaksområdene innen PHV endret fra 1.1.2011, noe som medfører en tilsynelatende sterk vekst i Akershus, og et fall i Oslo. Sett samlet har disse to en økning fra 2 464 til 2 576 PHV-årsverk, opp 4,5 prosent fra 2010.

Totalt sett stiger antall årsverk innen PHV fra 16 284 til 16 766 fra 2010 til 2011. Antall årsverk per 10 000 innbyggere spenner fra 19 i Helgeland HF-område til 62 i Nordland HF-område. Både Helgeland og Nordland har flere PVH-årsverk i 2011 enn 2010, hhv. 24 og 11 flere. Landsgjennomsnittet innen PHV for voksne i 2011 er 43 årsverk per 10 000 innbyggere, det samme som de to foregående årene.

For kommunalt organisert psykisk helsearbeid går antall årsverk for voksne ned fra 9 492 til 9 326. Sett i forhold til innbyggertallet ligger Akershus og Oslo lavest, med hhv. 13 og 16 årsverk per 10 000 innbyggere. Til forskjell fra PHV, hvor Akershus stiger og Oslo synker, så ligger nivået stabilt, mens Akershus synker fra 17 til 13 (en rapportert reduksjon på 82 årsverk). I motsatt ende av skalaen finner vi Telemark og Førde HF-områder, med hhv. 36 og 37 årsverk per 10 000 innbyggere. Nivået for landet totalt er 24 årsverk.

6.5 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2011 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE – TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Tabell 6.7 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge

Helseforetak	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Østfold HF-område	247	241	141	151	159	185	207	174	172	173
Akershus HF-område	224	245	230	222	322*	156	173	159	135	115
Oslo universitets- Sykehus	486	461	421	425	300*	411	259	243	224	259
Innlandet HF-område	215	270	269	279	289	264	260	263	261	250
Vestre Viken HF	316	332	339	333	336	225	217	227	239	248
Vestfold HF-område	179	177	183	191	186	199	188	146	141	151
Telemark HF-område	75	73	88	104	101	163	152	150	104	98
Sørlandet HF-område	190	207	204	211	201	159	156	155	155	148
Direkte under Helse Sør-Øst	163	169	171	171	205					
Helse Sør-Øst	2 095	2 175	2 045	2 088	2 099	1 762	1 612	1 516	1 430	1 442
Stavanger HF-område	231	202	167	172	208	155	197	156	183	136
Fonna HF-område	98	103	88	96	103	92	102	77	78	78
Bergen HF-område	224	230	98	122	247	162	186	176	175	176
Førde HF-område	88	84	80	75	83	58	60	57	51	49
Direkte under Helse Vest	22	23	22	23	22					
Helse Vest	663	642	454	489	663	467	545	466	487	439
Helse Møre og Romsdal HF**	143	145	170	166	172	175	190	181	176	170
St. Olavs Hospital HF-område	217	221	232	230	225	173	181	202	204	199
Nord-Trøndelag HF-område	97	111	102	97	109	91	103	100	116	111
Helse Midt-Norge	457	477	505	493	506	439	473	483	496	480
Helgeland HF-område	68	68	40	39	44	41	41	37	38	34
Nordland HF-område	171	173	156	151	158	114	114	112	110	92
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	151	157	135	154	143	105	88	87	97	84
Finnmark HF-område	78	74	80	91	87	61	47	42	45	44
Helse Nord	468	472	412	436	432	321	289	278	290	254
Landet	3 683	3 766	3 415	3 505	432	2 989	2 920	2 744	2 703	2 614

* Endringer i opptaksområdene fra 1.1.2011 førte til en forskyvning av årsverk innen PHV mellom Akershus HF-område og Oslo universitetssykehus.

** Merk at Sunnmøre HF-område og Nordmøre og Romsdal HF-område har blitt slått sammen. Dette gir noen avvik i forhold til tallene tidligere år.

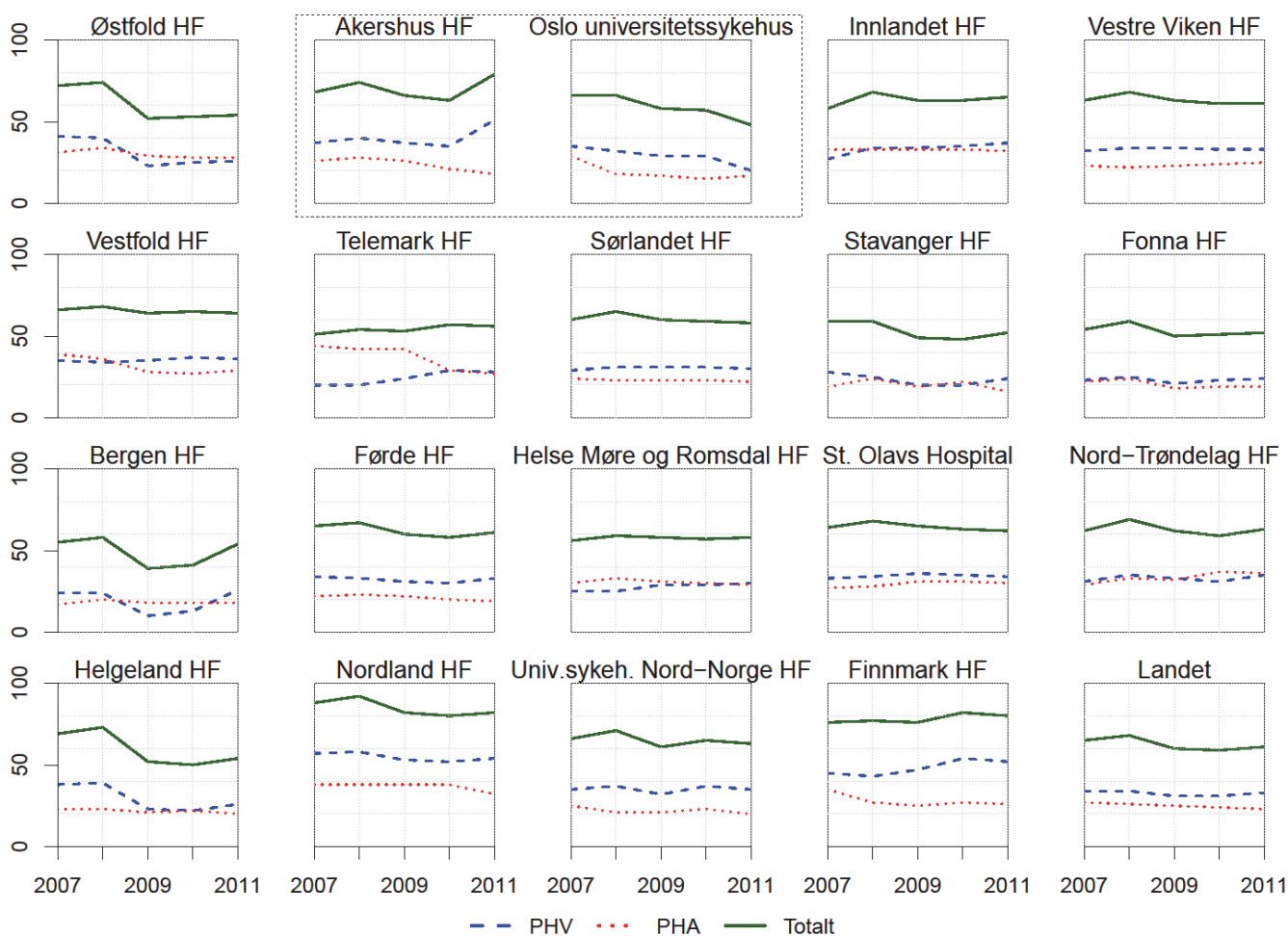
Tabell 6.8 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge per 10 000 barn og unge innbyggere

Helseforetak	PHV					PHA				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Sykehuset Østfold	41	40	23	25	26	31	34	29	28	28
Akershus universitets- sykehus	37	40	37	35	51*	26	28	26	21	18
Oslo universitetssykehus	35	32	29	29	20*	29	18	17	15	17
Sykehuset Innlandet	27	34	34	35	37	33	33	33	33	32
Vestre Viken	32	34	34	33	33	23	22	23	24	25
Psykiatrien i Vestfold	35	34	35	37	36	39	36	28	27	29
Sykehuset i Telemark	20	20	24	29	28	44	42	42	29	27
Sørlandet sykehus	29	31	31	31	30	24	23	23	23	22
Helse Sør-Øst	35	36	34	34	34	30	27	25	24	24
Helse Stavanger	28	25	20	20	24	19	24	19	22	16
Helse Fonna	23	25	21	23	24	22	24	18	19	19
Helse Bergen	24	24	10	13	26	17	20	18	18	18
Helse Førde	34	33	31	30	33	22	23	22	20	19
Helse Vest	27	26	18	20	27	19	22	19	20	18
Helse Møre og Romsdal **	25	25	29	29	30	30	33	31	30	29
St Olavs Hospital	33	34	36	35	34	27	28	31	31	30
Helse Nord-Trøndelag	31	35	33	31	35	29	33	32	37	36
Helse Midt-Norge	30	31	33	32	33	28	31	31	32	31
Helgelandssykehuset	38	39	23	22	26	23	23	21	22	20
Nordlandssykehuset	57	58	53	52	54	38	38	38	38	32
Universitetssykehuset i Nord-Norge	35	37	32	37	35	25	21	21	23	20
Helse Finnmark	45	43	47	54	52	35	27	25	27	26
Helse Nord	43	44	39	41	41	30	27	26	28	24
Landet	34	34	31	31	33	27	26	25	24	23

* Endringer i opptaksområdene fra 1.1.2011 førte til en forskyvning av årsverk innen PHV mellom Akershus HF-område og Oslo universitetssykehus.

** Merk at Sunnmøre HF-område og Nordmøre og Romsdal HF-område har blitt slått sammen. Dette gir noen avvik i forhold til tallene tidligere år.

I neste figur illustreres dette grafisk.



Figur 6.4 Antall årsverk per innbygger i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 innbyggere etter HF-område

Nordlandssykehuset og Helse Finnmark har den høyeste årsverksinnsatsen innen PHV for barn og unge i forhold til innbyggertallet i 2011, med hhv. 54 og 52 årsverk. Akershus HF rangerer på tredjeplass etter økningen fra 2010 til 2011. Denne økningen skyldes imidlertid delvis en omfordeling av opptaksområdene mellom Akershus HF og Oslo universitetssykehus. Økningen i Akershus er ikke stor nok til å kompensere for nedgangen i Oslo, så samlet er det en nedgang på 3,9 prosent eller 25 årsverk i deres opptaksområder.

Helse Stavanger og Helse Fonna rangerer nederst innen PHV, med 24 årsverk per 10 000 innbyggere. På samme måte som for voksne rangerer også Helgelandssykehuset, med 26 årsverk lavt når det gjelder årsverk innenfor PHV. Dette plasserer Helgelandssykehuset på samme nivå som Helse Bergen som til tross for sitt relativt lave nivå har doblet innsatsen i forhold til de 13 årsverkene de rapporterte i 2010. Dette innebærer også at innen Helse Vest er det dermed bare Helse Førde som tangerer landsgjennomsnittet på 33 årsverk.

For kommunalt organisert psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge, er det Helse Nord-Trøndelag og Sykehuset innlandet som har den høyeste årsverksinnsatsen sett i forhold til befolkningsstørrelsen, med hhv. 36 og 32 årsverk per 10 000 innbyggere. Landsgjennomsnittet er, til sammenligning, 23 årsverk. Helse Stavanger rapporterer den laveste innsatsen, med 16 årsverk. De andre foretakene i Helse Vest rapporterer også lave tall – gjennomsnittlig 18 årsverk, mot 24 i Helse Sør-Øst og Helse Nord, og 31 i Helse

Midt-Norge. På samme måte som for voksne rangerer også Oslo og Akershus lavt når det gjelder årsverksinnsats i forhold til innbyggertallet, med hhv. 17 og 18 årsverk per 10 000 innbyggere.

Områdene som har dårligst dekning for barn og unge med psykiske lidelser og problemer, målt etter årsverksinnsats i begge nivå, er områdene i Helse Vest – Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger, der vi spesielt observerer lave nivå i spesialisthelsetjenesten.

6.6 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi illustrert variasjon i nivå og utvikling i årsverksinnsatsen både for spesialisthelsetjenesten (VOP og BUP), og for kommunalt psykisk helsearbeid.

Behovet for samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) er den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet som gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne i relativt nær fremtid. I tillegg er ikke pasientenes behov for koordinerte tjenester godt nok ivaretatt i dagens helsetjenester, og tjenestene har for liten innsats rettet mot å begrense og forebygge sykdom. Ett av målene med samhandlingsreformen er å dempe veksten i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen legger derfor opp til økt aktivitet i kommunene, med en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Endringene i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester forplikter de to sektorene til et felles ansvar for å ivareta pasientene på en best mulig måte.

For voksne har årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten ligget stabilt på 43 årsverk per 10 000 innbyggere de siste tre årene, etter et fall fra 46 og 45 i 2007 og 2008. Denne nedgangen speiles imidlertid ikke av noen økning i kommunehelsetjenesten, som går ned fra 25 til 24 årsverk for landet totalt. Denne nedgangen speiler utviklingen i de fire regionale helseforetakene, som alle går ned ett årsverk sett i forhold til befolkningen.

Spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern for barn og unge rapporterer om en økning fra 31 til 33 årsverk per 10 000 innbyggere. Denne økningen drives først og fremst av Helse Vest, som rapporterer en vekst fra 20 til 27 årsverk. Helse Nord og Helse Sør-Øst ligger på de samme nivåene som i 2010, mens Helse Midt-Norge stiger med ett årsverk. Når det gjelder årsverksinnsats for barn i kommunehelsetjenesten er totalnivået 23 årsverk per 10 000 innbyggere. Siden 2007-nivået på 27 årsverk har det dermed forsvunnet ett årsverk i året når landet sees under ett. Nedgangen er størst i Helse Nord og Helse Sør-Øst, som har gått fra 30 til 24 årsverk. I Helse Vest har den falt fra 19 i 2007 til 18 i 2011, mens den i Helse Midt-Norge har økt fra 28, via 32 i 2010 til 31 i 2011.

7 GEOGRAFISK FORDELING AV ÅRSVERKSINNSATS I SPESIALISTHELSETJENESTENE OG I KOMMUNENE - KARTILLUSTRASJONER

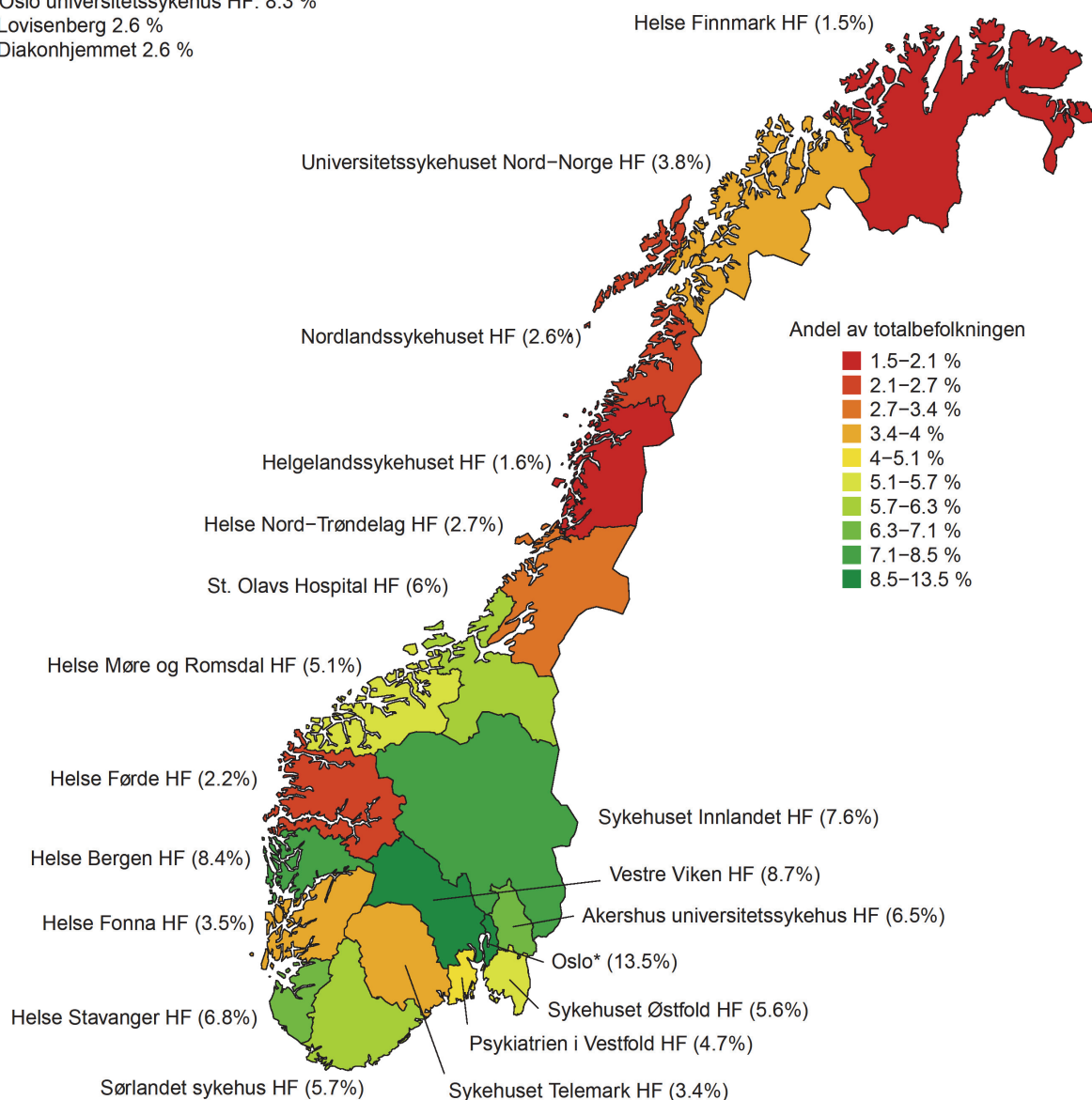
7.1 INNLEDNING

I dette kapitlet presenteres geografiske fordelinger av innsatsen innen psykisk helsearbeid og psykisk helsevern¹³. Kartillustrasjoner er nyttige for å få et inntrykk av geografisk fordeling, men det er utfordrende å kombinere rom og tid i samme figur. Vi har derfor valgt å kun illustrere tallene for 2011 i dette kapitlet.

Figur 7.1, nedenfor, viser de ulike helseforetakene i Norge, samt hvor stor andel av den totale befolkningen som bodde i opptaksområdet til hvert enkelt helseforetak i 2011. Vestre Viken er det enkeltforetaket som har den største andelen, og dekket 8,7 prosent av Norges befolkning i 2011. Helse Bergen og Oslo universitetssykehus HF rangerer like bak, med hhv. 8,4 og 8,3 prosent. Med unntak av Helse Førde og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF indikerer kartet et skille ved Trondheimsfjorden; helseforetakene lenger sør tenderer til å dekke større deler av befolkningen, de i nord har lavere andeler. Helse Finnmark HF og Helgelandssykehuset HF ligger lavest, med hhv. 1,5 og 1,6 prosent. Samtidig dekker flere av de befolkningmessig små helseforetakene store geografiske områder, noe som illustrerer en del av utfordringene rundt fordeling av personell i områder med spredt befolkning. Se også figurene 7.2 og 7.3 for ytterligere informasjon om geografisk fordeling av behandlingstilbud innen PHA og PHV, samt befolkningstetthet.

¹³ Alt kartgrunnlag: Kartverket.

* Oslo universitetssykehus HF: 8.3 %
 Lovisenberg 2.6 %
 Diakonhjemmet 2.6 %

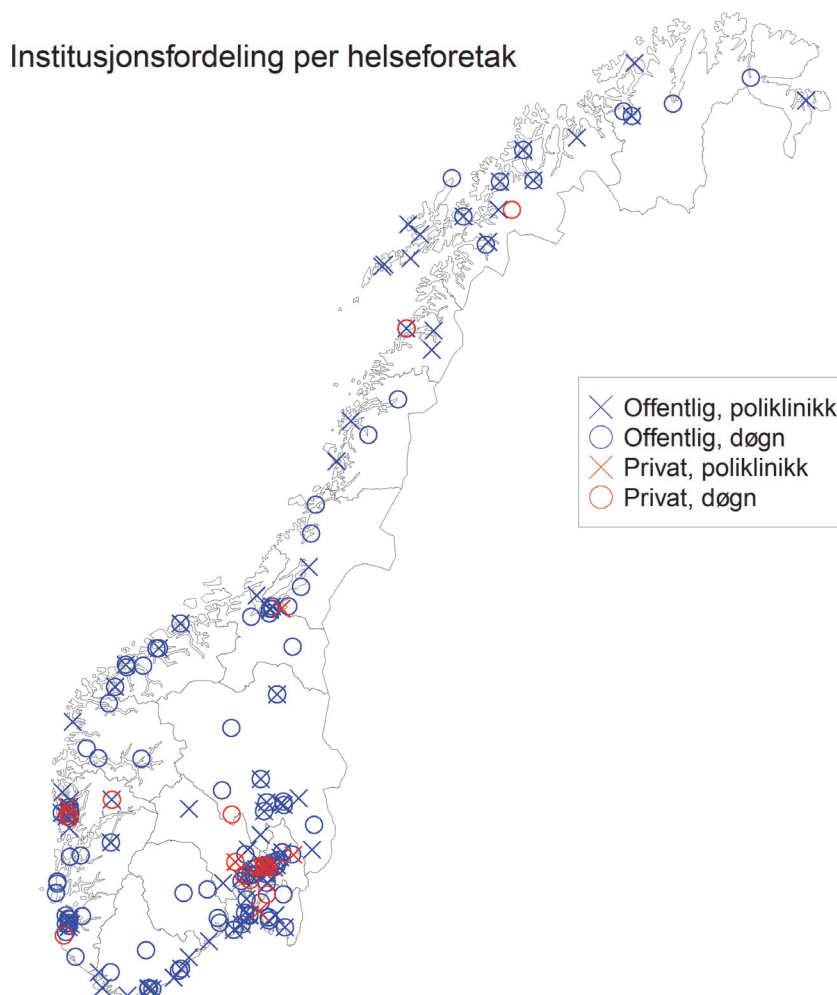


Figur 7.1 Geografisk fordeling av helseforetak og andel av befolkningen hvert enkelt dekket i 2011.

Det er også verdt å merke seg at kommuner med stort areal får stor visuell vekt i kartillustrasjoner, uavhengig av hvor mange som bor der. Kompakte, tettbygde områder som Oslo, Bergen og Trondheim blir dermed lite synlige i kartet, mens store, rurale kommuner kommer klart fram (befolkningstetthet per kommune er illustrert i figur 7.3). Samtidig illustrerer kartene i dette kapitlet tydelig både regionale forskjeller, og ikke minst, den betydelige heterogeniteten mellom ulike kommuner og helseforetak det er i areal, befolkningsgrunnlag og avstand til behandlingsinstitusjoner.

7.2 PLASSERING AV DØGNINSTITUSJONER OG POLIKLINIKKER

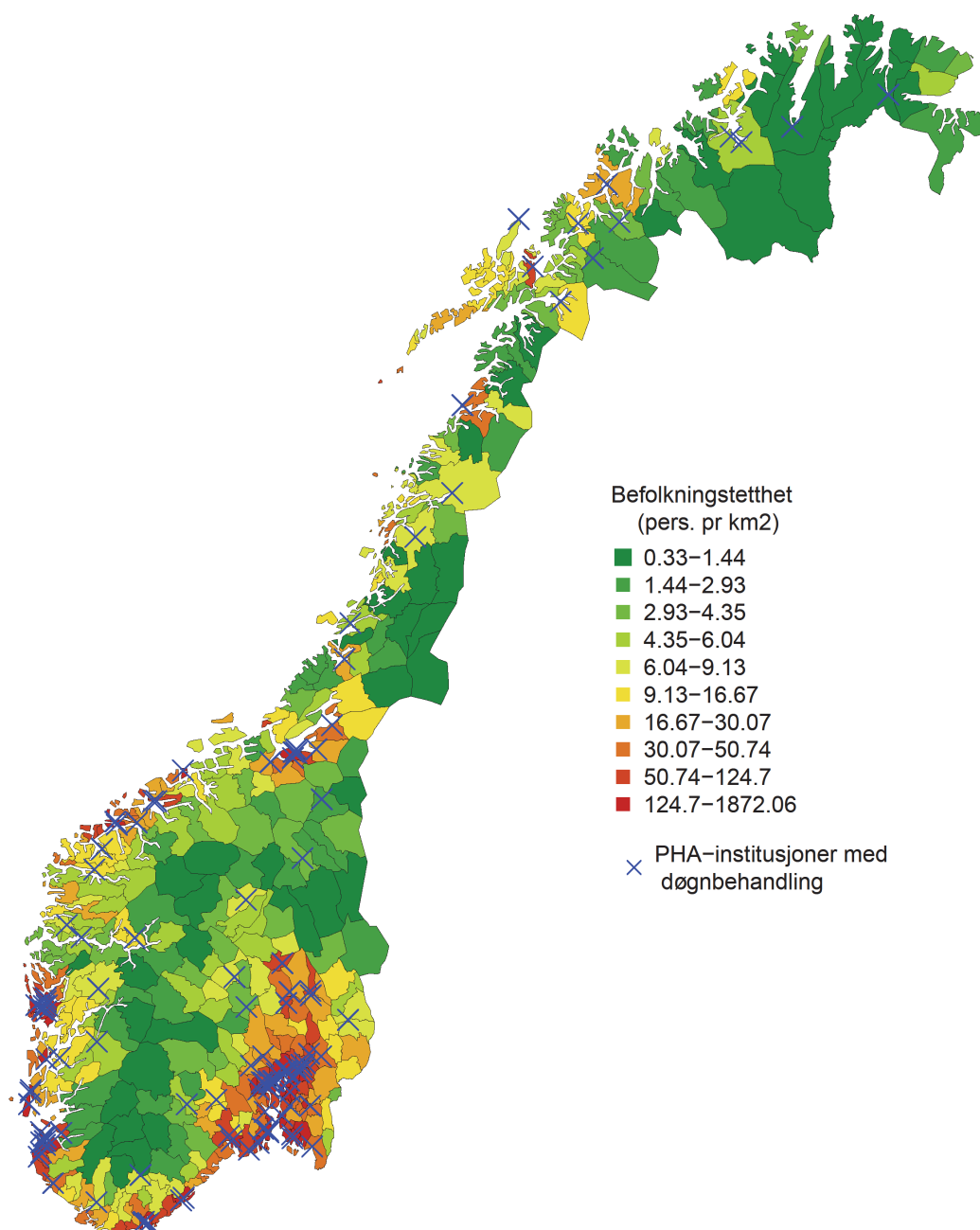
I figur 7.2, nedenfor illustreres fordelingen av offentlige og private psykiatriske behandlingseinheter, fordelt på døgn- og poliklinikker. Grensene viser helseforetakenes opptaksområder. Tettheten henger tydelig sammen med befolkningstettheten, noe som også er illustrert i figur 7.3. Merk imidlertid at disse kartene gir bare informasjon om den geografiske fordelingen, ikke institusjonenes størrelse.



Figur 7.2 Geografisk fordeling av institusjoner. Grensene angir HF-områder.

7.3 DØGNINSTITUSJONER OG BEFOLKNINGSTETTHET PER KOMMUNE

Figur 7.3 viser befolkningstettheten (antall personer per km²) i norske kommuner, samt fordelingen av psykiatriske døgnenheter. Bare et fåtall kommuner med befolkningstetthet i de laveste kategoriene har døgnenheter, mens tettheten er høy i motsatt ende av skalaen – særlig i de folkerike kommunene rundt Oslofjorden, samt i og omkring Stavanger, Bergen og Trondheim. Selv om det er en tydelig sammenheng mellom befolkningstetthet og institusjonstetthet så viser dette at i store deler av landet må pasienter påregne lang reisetid for å nå et behandlingstilbud.



Figur 7.3 Geografisk fordeling av institusjoner. Grensene angir kommuner.

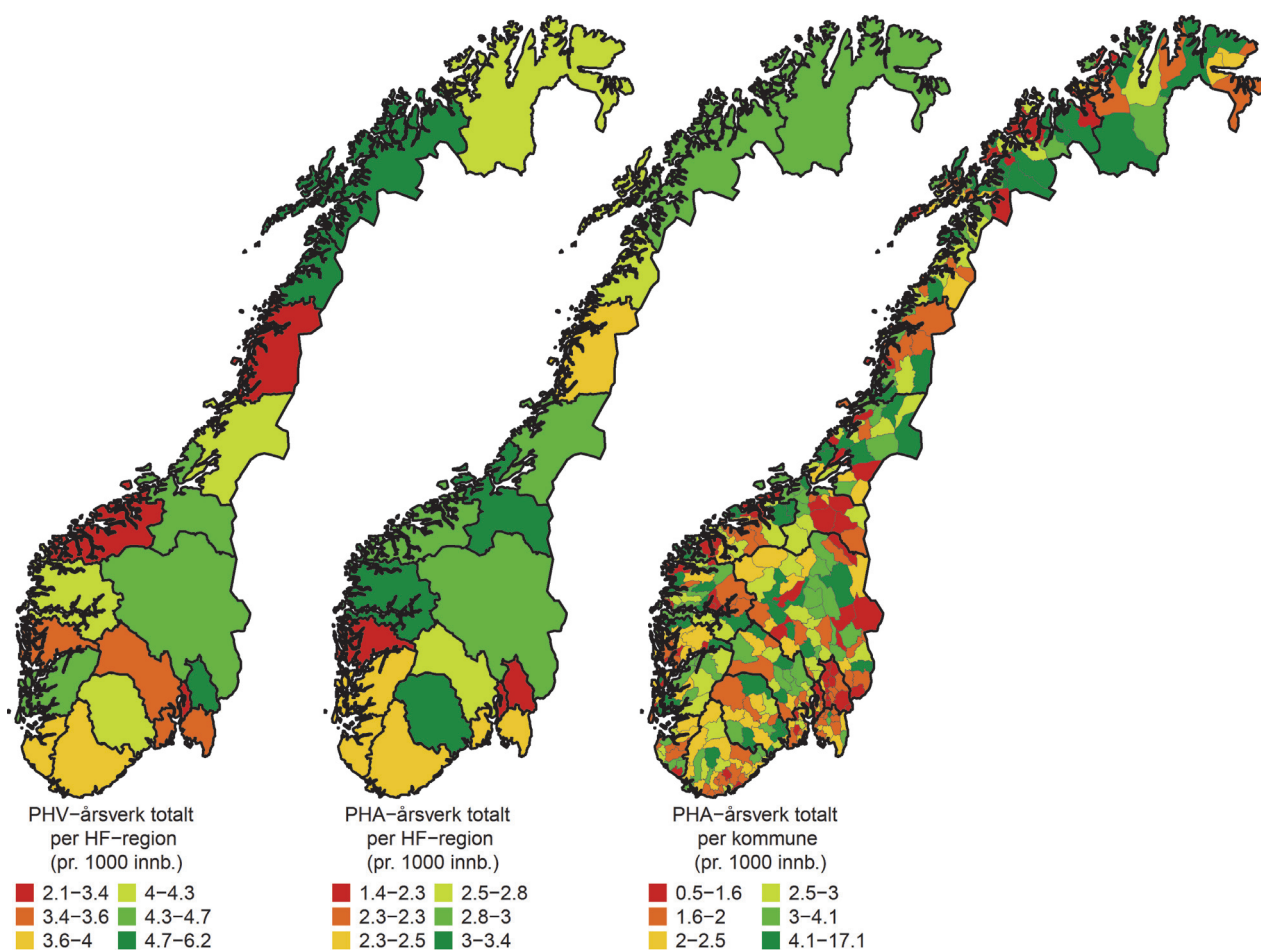
Hvordan dette påvirker personer med psykiske vansker sin tilbøyelighet til å oppsøke behandling har så langt ikke blitt studert, men kan være et viktig tema for framtidig forskning. En tilsvarende problemstilling kan være aktuell for fastlegers henvisningspraksis – er terskelen for å henvise til spesialisthelsetjenesten lavere i områder hvor avstandene er kortere og tilbudet mer utbygd? Erfaringer fra TIPS-prosjektet i Rogaland tyder på at tidlig oppdagelse av psykoser kan forkorte sykdomsforløpet betraktelig (Hegelstad et al. 2012). I lys av dette kan det være naturlig å spørre også hvordan sykdomsforløpene til pasienter i urbane og rurale områder framstår i forhold til hverandre.

7.4 ILLUSTRASJON AV ÅRSVERKSINNSATS I SPESIALISTHELSETJENESTEN (PHV) OG I KOMMUNENE (PHA)

Figur 7.4 viser fordeling av antall årsverk innen psykisk helsevern (PHV) og kommunalt psykisk helsearbeid (PHA) for både voksne og barn og unge. PHA-tallene, som er samlet inn på kommunenivå, er aggregert til HF-nivå på det midterste kartet for å forenkle sammenligning med årsverksinnsatsen innen PHV. Dette illustrerer at det er tydelige forskjeller mellom årsverksinnsatsen i de to områdene innen enkelte helseregioner. For eksempel ser vi at Akershus HF-område har en stor årsverksinnsats i forhold til folketallet innen PHV (delvis forårsaket av en endring i opptaksområdene i forhold til Oslo Universitetssykehus¹⁴), men ligger lavt når det gjelder PHA. For Helse Møre og Romsdal er situasjonen motsatt.

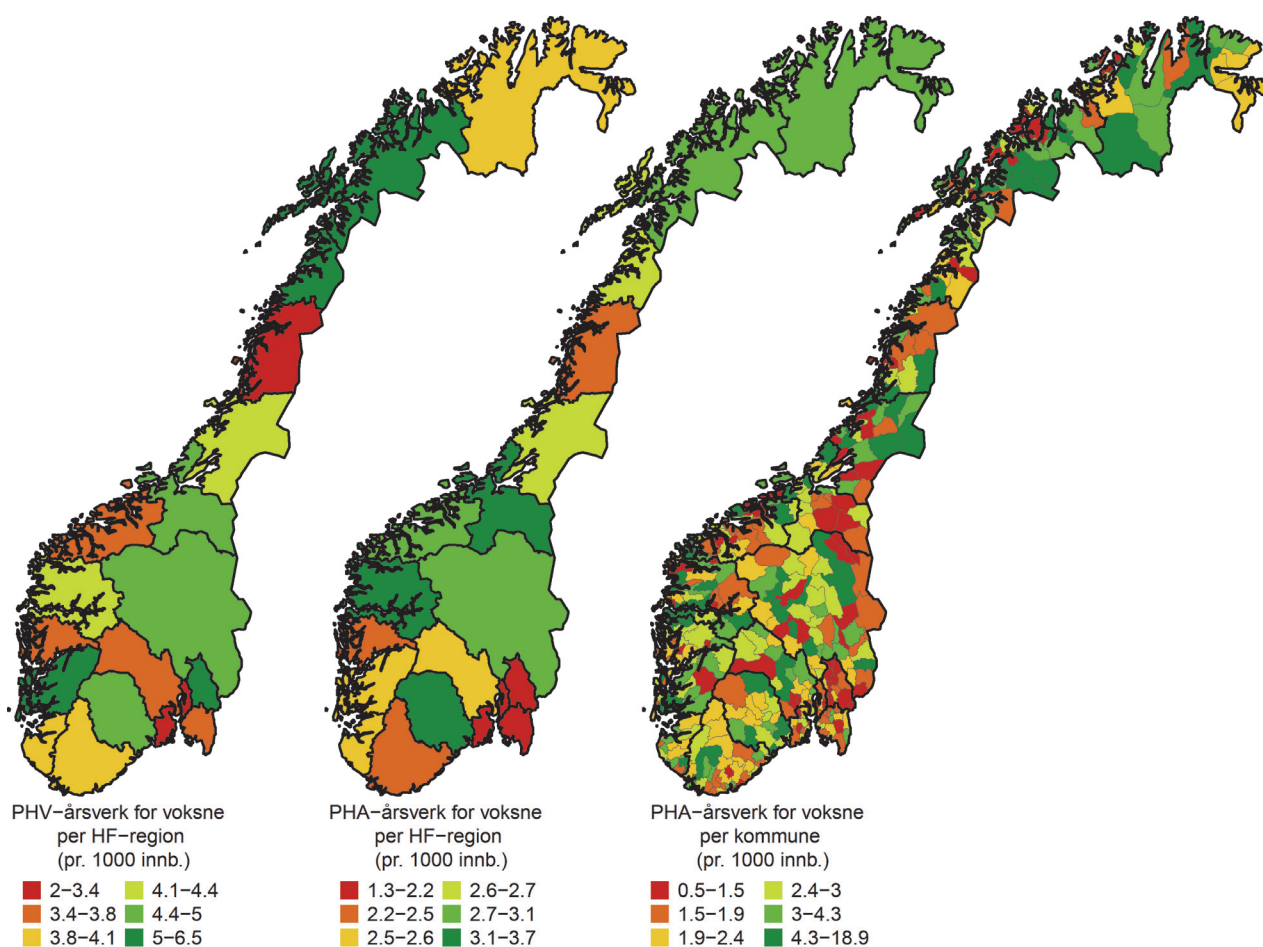
Når det gjelder PHA-innsatsen viser det tredje kartet at alle kommunene innen Akershus har en forholdsvis lav årsverksinnsats, mens for Helse Møre og Romsdal er det betydelig variasjon fra kommune til kommune. Som illustrert i figur 7.4 er det også tydelige forskjeller i befolkningstetthet i disse to regionene – i det hele tatt er variasjonen i befolkningstetthet, og avstand til behandlingstilbud, betydelig fra region til region.

¹⁴ Se http://old.ahus.no/stream_file.asp?iEntityId=24207



Figur 7.4 Årsverk per 1 000 innbyggere innen PHV og PHA, voksne og barn/unge kombinert

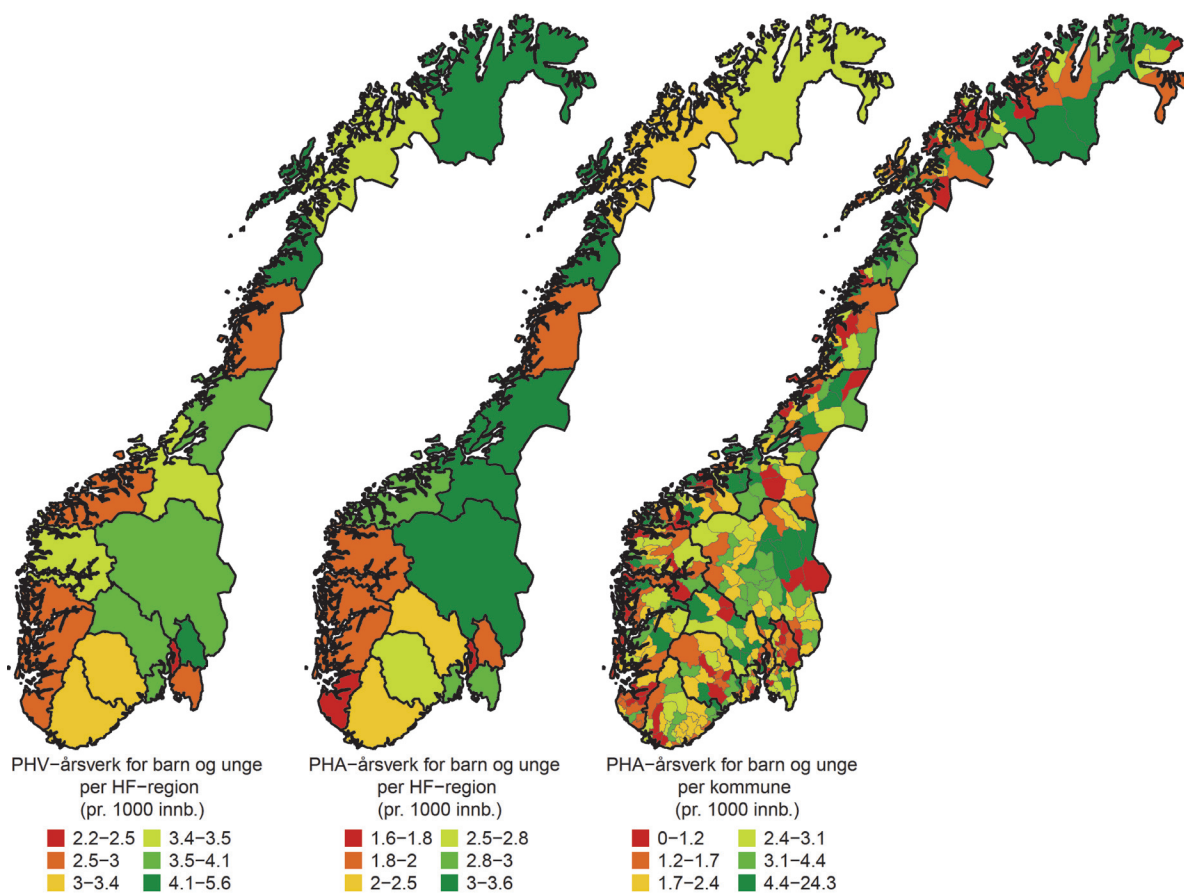
For årsverksinnsats innen PHV for voksne og barn/unge kombinert, illustrerer figur 7.4 at Akershus universitetssykehus HF og Nordlandssykehuset HF rangerer høyest, mens Helgelandssykehuset HF, Helse Møre og Romsdal HF, samt helseforetakene rundt Oslofjorden har den laveste årsverksinnsatsen i forhold til innbyggertallene. Det midterste kartet, hvor årsverksinnsatsen innen PHA er aggregert til å dekke de helseforetakenes opptaksområder, viser at det varierer i hvilken grad årsverksinnsatsen per innbygger innen PHV samsvarer med innsatsen innen PHA. Akershus universitetssykehus HF rangerer som nevnt høyt innen PHV, mens kommunene i det samme området ligger i nedre sjikt når det gjelder årsverksinnsats innen PHA. Det er også en del heterogenitet i PHA-innsatsen innenfor de enkelte opptaksområdene. Kommunene i opptaksområdet til Sykehuset innlandet HF rangerer for eksempel samlet sett ganske høyt innen PHA-innsats i forhold til innbyggertallet, samtidig som kartet lengst til høyre viser at enkeltkommuner innenfor dette området dekker hele skalaen fra blant de laveste til blant de høyeste.



Figur 7.5 Årsverk per 1 000 voksne innbyggere innen PHV og PHA

Siden årsverksinnsatsen til voksne er betydelig høyere enn til barn og unge, er det naturlig at den geografiske fordelingen har mye til felles med totaltallene. På kommunenivå er det også her en betydelig lokal heterogenitet, hvor nabokommuner kan ligge i hver sin ende av skalaen.

For barn og unge, nedenfor, skiller Helse Vest, Helgeland og Oslo seg ut med lav årsverksinnsats innen psykisk helsevern for unge, mens Akershus, Nordland, Innlandet og Finnmark har den høyeste innsatsen. Helse Fonna ligger dermed i motsatt ende av skalaen i forhold til årsverk for voksne. Når det gjelder kommunalt psykisk helsearbeid gjenkjennes hovedtrendene fra PHA, men også her viser kartet lengst til høyre at variasjonen mellom nabokommuner kan være betydelig.



Figur 7.6 Årsverk per 1 000 barn og unge innbyggere innen PHV og PHA

7.5 OPPSUMMERING

En rekke kommuner rapporterer om utfordringer knyttet til mangel på personell med høy kompetanse, rekrutteringsproblemer, dårlig kommuneøkonomi og mange komplekse arbeidsoppgaver fordelt på få ansatte (se kapittel 1 for en mer omfattende presentasjon). Smådriftsulemper ser ut til å være en vesentlig faktor i variasjonen av årsverksinnsats i psykisk helsearbeid. Den geografiske fordelingen viser at det er stor variasjon i årsverksinnsatsen, men den sier ikke noe direkte om en relativt lav innsats skyldes at kommunen/helseforetaket har en effektiv drift og dermed klarer dekke behandlingsbehovet med færre personer, eller om det er store udekkede behov. Vi kan med andre ord ikke tolke ut fra dette datagrunnlaget om barn og unge i Helse Vest har mindre problemer med psykiske lidelser enn andre steder, eller om sykdomsforekomsten er tilsvarende som resten av landet, men med færre behandlere. Og om det er færre behandlere er det fortsatt ikke klart om effektiv drift gjør det mulig å tilby samme behandlingsnivå med en lavere årsverksinnsats.

Topografi, kommunestørrelse og avstand til behandlingssenheter spiller imidlertid en rolle for hvor enkelt eller vanskelig det er å drive effektivt. Basert på det vi kan lese ut av figurene 7.2 og 7.3 er det tydelig at i store deler av landet har pasientene lang reisevei til nærmeste behandlingssted, og i områder langt fra de store byene risikerer også kommunene å måtte spre årsverksinnsatsen tynt utover for å kunne dekke behovet.

8 HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?

I kapitlene 6 og 7 dokumenterer vi stor variasjon i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid mellom kommunene. I dette kapitlet undersøker vi hva som kan forklare denne variasjonen og utvikling over tid, for å få økt kunnskap om tilbudet som gis i kommunene. Tallene kan ikke si noe om kvaliteten i tjenestene, annet enn at flere årverk sannsynligvis bedrer tilgjengeligheten.

Terskelen for å motta tjenester¹⁵ kan variere både med befolkningens behov og etterspørsel etter tjenestene, og etter dimensjoneringen av tjenestene (tilbudet).

8.1 INNLEDNING

I mangel på registerdata fra kommunene som kan si noe om årsverksinnsats i psykisk helsearbeid samler altså Helsedirektoratet inn data direkte fra kommunene for å få informasjon og for å kunne følge utviklingen. Tallene rapporteres ut fra en relativt detaljert veiledning, men er basert på anslag. Det ville det også ha vært om kommunene skulle rapportere dette via for eksempel KOSTRA. Fordelen med en egen datainnsamling, og et eget prosjekt, er at det er større rom for kvalitetskontroll og grundige analyser. Å analysere anslagsdata er ikke uproblematisk.

Datafangsten gjøres altså i den enkelte kommune, og datakvaliteten vil være avhengig av at de som gjør anslagene gjør dette i henhold til veiledningen, og at de har nødvendig informasjon og kunnskap til å gjøre anslagene. Når vi ser på utvikling over tid, er vi også avhengig av at det er stabilitet i rapporteringen fra kommunene.

I dette kapitlet gjør vi analyser på en femårsperiode. Det har aldri vært tilgjengelig så mye kvantitativ informasjon fra psykisk helsearbeid, og denne omfattende datainnsamlingen krever at datagrunnlaget utnyttes på en god måte.

For å gjøre analyser på dette datagrunnlaget er det derfor nødvendig å undersøke datagrunnlaget grundig for å sikre pålitelige resultater. Vi skal i dette kapitlet særlig se på:

- Ekstremverdier/outliers
- Heteroskedastisitet
- Sensitivitetstester

Begrepene forklares i de respektive underkapittel.

I dette kapitlet ser vi først på hva vi har funnet i analyser av data fra tidligere år, deretter undersøker vi forhold rundt ekstremverdier og heteroskedastisitet, og hvordan vi metodisk kan løse disse problemene. Før vi oppsummerer presenterer vi resultatene fra analysene, både fra tverrsnittsanalyser og paneldataanalyser.

¹⁵ Terskelen kan både ses i forhold til alvorlighetsgrad og symptombelastning, men også etter hvor lang tid det tar å få hjelp når psykiske helseproblemer oppstår.

8.2 TIDLIGERE FORSKNING

Vi skal nå analysere hvilke kjennetegn ved kommunene, for hvert av årene 2007-2011, som systematisk varierer med årsverksinnsatsen målt i forhold til folketallet. Basert på tidligere analyser har vi allerede en del interessante funn.

I rapporten som var basert på tallene for 2007, fant vi gjennom enkle grafiske framstillinger av sammenhengen mellom årsverksinnsats, innbyggertall og kommunale inntekter - indikasjoner på at små, relativt rike kommuner har høyest årsverksinnsats. Vi fant også at få årsverk har sammenheng med mer konsentrert bosetting og lav andel uføretrygdete med psykiatrisk diagnose. De som har flest årsverk per innbygger er små, spredtbygde kommuner med over gjennomsnittlig etterspørsel etter tjenestene. Vi fant at disse kommunene ikke skiller seg ut i forhold til skattebasen, men har et høyere nivå på korrigerede inntekter per innbygger. Vi gikk videre med en regresjonsanalyse der vi kunne kontrollere for samvarierende kjennetegn ved kommunen. Da fant vi at sammenhengen mellom årsverksinnsats og kommunestørrelse verifiseres, men at det ikke er noen systematisk effekt av forskjeller i inntekt. Etterspørselsvariablene ser ut til å påvirke antall årsverk, men de samme befolkningsandelene er ikke relevante i begge alderskategoriene. For årsverksinnsats for voksne fant vi at det er andel uføre med psykiatrisk diagnose og andel arbeidsledige som har signifikant effekt, mens årsverksinnsatsen for barn og unge øker systematisk med andel sosialhjelpsmottakere og andel arbeidsledige. Det at andel uføre med psykiatrisk diagnose er signifikant når vi kontrollerer for det øremerkede tilskuddet, er en indikasjon på at inntektssystemet ikke i tilstrekkelig grad fanget opp etterspørselsforhold knyttet til denne gruppen.

I analyser av 2009-tallene hadde vi tilgjengelig informasjon for tre år, og hadde dermed mulighet til å studere stabilitet i determinanter, og å ta i bruk mer avanserte estimeringsmetoder. Overføringen av finansieringen fra øremerkede tilskudd til rammefinansiering ga i tillegg nye hypoteser i forhold til kommunenes tilpasning. Vi så på effekten av kommunale inntekter med fokus på eventuelle endringer over tid. Vi fant sammenhenger som er robuste over tid og mellom estimeringsteknikker. Antall årsverk for voksne er assosiert med alderssammensetningen i kommunene og sosiale indikatorer. Andel eldre i kommunene bidrar i gjennomsnitt til høyere innsats i psykisk helsearbeid. Vi tolker dette som synergieffekter mellom psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. En veldimensjonert pleie- og omsorgssektor kan gjøre det lettere å overføre årsverk til psykisk helsearbeid. Andel uføre og andel enslige forsørgere ser ut til å være signifikante markører for behovet for tjenester i psykisk helsearbeid for voksne. Effektene kan ikke tolkes som kausale, men bærer nyttig informasjon i forhold til ressursfordeling mellom kommunene.

Variasjoner i tjenester rettet mot barn og unge er vanskeligere å forklare, men særlig én sosial indikator utmerker seg. Det er andel arbeidsledige 25-67 år. Økt andel ledige er assosiert med flere årsverk per innbygger i tjenester for barn og unge. En tolkning av resultatet er at arbeidsledige i større grad trenger hjelp og støtte i forhold til egne barn enn sysselsatte.

I paneldataanalysen finner vi positiv effekt på årsverk per voksne av korrigerede inntekter. Rike kommuner har i gjennomsnitt et større tilbud enn fattige. Analyser viser dog at denne sammenhengen ikke har tiltatt i størrelse i perioden. Med andre ord er det ikke hold for at kommunalt inntektsnivå har fått større betydning året etter at finansieringen ble lagt i kommunenes inntektsramme. Resultatet reflekterer sannsynligvis at rike kommuner har større grad av egenfinansierte årsverk enn fattigere kommuner.

I dette kapitlet skal vi se om disse funnene er robuste over tid, og om det nå er nye sammenhenger som identifiseres.

8.3 EKSTREMVERDIER OG OUTLIERS

Årsverksdataene i psykisk helsearbeid inneholder flere outliers eller ekstreme verdier. Alle ekstremverdier i dette datasettet er på ulike måter identifisert gjennom grundig datakontroll. Om kommunene opplagt har rapportert feil tall, har vi bedt de om å finne et bedre anslag enn først rapportert, og korrigert i henhold til dette. I andre tilfeller har vi gjennom dialog med kommunene og fylkesmannen konkludert med at tallet mest sannsynlig er riktig, selv om det er en ekstremverdi. I små kommuner kan for eksempel én ny bruker med omfattende hjelpebehov utløse mange årsverk og tallet er ekstremt, men riktig.

Bak de fleste statistiske analyser ligger forutsetningen om at hvert datapunkt gir presis informasjon, uavhengig av hvor på skalaen det er (standardavviket av restleddet er konstant over alle verdier). Når noe vurderes som ekstremt, bør ikke disse observasjonene telle like mye som observasjoner som anses mer "normale". Vi kan derfor velge å gi mindre vekt til observasjoner som ligger langt fra gjennomsnittet (relativt til størrelsen på kommunene), eller å se bort fra observasjoner som er ekstreme.

Det som er viktig er om ekstremverdien påvirker regresjonslinjen eller ikke. Om den gjør det, vil dette kunne ha stor betydning for resultatene man finner. Om ekstremverdiene har lite å si for resultatene er det ikke nødvendig å gjøre korrigeringer for dette.

En ekstremverdi er altså ikke nødvendigvis et problem. En ekstremverdi bare på venstresiden av regresjonen har altså liten betydning, så fremt den ikke predikeres av de inkluderte forklaringsvariablene. Da vil restleddet fange opp ekstremverdien i den avhengige variabelen, og tilsvarende variasjon i restleddet, og man får økt restleddsvarians. Vi snakker da om heteroskedastisitet. Dette er et inferensproblem og skaper problemer i forhold til å teste hypoteser basert på estimatene, men har ingen betydning for estimatenes forventningsrettet. Vi kommer tilbake til heteroskedastisitet i neste avsnitt.

Problemet med ekstremverdier i datagrunnlaget oppstår altså når ekstremverdien predikeres av en forklaringsvariabel, slik at regresjonslinjen trekkes i retning av ekstremobservasjonen. Dette skal vi nå undersøke¹⁶.

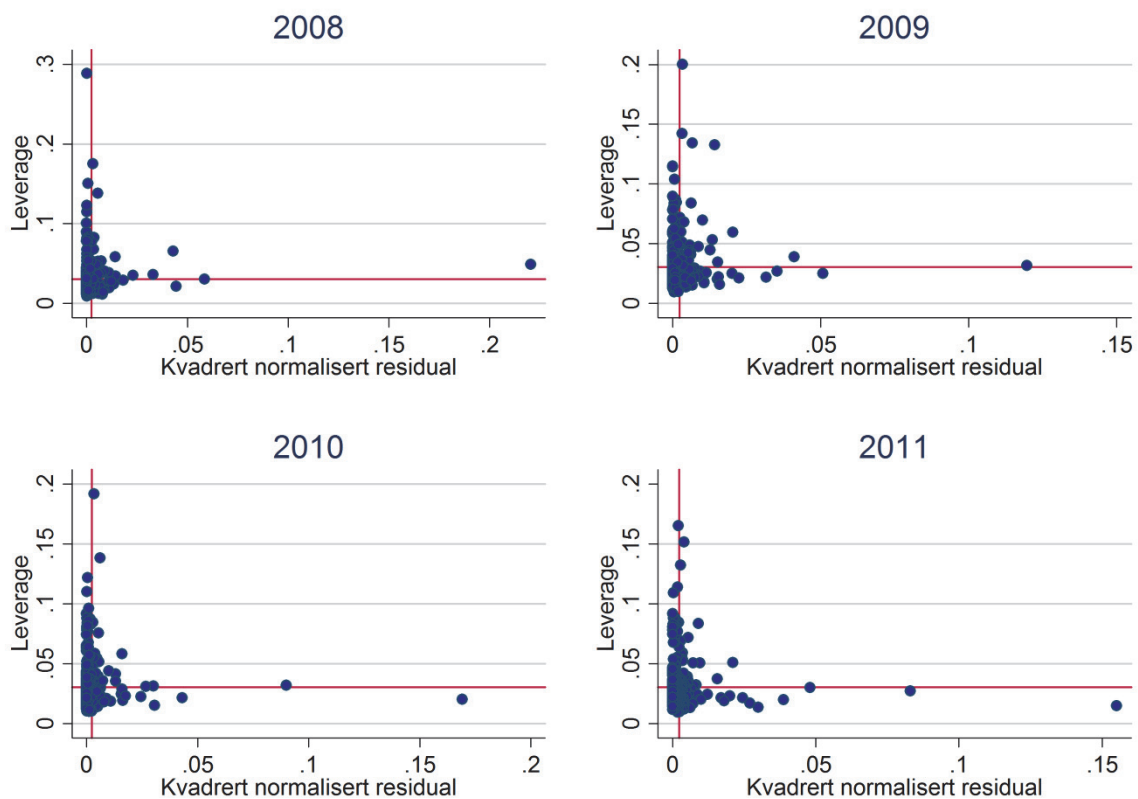
En observasjon med en ekstremverdi i en forklaringsvariabel kan altså ha stor innflytelse, og denne innflytelsen er avhengig av hvor langt fra gjennomsnittet verdien på forklaringsvariabelen ligger. Observasjoner med høy innflytelse kan altså påvirke estimatene av regresjonskoeffisientene.

Det er naturlig å starte med en OLS regresjon og gi diagnoser ut fra disse resultatene. Vi lager en grafisk fremstilling av innflytelsen (leverage) og kvadrert residual av denne regresjonen (resultatene fra regresjonen vises i tabell 8.3). Vi ser først på datagrunnlaget for tjenester og tiltak rettet mot voksne (kapittel 8.3.1) og deretter for tjenestene og tiltak rettet mot barn og unge (8.3.2).

8.3.1 TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT VOKSNE

¹⁶ Som beskrevet i kapittel 3 har vi i tidligere år merket observasjoner som ikke representerer reelle endringer (for eksempel om anslagsmetoden er endret fra ett år til et annet). I analysene i dette kapitlet ser vi bort fra disse merkingene fordi metodene som benyttes i stor grad korrigerer for disse feilobservasjonene.

Figur 8.1 viser innflytelsen (leverage) og kvadrert residual av OLS-regresjonene som er presentert i tabell 8.3.



Figur 8.1 Innflytelse og restledd for ulike verdier av predikert avhengig variabel, OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til voksne

Fra disse figurene ser vi at det er flere observasjoner som enten har høy innflytelse (leverage) eller et stort restledd. Det er ingen observasjoner som tydelig har både høy leverage og stort restleddsbidrag.

Vi kan beregne Cook's D - som er et mål som kombinerer informasjon om leverage og restleddet til en observasjon. For å unngå at enkeltobservasjoner får for stor effekt på resultatene kan man benytte vektet regresjon i stedet for OLS. I OLS har alle observasjoner lik vekt (1), mens i en vektet regresjon reduseres vekten til observasjoner med høy leverage og stort restledd. Jo flere observasjoner i en vektet regresjon (robust regresjon) som har vekt nær en, jo mer likt vil resultatet være OLS-resultatene.

Tabell 8.1 viser resultatene av beregningen av Cook's D for de fem kommunene med høyest verdi for hvert av de fire årene.

Tabell 8.1 Antall årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne og Cook's D

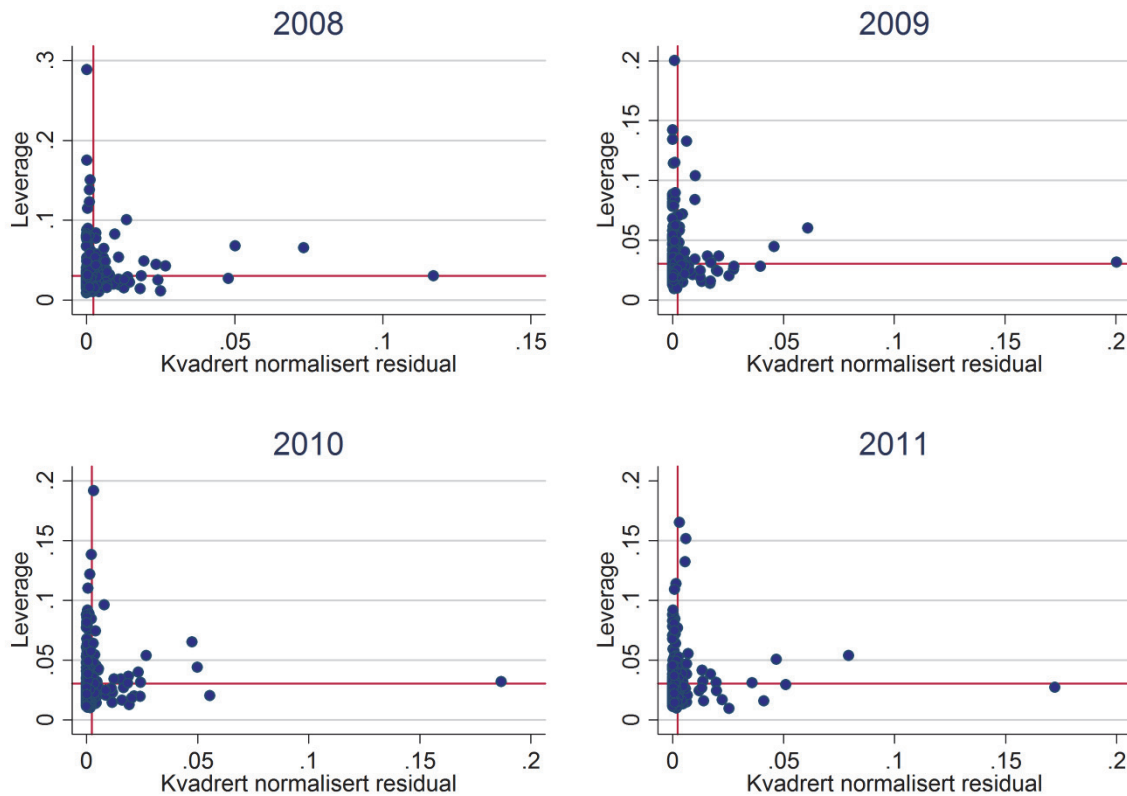
Navn	Årsverk for voksne per 1000 innb.	Innbyggere	Cook's D	År
Høylandet	32,3	977	0,31	2007
Nissedal	18,8	1079	0,06	2007
Gamvik	15,5	827	0,05	2007
Bindal	17,0	1295	0,04	2007
Os	17,5	1544	0,04	2007
Høylandet	33,3	984	0,38	2008
Gamvik	15,7	825	0,10	2008
Nissedal	17,8	1098	0,06	2008
Bindal	17,0	1288	0,04	2008
Eidfjord	0,9	749	0,03	2008
Nissedal	19,4	1107	0,13	2009
Modalen	10,8	252	0,08	2009
Bindal	14,8	1274	0,06	2009
Lavangen	12,4	789	0,04	2009
Lærdal	14,6	1698	0,04	2009
Salangen	25,2	1676	0,12	2010
Nissedal	19,6	1106	0,10	2010
Modalen	10,2	274	0,04	2010
Lavangen	12,4	775	0,03	2010
Bindal	14,4	1279	0,03	2010
Nissedal	19,3	1128	0,08	2011
Salangen	24,9	1702	0,08	2011
Bindal	16,6	1255	0,05	2011
Lavangen	12,9	785	0,04	2011
Kautokeino	8,9	2260	0,03	2011

Resultatene viser at det er ingen observasjoner med verdi på Cook's D som er større enn 1. Dette betyr at det er ingen av observasjonene som har så høy leverage og høy restleddsbidrag at de bør settes til missing. Jo høyere verdi på Cook's D, jo lavere vekt får observasjonen i en vektet regresjon.

Vi ser videre på datagrunnlaget for barn og unge.

8.3.2 TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

Figur 8.2 viser predikerte verdier for avhengig variabel og normalisert kvadrert restledd for OLS-regresjonen presentert i tabell 8.4.



Figur 8.2 Innflytelse og restledd for ulike verdier av predikert avhengig variabel, OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge

Det ser heller ikke ut til å være betydelige problemer med ekstremverdier i datagrunnlaget for årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge. Dette bekreftes av lave maksimalverdier av Cook's D. Disse er vist i neste tabell.

Tabell 8.2 Antall årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn/unge og Cook's D

Navn	Årsverk for voksne per 1000 innb.	Innbyggere	Cook's D	År
Lødingen	45,8	1825	0,45	2007
Nissedal	20,9	1079	0,07	2007
Os	17,9	1544	0,05	2007
Gamvik	16,8	827	0,05	2007
Båtsfjord	1,9	1614	0,03	2007
Gamvik	16,1	825	0,18	2008
Berlevåg	13,6	835	0,13	2008
Nissedal	17,7	1098	0,12	2008
Værøy	0,6	582	0,05	2008
Ulvik	12,5	857	0,04	2008
Nissedal	22,4	1107	0,22	2009
Berlevåg	14,6	826	0,13	2009
Gamvik	13,2	815	0,07	2009
Vardø	0,0	1737	0,04	2009
Ulvik	12,2	882	0,04	2009
Nissedal	23,1	1106	0,20	2010
Berlevåg	14,4	816	0,11	2010
Gamvik	14,3	818	0,08	2010
Stordal	10,7	766	0,05	2010
Salangen	13,5	1676	0,04	2010
Nissedal	21,5	1128	0,16	2011
Berlevåg	16,7	824	0,15	2011
Gamvik	13,9	835	0,08	2011
Nøtterøy	12,3	16289	0,05	2011
Modalen	6,5	276	0,04	2011

8.4 HETEROSKEDASTISITET

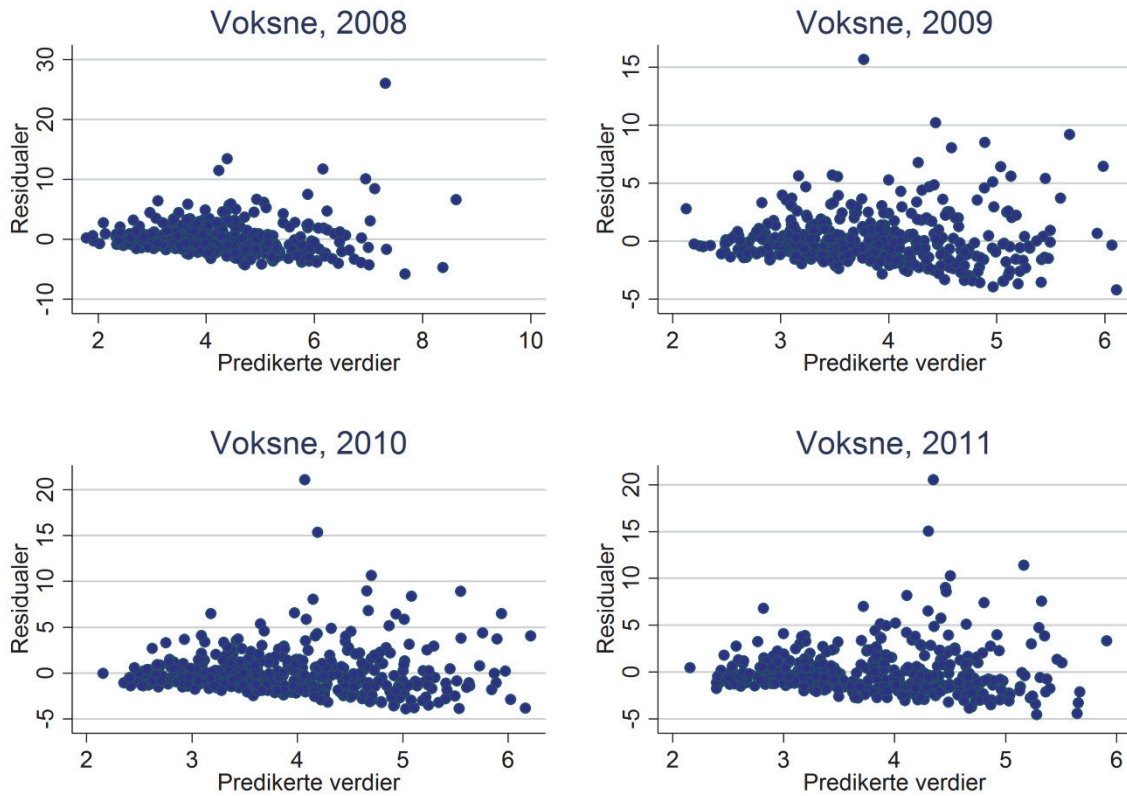
Som henvist til i forrige avsnitt (og i innledningen), er en av forutsetningene i lineære regresjoner at det er konstant varians i restleddene, eller homoskedastisitet, dvs. $\text{var}(u_i) = E(u_i^2) = \sigma^2$. Om ikke restleddsvariansen er konstant, har vi heteroskedastisitet.

OLS-estimatoren er fortsatt forventningsrett, selv om det finnes heteroskedastisitet, men den har ikke minste varians. Dette fordi alle observasjoner har samme vekt uansett hvor presise de er i OLS-regresjonene. Estimatoren er altså ikke effektiv. Om noen av de fire "hvit støy" forutsetningene er brutt, sier vi gjerne at OLS-estimatorene ikke er BLUE (best linear unbiased estimator) og det finnes en bedre estimator.

Heteroskedastisitet innebærer også at variansen til restleddet, og dermed variansen til estimatoren, er forventningsskjeve. Dette betyr at vi har inferensproblemer.

Heteroskedastisitet er særlig et problem i tverrsnittsdata. Variasjon i årsverk i psykisk helsearbeid kan for eksempel være større i små kommuner enn i kommuner med flere innbyggere, eller det kan være at modellen vi estimerer passer bedre for noen kommunetyper enn andre.

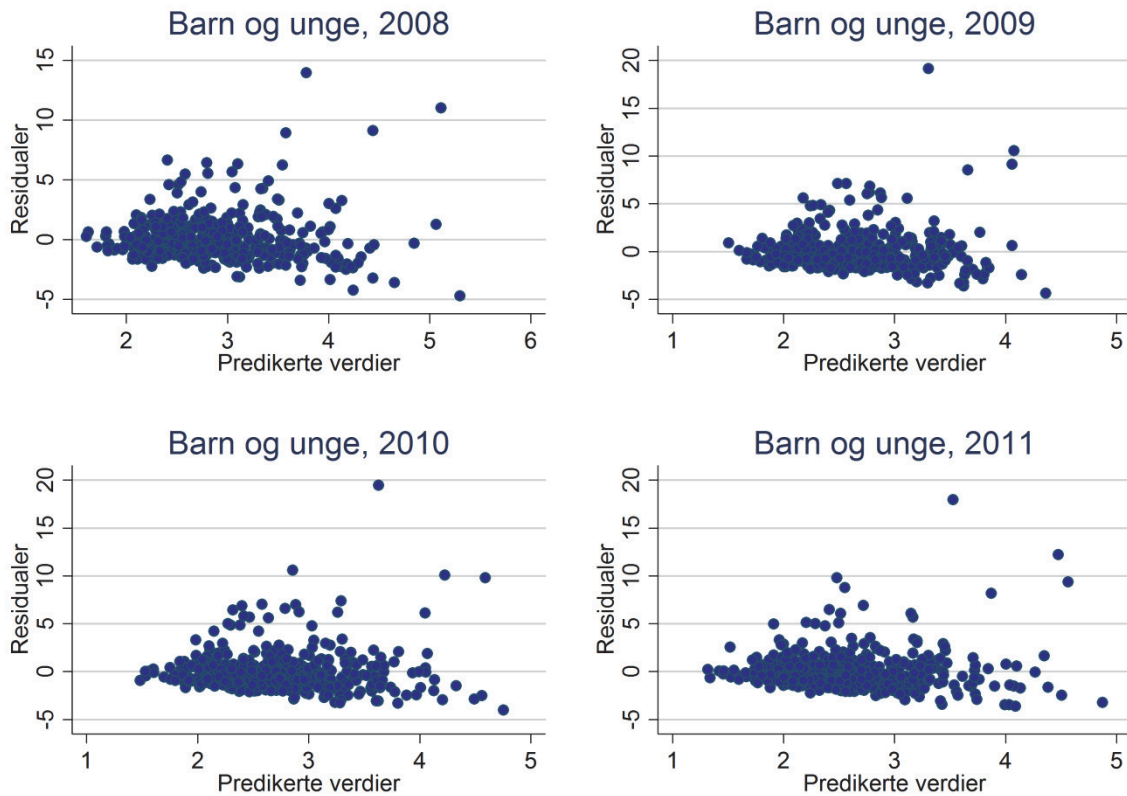
Populasjonens varians er ukjent, men heteroskedastisitet kan sannsynliggjøres fra ulike plott og statistiske tester. For å finne ut om heteroskedastisitet er et problem i vår modell, viser vi punktdiagrammer hvor restleddene plottes mot de predikerte verdiene for hvert enkelt år.



Figur 8.3 Restledd og predikerte verdier i OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til voksne

Som vist i disse figurene øker spredningen i restleddet jo lenger til høyre vi beveger oss i figurene. Dette indikerer heteroskedastisitet.

I figur 8.4 viser vi det samme for datagrunnlaget for årsverksinnsats i tjenester og tiltak til barn og unge. Tilsvarende bilde som for voksne observeres, og det betyr at vi må korrigere for heteroskedastisitet i analysene både for voksne og barn/unge.



Figur 8.4 Restledd og predikerte verdier i OLS regresjon av årsverksinnsats i tjenester/tiltak til barn og unge

8.4.1 METODISK LØSNING FOR Å TA HENSYN TIL OUTLIERS OG HETEROSKEDASTISITET

Det er flere tilgjengelige metoder for å gjøre analyser av tverrsnittsdata mer robust i forhold til ekstremverdier og heteroskedastisitet.

En løsning er å gjøre regresjonene robuste ved å vekte hver observasjon etter hvor stor innflytelse (leverage) de har (avhengig av hvordan ekstremobservasjonene "forklares" av de uavhengige variablene), og etter hvor stort restleddsbidraget er. Først kjøres en OLS-regresjon og så beregnes Cook's D for hver observasjon. Deretter droppes alle observasjoner med Cook's D verdi større enn 1. De andre observasjonene vektes ned tilsvarende verdien på Cook's D.

Resultatene presenteres i tabell 8.3 og 8.4 under navnet "Vektet robust". Denne er nå robust mot ekstremverdier eller outliers.

Alternativt til vekting av observasjonene kan vi kjøre kvantilregresjoner. I enkleste form er dette medianregresjoner. Slike analyser vil i stedet for å minimere avvik fra gjennomsnitt, som i OLS, gi en median regresjon som estimerer koeffisientene ved å minimere avviket fra medianen. Medianen er i liten grad påvirket av ekstremobservasjoner, eller outliers – mens gjennomsnittet i stor grad kan påvirkes av ekstremverdier. Vi presenterer resultater fra medianregresjonene i tabell 8.3 og 8.4.

Medianregresjoner kan påvirkes av observasjoner med høy innflytelse (leverage) og vi bruker her derfor både vektet robust og medianregresjoner.

8.5 TEORETISK MODELL

For å kunne sammenlikne årsverksinnsats mellom kommuner, er det behov for å plassere kommuner i grupper med relativt like rammebetingelser i samme gruppe. Fordi de lokale rammebetingelsene er forskjellige, vil mulighetene for å produsere et bestemt tjenestetilbud variere fra kommune til kommune. Vi følger tidligere analyser av kommunenes økonomiske beslutning, se for eksempel Rattsø (1989).

Kommunene skiller seg vesentlig med hensyn på kostnads- og etterspørselsforhold, prioriteringer og økonomi. Kommunestørrelse og bosettingsmønster skaper forskjeller i kostnadsforhold gjennom ulik fleksibilitet i valg av organisering og lokalisering av tjenestene. Etterspørselsforholdene skaper ulike behov for innhold og nivå på tjenestene, i tillegg til at forskjeller i alderssammensetning påvirker allokeringen av ressurser mellom ulike kommunale tjenester. Innenfor hver enkelt kommune kan velgere og interessegrupper bruke sin innflytelse for å sikre kommunal satsing på nettopp deres tjenesteområder. Dette gjør at kommunene kan prioritere kommunale tjenester ulikt. Kommunenes økonomi setter rammene for drift av alle kommunale sektorer. Rike kommuner har derfor større forutsetninger for å implementere gode kommunale tilbud enn fattige.

Skal man kunne foreta sammenlikninger av tjenesteproduksjonen mellom kommuner, er det derfor nødvendig å kontrollere for disse rammebetingelsene. Rammebetingelsene må med andre ord holdes konstant for å skille ut de faktorene som skyldes kommunens egne disposisjoner, for eksempel ulike politiske prioriteringer eller varierende produktivitet i tjenesteproduksjonen. Dette kan gjøres ved hjelp av statistiske analysemetoder, for eksempel regresjonsanalyse, der faktorer som beskriver rammebetingelsene bringes inn i modellen som kontrollvariabler. I mer deskriptive framstillinger kan noe av det samme oppnås ved å klassifisere kommunene i grupper med relativt like rammebetingelser, og deretter sammenlikne variasjonene i tjenesteproduksjon innenfor disse gruppene.

Rammebetingelser er derfor faktorer som er årsak til variasjonen i tjenesteproduksjonen som vi kan observere, og faktorer det er relevant å holde konstante.

Vi kan tenke oss følgende faktorer som har betydning for den kommunale tjenesteproduksjonen:

- Kostnader
- Behov og etterspørsel
- Inntekter

Kostnader: En rekke faktorer er med på å avgjøre hvor dyrt det er å produsere tjenester i den enkelte kommune. Dette gjelder blant annet:

- Kommunestørrelse (skalaeffekter)
- Bosetningsstruktur
- Pris på innsatsfaktorene (lønn, differensiert arbeidsgiveravgift, husleie/byggekostnader etc.)
- Klimatiske faktorer

Behov og etterspørsel: Etterspørselen etter kommunale tjenester varierer også sterkt mellom kommunene. Årsakene til dette er blant annet at:

- Størrelsene på målgruppene varierer
- Andelene av målgruppene som faktisk etterspør tjenesten varierer
- Faktorer som påvirker behovet for ulike tjenester rettet mot andre mål- og befolkningsgrupper varierer (for eksempel ulike typer sosiale faktorer).

Inntekter: Det er svært store variasjoner i de inntektene som kommunene disponerer. Samtidig er dette størrelser som kommunene bare i begrenset grad styrer selv. Variasjonene skyldes blant annet:

- Ulikt skattegrunnlag
- Variasjon i overføringer fra staten

Den viktigste økonomiske begrunnelsen for det kommunale selvstyret er å gi de lokale beslutningsmyndighetene muligheter til å tilpasse tjenesteproduksjonen etter lokalbefolkningens ønsker og behov. Selv om både nasjonale standarder, lovpålagte oppgaver og øremerkede tilskudd setter grenser for kommunenes handlefrihet, er det likevel betydelig rom for lokale prioriteringer. Politiske prioriteringer er derfor en viktig faktor. I tillegg vil forskjeller i produktivitetsnivået (forholdet mellom ressursinnsats og produksjon) variere mellom kommunene.

Bak disse betraktningene ligger tankegangen om at innbyggerne i kommunene har behov for mange ulike tjenester; barnehager, barnevern, grunnskole, tilbud til eldre, botilbud, sosialtjenester mv. Beslutningen om tilbud tas av lokale myndigheter innenfor de rammebetingelser som lover og regler, inntekter og kostnader til enhver tid gir. Vi antar videre at størrelsen på målgruppene for ulike kommunale tjenester påvirker de politiske beslutningene.

8.6 OPERASJONALISERING OG EMPIRISK TILNÆRMING

I dette avsnittet beskriver vi hvilke variabler som inkluderes for å undersøke effekten av inntekter, behov og etterspørsel, samt kostnadsforhold som antas å kunne påvirke årsverksinnsatsen og egenfinansieringsgraden i psykisk helsearbeid i kommunene.

Kostnader

Kommunene kan ha ulikt nivå på kostnadene som er knyttet til produksjon av tjenestene. Dette er i hovedsak knyttet til størrelsen på kommunene og hvordan befolkningen er konsentrert i kommunegeografien.

Antall innbyggere kontrollerer vi for ved hjelp av binær-variabler som representerer ulike kommunistørrelser. Denne inndelingen er identisk med inndelingen i de deskriptive analysene. Bosettingsmønster er representert ved gjennomsnittlig reisetid inn til kommunenes administrative senter. I tillegg kontrollerer vi for systematiske forskjeller mellom regioner.

Behov og etterspørsel

I analyser av kommuner er det vanlig å kontrollere for ulike aldersgrupper. Dette fordi de fleste tjenestene gis til brukere i bestemte aldersgrupper. Brukere av de ulike tjenestene vil i ulik grad konkurrere om å oppnå et tilbud, slik at vi ved å inkludere ulike aldersgrupper også kan si noe om etterspørselen fra andre grupper av befolkningen. De andre kommunale tjenestene som helt eller delvis konkurrerer med psykisk helsearbeid om ressurser er grunnskole, barnehage og pleie- og omsorgstjenester¹⁷. Implementeringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten er delvis sammenfallende med psykisk helsearbeid. Etterspørselen etter slike tjenester antar vi trekker ressurser vekk fra psykisk helsearbeid. Disse tjenestene er i stor grad rettet mot bestemte aldersgrupper i kommunene. Andel

¹⁷ Vi ser bort fra tjenester som ikke har en spesifikk demografisk målgruppe, dvs. kulturtjenester, teknisk sektor og administrative tjenester.

innbyggere i barnehagealder, grunnskolealder og andel eldre brukes for å kontrollere for etterspørselen etter disse tjenestene.

Et eksempel er barnehager for 0-5-åringer og grunnskole for 6-15-åringer. Innenfor gitte økonomiske rammer vil høy etterspørsel etter for eksempel grunnskole kunne innebære at dette blir prioritert på bekostning av andre tjenester. I tillegg har kommunene store oppgaver i forhold til den eldre befolkningen som de må oppfylle. Dersom andelene i de ulike aldersgruppene varierer mellom kommuner, kan tjenestetilbudet i disse to kommunene avvike mye. Det er derfor viktig å kontrollere for disse aldersgruppene for å gjøre kommunene sammenliknbare.

For å fange opp forskjeller i etterspørselen etter tjenester tilbudt innen psykisk helsearbeid har vi inkludert variabler som fanger opp sosiale forhold i kommunene. Variablene kan ikke direkte antas å fange opp etterspørselen, men tidligere empirisk forskning viser at de er korrelert med kjennetegn ved brukerne av psykiske helsetjenester. De relevante variablene er andel mottakere av sosialhjelp, andel uføre (med psykiatrisk diagnose¹⁸), utdanningsnivå i kommunene, andel arbeidsledige og andel husholdninger med eneforsørger. I tillegg har vi inkludert andel kontakter som skyldes psykiske vansker og lidelser hos fastlegene i kommunene¹⁹ og totalt behov for kommunale boliger per innbygger.²⁰

Inntekter

Kommunale inntekter må antas å være viktig for utbygging av tjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser. I den forbindelse er opptrappingsmidlene viktig (effektive fram til og med 2008), men kommunene bygger også ut disse tjenestene ved hjelp av egne inntekter. Kommunens inntekter kommer i hovedsak fra inntekts- og formueskatt, rammetilskudd og eiendomsskatt. Vi har valgt ikke å inkludere eiendomsskatt fordi denne er frivillig, og dermed problematisk i forhold til endogenitetsproblemer²¹.

Det er naturlig å tro at de øremerkede midlene har hatt betydning for utbyggingen av tjenestene innenfor psykisk helsearbeid. Kalseth et al. (2008) viser at opptrappingsplanen har bidratt til økte brukerrater og dekningsgrader for en rekke tjenester. Samtidig er det sannsynlig at etterspørselen etter slike tjenester til en viss grad kan beskrives ved generelle kjennetegn i befolkningen. Som nevnt over kan sosiale problemer, uføretrygging mv., være sammenfallende med psykiske problemer eller lidelser. En utfordring i forbindelse med bruk av slike etterspørselsvariabler, i tillegg til opptrappingstilskuddet og kommunenes rammetilskudd, er knyttet til hvordan de sistnevnte beregnes. Kommunenes inntektssystem består av to hovedkomponenter, inntekts- og utgiftsutjevning. Utgiftsutjevning har som formål å kompensere kommunene for kostnads- og etterspørselsforhold som de ikke kan påvirke selv. I praksis betyr dette at

¹⁸ Antall uføre med psykiatridiagnose inkluderer organiske psykiske lidelser/schizofrene og paranoide lidelser, affektive lidelser (stemningslidelser), nevrosener, atferds- og personlighetsforstyrrelser og psykiske lidelser pga. rusmiddel- eller tablettbruk.

¹⁹ Denne variabelen er konstruert på samme måte som indikatoren presentert i kapittel 3.6.1 og er levert på kommunenivå fra NAV (konsultasjonsstatistikken).

²⁰ Vi har slått sammen antall tildelte kommunale boliger og antall personer på venteliste for å få kommunal bolig (ikke fordelt på behovsgrupper). Dette er en indikator på totalt behov for kommunale boliger på kommunenivå (SSB), se kapittel 3.6.6.

²¹ Vi ser også bort fra inntekter knyttet til gebyrer og konsesjonskraft. At en variabel er endogen betyr at den ikke er uavhengig i forhold til utfallet vi studerer. For eksempel kan det tenkes at kommuner innfører eiendomsskatt for å skaffe inntekter til utbygging av kommunale tjenester. Med andre ord er innføring av eiendomsskatt et utfall bestemt av manglende tjenestetilbud.

kjennetegn ved befolkningen virker gjennom kostnadsnøkklene i inntektssystemet og bestemmer delvis størrelsen på det øremerkede tilskuddet og det totale rammetilskuddet. Andel sosialhjelpsmottakere virker i en slik modellformulering direkte på tjenestene, i tillegg til indirekte gjennom de to tilskuddene. Dette kan føre til at det er vanskelig å identifisere effekter av både tilskudd og etterspørselsforhold. Forklaringsmodellene vi formulerer vil bruke ulike sett av forklaringsvariabler og ulike definisjoner av kommunale inntekter for å ta høyde for denne problematikken.

I praksis betyr dette at vi opererer med modellspesifikasjoner med og uten det øremerkede tilskuddet (fram til 2008) og med ulike definisjoner av kommunale inntekter. I utgangspunktet er det rimelig å tro at inntekter fra inntekts- og formueskatt per innbygger er det mest uavhengige inntektsmålet som er tilgjengelig. Vi vil kommentere konsekvensene av våre valg fortløpende i den grad de har betydning for tolkningen av sentrale variabler.

Vi undersøker disse forholdene både gjennom tverrsnittsanalyser og paneldataanalyser.

8.7 RESULTATER

8.7.1 TVERRSNITTSANALYSER

Merk at resultatene ikke er direkte sammenlignbare med tidligere rapporter. Andel enslige forsørgere er utelatt på grunn av manglende data for 2011, og i motsetning til tidligere år er det nå tilgjengelige data for alle kommuner hvert av årene. Disse endringene gjør at resultatene for 2008-2010 blir noe endret i forhold til det som er presentert i tidligere rapporter.

I tabell 8.3 har vi rapportert resultatene fra separate analyser av de fire tverrsnittene fra 2008, 2009, 2010 og 2011. Modellene forklarer fra 4-13 prosent av variasjonen i årsverk per voksne innbygger og fra tre til ni prosent av variasjonen i årsverk per barn og unge.

Tabell 8.3 Resultat fra tverrsnittregresjoner OLS, Vektet robust regresjon og Medianregresjon. Avhengig variabel: Antall årsverk i tjenester og tiltak til voksne per innbygger over 18 år

	2008			2009			2010			2011		
	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median
2000-4999 innb.	-0,768*	0,477*	0,058	-0,055	0,307	-0,036	0,148	0,259	0,379	0,322	0,196	0,133
	(-1,78)	(1,78)	(0,16)	(-0,16)	(1,19)	(-0,10)	(0,37)	(1,01)	(1,03)	(0,82)	(0,78)	(0,39)
5000-9999 innb.	-1,141**	0,549	0,254	-0,123	0,496	0,078	-0,365	0,282	0,316	-0,370	0,141	-0,078
	(-2,05)	(1,59)	(0,55)	(-0,27)	(1,51)	(0,18)	(-0,73)	(0,87)	(0,68)	(-0,75)	(0,44)	(-0,18)
10000-19999 innb.	-1,239*	0,658	0,538	-0,255	0,437	-0,005	-0,242	0,333	0,560	-0,439	0,014	-0,032
	(-1,81)	(1,55)	(0,94)	(-0,46)	(1,07)	(-0,01)	(-0,39)	(0,83)	(0,98)	(-0,71)	(0,03)	(-0,06)
20000-50000 innb.	-1,410*	0,597	0,375	-0,288	0,471	0,126	-0,342	0,315	0,671	-0,381	0,155	0,159
	(-1,82)	(1,24)	(0,58)	(-0,46)	(1,03)	(0,20)	(-0,49)	(0,70)	(1,04)	(-0,55)	(0,35)	(0,27)
Over 50000 innb.	-0,667	1,445**	1,390	0,299	0,989	0,439	0,034	0,702	0,650	-0,033	0,557	0,183
	(-0,64)	(2,23)	(1,59)	(0,35)	(1,59)	(0,53)	(0,04)	(1,14)	(0,74)	(-0,03)	(0,90)	(0,22)
And. 0-5 år	84,665***	21,010*	20,977	9,311	-0,542	25,274	15,245	16,927	19,666	11,715	4,528	6,754
	(4,14)	(1,66)	(1,23)	(0,59)	(-0,05)	(1,64)	(0,87)	(1,50)	(1,22)	(0,64)	(0,38)	(0,43)
And. 6-15 år	7,860	23,725***	29,757**	22,377*	19,610**	24,512**	13,158	9,386	14,167	3,654	7,519	6,135
	(0,55)	(2,69)	(2,51)	(1,93)	(2,32)	(2,16)	(1,03)	(1,14)	(1,20)	(0,27)	(0,86)	(0,52)
And. 67+	35,08***	25,45***	30,54***	21,33***	17,76***	30,94***	20,67***	18,56***	24,58***	10,98	11,17**	15,26**
	(4,38)	(5,12)	(4,57)	(3,10)	(3,54)	(4,59)	(2,66)	(3,69)	(3,42)	(1,36)	(2,14)	(2,20)
And. arb.ledige	4,702	22,222**	23,145	3,548	22,053**	16,873	6,419	12,795	7,296	-0,415	-11,499	5,022
	(0,27)	(2,06)	(1,60)	(0,26)	(2,26)	(1,29)	(0,42)	(1,30)	(0,52)	(-0,02)	(-1,05)	(0,35)
Andel uføre	15,425***	3,220	2,234	7,289*	0,964	0,894	7,054	3,580	2,330	8,411*	4,379	2,849
	(2,86)	(0,96)	(0,50)	(1,67)	(0,30)	(0,21)	(1,51)	(1,19)	(0,54)	(1,76)	(1,42)	(0,69)
Andel bosatt i tettsted	-0,034	-0,771*	-0,873	0,189	-0,462	0,293	0,140	-0,174	-0,247	-0,121	0,064	-0,189
	(-0,04)	(-1,65)	(-1,39)	(0,31)	(-1,04)	(0,49)	(0,20)	(-0,39)	(-0,39)	(-0,17)	(0,14)	(-0,32)
Korr. frie inntekter	0,003	0,005	0,006	0,011**	0,006*	0,008*	0,016**	0,011***	0,012**	0,016**	0,010**	0,010
	(0,54)	(1,48)	(1,22)	(2,40)	(1,81)	(1,65)	(2,55)	(2,74)	(2,07)	(2,19)	(2,06)	(1,53)
Konstantledd	-9,298**	-6,223***	-7,475**	-5,175	-3,319	-7,895**	-4,730	-3,978*	-5,694*	-1,746	-1,232	-1,893
	(-2,49)	(-2,68)	(-2,40)	(-1,64)	(-1,44)	(-2,56)	(-1,33)	(-1,74)	(-1,74)	(-0,48)	(-0,53)	(-0,61)
N	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430
R2 justert	0,134	0,112		0,089	0,080		0,082	0,072		0,061	0,039	

* p<0,1, ** p<0,05, *** p<0,01. t-verdier i parentes.

Hovedinntrykket fra tabell 8.3 er at det er begrenset sammenheng mellom faktorene som er inkludert i analysen og årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid for voksne. Avhengig av analysemetode og år forklarer modellene fra 4 til 13 prosent av variasjonen i årsverksinnsats. Den tydeligste effekten er andelen i befolkningen som er 67 år eller eldre. Flere eldre korrelerer med flere årsverk i psykisk helsearbeid. Effekten ser imidlertid ut til å avta over tid – koeffisienten viser en tendens til å bli mindre for hvert år, og i 2011 er den for første gang ikke statistisk signifikant i OLS-modellen.

Vi kan til en viss grad spore en motsatt tendens for korrigerede frie inntekter, får klarere resultater utover i tidsperioden. Også denne variabelen korrelerer positivt med årsverksinnsatsen – høyere inntekter har en tendens til å henge sammen med flere årsverk. Om denne variabelen i OLS-modellen for 2011 endres fra sin tiende til nittiende prosentil mens alle andre holdes på sine gjennomsnitt øker det forventede antallet årsverk per 10 000 innbyggere fra 35,6 til 41,1. Til sammenligning gir en tilsvarende økning på andelen eldre en forventet økning fra 33,1 til 42,4 årsverk.

Tabell 8.4 Resultat fra tverrsnittregresjoner OLS, Vektet robust regresjon og Medianregresjon. Avhengig variabel: Antall årsverk i tjenester og tiltak til barn og unge per innbygger under 18 år

	2008			2009			2010			2011		
	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median
2000-4999 innb.	-0.702 (-1.45)	-0.626** (-2.48)	-0.757** (-2.39)	-0.745** (-2.35)	-0.049 (-0.22)	-0.123 (-0.40)	-0.484 (-1.44)	-0.265 (-1.28)	-0.412 (-1.54)	-0.540 (-1.55)	-0.122 (-0.59)	-0.213 (-0.78)
5000-9999 innb.	-1.832*** (-2.96)	-1.014*** (-3.14)	-1.298*** (-3.21)	-1.208*** (-2.96)	-0.325 (-1.14)	-0.625 (-1.59)	-0.781* (-1.83)	-0.455* (-1.73)	-0.602* (-1.77)	-1.021** (-2.32)	-0.264 (-1.01)	-0.389 (-1.13)
10000-19999 innb.	-2.270*** (-2.98)	-1.324*** (-3.34)	-1.612*** (-3.25)	-1.372*** (-2.72)	-0.333 (-0.95)	-0.519 (-1.07)	-0.857 (-1.62)	-0.491 (-1.51)	-0.509 (-1.21)	-1.200** (-2.21)	-0.295 (-0.91)	-0.406 (-0.95)
20000-50000 innb.	-1.836** (-2.13)	-0.610 (-1.36)	-0.665 (-1.18)	-1.024* (-1.80)	0.152 (0.38)	0.137 (0.25)	-0.511 (-0.86)	-0.061 (-0.17)	0.150 (0.32)	-0.832 (-1.35)	0.106 (0.29)	-0.113 (-0.23)
Over 50000 innb.	-2.489** (-2.15)	-1.207** (-2.00)	-1.393* (-1.84)	-1.395* (-1.82)	-0.208 (-0.39)	-0.386 (-0.52)	-1.082 (-1.34)	-0.535 (-1.08)	-0.080 (-0.12)	-1.666** (-1.99)	-0.079 (-0.16)	-0.017 (-0.03)
And. 0-5 år	-51.035** (-2.25)	-14.413 (-1.22)	-22.554 (-1.52)	-24.200 (-1.61)	-13.421 (-1.28)	-8.638 (-0.60)	-21.008 (-1.41)	-15.644* (-1.70)	-21.048* (-1.77)	-17.444 (-1.14)	-14.478 (-1.59)	-20.349* (-1.70)
And. 6-15 år	-0.019 (-0.00)	-8.301 (-1.02)	-3.723 (-0.37)	-4.092 (-0.39)	-4.419 (-0.61)	1.955 (0.20)	-4.708 (-0.43)	-1.468 (-0.22)	2.032 (0.23)	-10.826 (-0.96)	0.766 (0.11)	2.040 (0.23)
And. 67+	-5.887 (-0.67)	-3.770 (-0.82)	-3.059 (-0.53)	-4.431 (-0.75)	-2.222 (-0.54)	0.130 (0.02)	0.255 (0.04)	-0.634 (-0.16)	0.623 (0.12)	-5.234 (-0.77)	-1.923 (-0.47)	-1.525 (-0.29)
And. arb.ledige	51.525*** (2.93)	15.549* (1.70)	31.779*** (2.77)	29.397** (2.31)	15.292* (1.72)	24.861** (2.03)	22.060* (1.74)	6.106 (0.78)	7.371 (0.73)	28.478** (2.13)	8.223 (1.04)	14.219 (1.36)
Andel uføre	-2.535 (-0.41)	0.633 (0.20)	-0.055 (-0.01)	-0.760 (-0.19)	-0.175 (-0.06)	1.806 (0.47)	-4.355 (-1.06)	-1.987 (-0.78)	-2.126 (-0.65)	-3.776 (-0.92)	-0.578 (-0.24)	-3.655 (-1.14)
Andel bosatt i tettsted	1.703** (2.04)	-0.036 (-0.08)	-0.099 (-0.18)	-0.007 (-0.01)	-0.929** (-2.42)	-0.632 (-1.19)	0.167 (0.29)	-0.308 (-0.86)	-0.287 (-0.62)	-0.002 (-0.00)	-0.602* (-1.67)	-0.405 (-0.85)
Korr. frie inntekter	-0.004 (-0.61)	-0.002 (-0.64)	0.002 (0.49)	-0.006 (-1.42)	-0.003 (-1.21)	-0.003 (-0.78)	0.000 (0.04)	-0.002 (-0.55)	-0.003 (-0.73)	0.004 (0.68)	0.005 (1.39)	0.002 (0.50)
Konstantledd	7.448* (1.79)	5.777*** (2.66)	5.202* (1.91)	6.783** (2.47)	5.077*** (2.65)	3.083 (1.17)	4.978* (1.67)	4.240** (2.31)	4.056* (1.70)	6.018* (1.93)	3.184* (1.72)	3.784 (1.55)
N	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430	430
R2 justert	0.091	0.077		0.064	0.052		0.028	0.031		0.040	0.038	

* p<0,1, ** p<0,05, *** p<0,01. t-verdier i parentes

Inntrykket fra tabell 8.4 er det samme som den forrige: modellene forklarer bare tre til ni prosent av variasjonen i antall årsverk for barn og unge. Det er imidlertid interessant å studere forskjellene på hvilke variabler som gir utslag på årsverk for voksne, og hvilke som gjør det for barn og unge. Her er det andel arbeidsledige som gir det tydeligste utslaget, hvor flere arbeidsledige korrelerer med høyere årsverksinnsats for barn og unge. Vi ser også en tendens til at det tidlig i perioden er et negativt forhold mellom økende kommunestørrelse og årsverksinnsats. Begge disse faktorenes forklaringskraft avtar imidlertid utover i perioden. Dette gjelder også modellene som helhet: for de to siste årene forklarer de bare tre til fire prosent av variansen i årsverksinnsats for barn og unge.

8.7.2 PANELDATAANALYSE

I et paneldatasett varierer data over flere dimensjoner, i dette tilfellet mellom kommuner og over tid. Tidsdimensjonen kan man utnytte for å kontrollere for uobserverte forhold i kommunene som ikke varierer over tid. Eksempler er kultur, tradisjoner, kompetanse i administrasjon osv. I paneldatanalyser uttrykkes dette som ulike forutsetninger om restleddene. Denne tidskonstante komponenten er en del av restleddet, og kan gi feilaktige estimater hvis de ikke nøytraliseres eller estimeres. Vanligvis kontrolleres

dette for ved hjelp av random eller fixed effect-analyser (hhv. RE og FE i fortsettelsen). FE nøytraliserer denne komponenten og benytter kun tidsvariasjonen i data, men siden vi kun har tre tidsperioder velger vi ikke å estimere denne modellspesifikasjonen. FE er forventningsrett i et slikt "kort" panel, men variansen blir høy og effekten av variable som varierer lite over tid blir upresist estimert.²²

Utgangspunktet for analysene er en vanlig minste kvadraters metode (MKM/_OLS) der alle fem tverrsnitt inngår i analysene. I forhold til tverrsnittsanalysene gir dette oss fem ganger så mange observasjoner, og gjør oss i stand til å estimere sammenhenger mer presist. Ulempen med MKM-analysene er at de blir forventningsskjeve hvis det faktisk eksisterer en tidskonstant kommunekomponent i restleddet. Vi presenterer en test for tilstedeværelsen av en slik komponent.

I paneldatanaalysen velger vi å bruke en kontinuerlig variabel for å kontrollere for kommunestørrelse. Dette gjøres fordi vi vil ha variasjon i innbyggertall over tid. Hadde vi brukt gruppeinndelingen ville vi kun fått variasjon når kommuner går fra en gruppe til en annen. Testene av metodene mot hverandre identifiserer en tidskonstant restleddskomponent, og FE-resultatene tolkes derfor som de mest troverdige.

Resultatene som presenteres i tabell 8.5, nedenfor, peker i retning av det ikke er noen tydelig sammenheng mellom innbyggertall og årsverksinnsats for voksne, men FE-modellen peker mot at en voksende befolkning gir større årsverksinnsats. For barn og unge derimot, er det en tydelig tendens til at større kommuner har lavere innsats. Tendensen til økt innsats ved vekst i befolkningen går igjen også her, men er svakere enn for voksne, og oppnår bare statistisk signifikans på 10 prosent-nivå.

En stor andel av befolkningen i aldersgruppen 0-5 år er signifikant assosiert med en større årsverksinnsats for voksne, men lavere innsats for barn og unge. Dette kan tolkes som at tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og problemer konkurrerer om ressursene med barnehagetjenester. Det sier derimot ingenting direkte om hvorfor vi ser motsatt effekt for voksne. Kommuner med en stor andel 0-5-åringer er gjerne kommuner i vekst, med en tilsvarende høy andel unge voksne. Dette kan tenkes å påvirke årsverksinnsatsen, men grundigere undersøkelser kreves før det kan trekkes konklusjoner.

For andel i alderen 6-15 år er det ingen tydelig tendens, mens andel eldre korrelerer med høyere innsats for voksne, men viser ingen sammenheng med årsverksinnsatsen for barn og unge. En mulig forklaring på dette funnet er at det fanger opp årsverk i alderspsykiatrien. Forekomsten av psykiske lidelser stiger med alderen, noe som tilsier at for å dekke behovet i en aldrende befolkning, vil normalt sett også årsverksinnsatsen øke. En annen tolkning er at det kan være synergieffekter mellom tilbudet innenfor psykisk helsearbeid og pleie- og omsorgstjenester. Hvis dimensjoneringen av pleie- og omsorgstilbudet følger etterspørselen tett, kan det være lettere å tilordne ressurser til psykisk helsearbeid med en omfangsrik pleie- og omsorgstjeneste. Dette resultatet tyder altså på at voksne med psykiske lidelser og problemer ikke "konkurrerer" om ressurser med eldre.

²² Vi har estimert FE-modeller og sammenliknet med RE-modellene ved hjelp av en Hausman-test. Resultatene indikerer at FE-spesifikasjonen er mest passende til data. Intuisjonen bak testen er at ved små avvik mellom FE- og RE-estimaterne så foretrekkes RE grunnet lavere varians, mens ved større avvik foretrekkes FE på grunn av at den tar tidskonstante kjennetegn ved enhetene med i beregningen.

Tabell 8.5 Resultat fra regresjonsanalyser, panelanalyse

	Voksne			Barn og unge		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
Innbyggertall (log)	-0.098 (-1.15)	-0.226 (-1.50)	7.163*** (2.95)	-0.432*** (-5.66)	-0.421*** (-3.17)	4.290* (1.82)
And. 0-5 år	31.089*** (3.76)	20.265** (2.19)	-8.795 (-0.71)	-23.795*** (-3.21)	-20.847** (-2.41)	-10.689 (-0.89)
And. 6-15 år	11.716* (1.96)	-5.256 (-0.71)	-34.359*** (-3.28)	-10.428* (-1.95)	-5.997 (-0.88)	9.055 (0.89)
And. 67+	23.753*** (6.82)	18.016*** (3.48)	30.694*** (3.13)	-4.243 (-1.36)	-3.161 (-0.68)	-8.548 (-0.90)
And. arbeidsledige	6.637 (0.95)	-8.480 (-1.16)	-10.972 (-1.27)	34.045*** (5.42)	20.109*** (2.93)	2.970 (0.36)
Andel uføre	8.626*** (3.92)	8.917** (2.55)	24.112*** (3.06)	-3.698* (-1.87)	-3.054 (-0.98)	-13.909* (-1.82)
Andel bosatt i tettsted	-0.276 (-0.88)	0.001 (0.00)	2.406 (0.89)	0.451 (1.60)	0.530 (1.07)	-0.965 (-0.37)
Korr. frie inntekter	0.011*** (4.33)	0.004 (1.16)	-0.005 (-0.81)	-0.000 (-0.07)	0.001 (0.20)	0.002 (0.27)
Dummy 2008	0.139 (0.78)	0.085 (0.83)	-0.008 (-0.08)	-0.085 (-0.54)	-0.093 (-0.93)	-0.097 (-0.94)
Dummy 2009	-0.228 (-1.23)	-0.165 (-1.37)	-0.337** (-2.49)	-0.643*** (-3.87)	-0.516*** (-4.47)	-0.356*** (-2.71)
Dummy 2010	-0.182 (-0.97)	-0.144 (-1.14)	-0.467*** (-2.99)	-0.644*** (-3.82)	-0.498*** (-4.13)	-0.303** (-2.00)
Dummy 2011	-0.297 (-1.59)	-0.328*** (-2.60)	-0.860*** (-4.77)	-0.679*** (-4.05)	-0.548*** (-4.55)	-0.334* (-1.91)
Konstantledd	-4.594** (-2.43)	1.208 (0.45)	-59.264*** (-2.84)	9.927*** (5.85)	8.904*** (3.68)	-30.734 (-1.52)
N	2150	2150	2150	2150	2150	2150
R2 justert	0.097		-0.220	0.068		-0.232
Antall kommuner	430	430	430	430	430	430

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01
t-verdier i parentes
Hausmantesten indikerer at FE bør brukes

Kommuner med høy arbeidsledighet har også en større årsverksinnsats for barn og unge, men ledighet ser ikke ut til å påvirke innsatsen for voksne. For andel uføre ser vi derimot en tendens til at kommuner med mange uføre har en større årsverksinnsats for voksne – men høyere uføregrad viser samtidig tendenser til å korrelere med lavere årsverksinnsats for barn og unge. Det at andelen som blir uføre på grunn av psykisk diagnose tilsier i seg selv at flere uføre jevnt over vil stille større krav til innsatsen i psykisk helsearbeid. I tillegg kommer spørsmålet om det å være uføretrygdet i seg selv øker risikoen for psykiske lidelser. Det at høyere andeler uføre til en viss grad korrelerer med lavere årsverksinnsats for barn og unge, kan tolkes enten som at utgifter til uføretrygd konkurrerer med ressurser til barn og unge, eller at høyt behov til voksne pasienter fører til mindre tilgjengelige ressurser til de yngre.

Når det gjelder andel bosatt i tettsted og korrigerede frie inntekter viser ikke tallmaterialet noen systematisk sammenheng med årsverksinnsats til verken voksne eller barn og unge.

8.8 OPPSUMMERING

Vi har i dette kapitlet undersøkt datagrunnlaget nærmere, og synliggjort nødvendigheten av grundig datakontroll og av å ta hensyn til outliers og heteroskedastisitet når man skal velge analysestrategi.

Analysene er basert på kommunaløkonomisk teori og gjør oss i stand til å tolke resultatene på en god måte. Vi har både utført tverrsnittsanalyser (inkludert sensitivitetstesting) og panelregresjoner. Resultatene viser at det i stor grad er ulike faktorer som forklarer årsverksinnsatsen i kommunalt organisert psykisk helsearbeid til voksne og til barn og unge. Andelene i befolkningen i aldersgruppene 0-5 år og 67 år eller eldre, samt andel uføre er de viktigste forklaringsfaktorene for voksne i modellene vi har testet. For barn og unge er det derimot innbyggertall i kommunen, andel 0-5 åringer (med motsatt fortegn i forhold til voksne) og andel arbeidsledige.

Disse analysene gir noen pekepinner, men som diskusjonen i forrige underkapittel har vist er de åpne for flere tolkninger. En utfordring ved å analysere årsverksinnsats er å skille mellom ulike mekanismer som påvirker årsverksinnsatsen. I en kommune kan høy innsats komme av høyt behov, i en annen at politikerne prioriterer psykisk helsehjelp spesielt høyt, eller at smådriftsulemper fører til at det går med mange årsverk i forhold til befolkningsstørrelsen. I tillegg er små kommuner mer utsatt for svingninger i årsverksinnsatsen som følge av enkeltbrukere med store behov. Dette er faktorer som det bare delvis kan kontrolleres for i analyser på kommunenivå med mindre svært detaljerte data er tilgjengelige.

Et interessant videre skritt for å øke forståelsen av variasjonene i årsverksinnsats mellom kommuner vil være å inkludere informasjon om fordeling av ulike diagnoser. Selv om dette kan være komplisert siden diagnosepraksis kan variere over tid og rom, så gir det samtidig muligheter for å studere hvordan mer finkornet informasjon om pasientene kan kaste lys over hva slags krav kommunene møter og hvordan de kan håndtere dem. Et eksempel er sammenhengen mellom andel eldre og årsverksinnsats for voksne. Hvis en eldre befolkning stiller større krav til det psykiatriske behandlingstilbudet i kommunene, så er det mange kommuner som møter økende utfordringer på dette området i årene som kommer. Når vi i tillegg tar med i betraktningen at de kommunene med høyest andel eldre gjerne er små, rurale kommuner hvor mange i yngre deler av befolkningen har flyttet til mer urbane områder, blir utfordringen ytterligere understreket. Det kan se ut som veksten i utfordringer vil bli størst i kommuner som allerede har en høy andel eldre med pleiebehov i forhold til den arbeidsføre befolkningen. Resultatene som er presentert her gir ikke sikre holdepunkter for å trekke disse slutningene, men de peker i retning av at dette er faktorer som det vil være nyttig å undersøke nærmere.

9 VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2012

Kapittel 9 er et deskriptivt kapittel hvor vi presenterer tversnittvariasjon mellom kommunene gruppert på ulike måter. Data er presentert på tilsvarende måte for hvert enkelt år i perioden 2007-2010 (se Ose et al. 2008, 2009, 2010 og 2011)²³. Kapitlet er ment som et "oppslagsverk", og tabeller og figurer kommenteres derfor ikke i like detaljert grad som i øvrige kapitler. Delkapittel 9.9 oppsummerer funnene i dette kapitlet.

9.1 HVORDAN SAMMENLIKNE KOMMUNER

I dette kapitlet presenteres de nasjonale tallene for innsatsen i psykisk helsearbeid i 2011 på et lavere aggregeringsnivå. Når tallene presenteres per innbygger har vi sett på årsverk i tjenester til voksne i forhold til voksenbefolkningen (18 år og eldre), og tilsvarende årsverk i tjenester for barn og unge i forhold til barne- og ungdomsbefolkningen (0-17 år).

Vi grupperer kommunene etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), KOSTRA-gruppe og helseregion. Argumentasjonen for å velge disse kategoriene er utdypet i Ose et al. (2010a s. 42). Antall kommuner fordeler seg slik per fylke i 2011:

Fylke	Antall kommuner per fylke 2011
Østfold	18
Akershus	22
Oslo	1
Hedmark	22
Oppland	26
Buskerud	21
Vestfold	14
Telemark	18
Aust-Agder	15
Vest-Agder	15
Rogaland	26
Hordaland	33
Sogn og Fjordane	26
Møre og Romsdal	36
Sør-Trøndelag	25
Nord-Trøndelag	24
Nordland	44
Troms	25
Finnmark	19
Landet	430

²³ Rapportene kan lastes ned gratis her: www.sintef.no/Teknologi-og-samfunn/Helse/Helsetjenesteforskning/Kommunale-helse--og-omsorgstjenester/Psykisk-helsearbeid/

Kommunene er delt inn etter størrelse på følgende måte i perioden 2007-2011 (se Langørgen et al. 2006):

Antall innbyggere	Antall kommuner i gruppen i 2007	Antall kommuner i gruppen i 2008	Antall kommuner i gruppen i 2009	Antall kommuner i gruppen i 2010	Antall kommuner i gruppen i 2011
Under 2000	95	95	97	96	96
2000-4999	140	141	137	136	134
5000-9999	92	88	88	88	90
10000-19999	56	55	57	59	58
20000-49 999	35	38	38	38	39
Over 50000	13	13	13	13	13
Totalt antall kommuner	431	430	430	430	430

Kommunene er delt inn etter økonomiske rammebetingelser på følgende måte:

Kostragruppe	Beskrivelse	Antall kommuner i gruppen i 2011
Små kommuner	1 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	25
	2 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	62
	3 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	37
	4 { Høye bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	7
	5 { Høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	40
	6 { Høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	55
Mellomstore kommuner	7 { Lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	31
	8 { Lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	27
	10 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	32
	11 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	43
Store kommuner	12 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	12
	13 { Store kommuner utenom de fire største byene	45
	14 { Bergen, Trondheim og Stavanger	3
	15 { Oslo kommune (bydeler)	1
	16 { De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger	10
I alt		430

Helseregionene inneholdt følgende antall kommuner per region i 2011:

Helseregion	Antall kommuner per region
Sør-Øst	172
Vest	85
Midt-Norge	85
Nord	88
Totalt	430

I kapittel 9 ser vi først på variasjon i total årsverksinnsats i kommunene (9.2) og deretter på hvordan disse årsverkene fordeler seg mellom målgruppene voksne og barn/unge (9.3). I kapittel 9.4 ser vi på hvordan årsverkene fordeles på ulike tjenester og tiltak, mens vi i 9.5 ser på hvordan årsverkene fordeles på ulike

utdanningsgrupper. Deretter ser vi på kommunal variasjon for antall mottakere av støttekontakt (9.6) før vi ser på forskjeller i måter å organisere tjenestene på (9.7). Kapittel 9.8 oppsummerer.

9.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

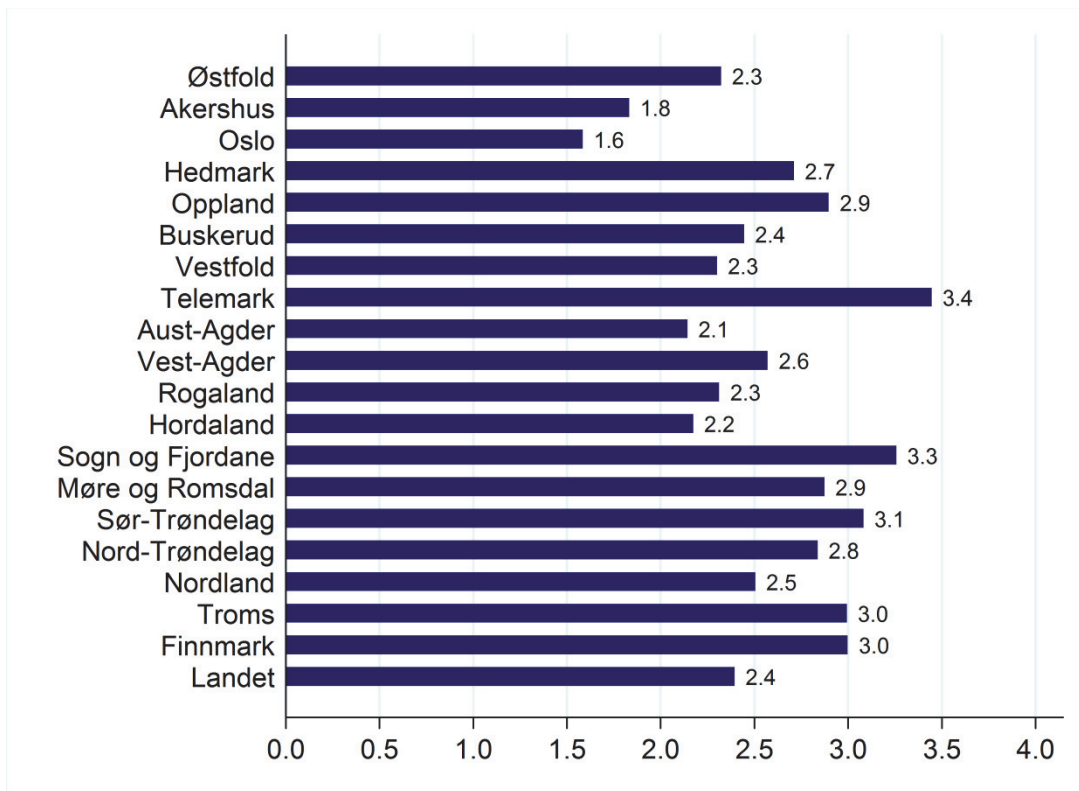
For landet totalt er det rapportert om 11 940 årsverk i 2011 – en nedgang på 255 årsverk fra 2010. Dette betyr at på landsbasis gikk 2,4 årsverk per 1 000 innbyggere til kommunale tjenester for personer som mottok tjenestene hovedsakelig fordi de hadde psykiske lidelser og problemer.

9.2.1 FYLKESVISE FORSKJELLER

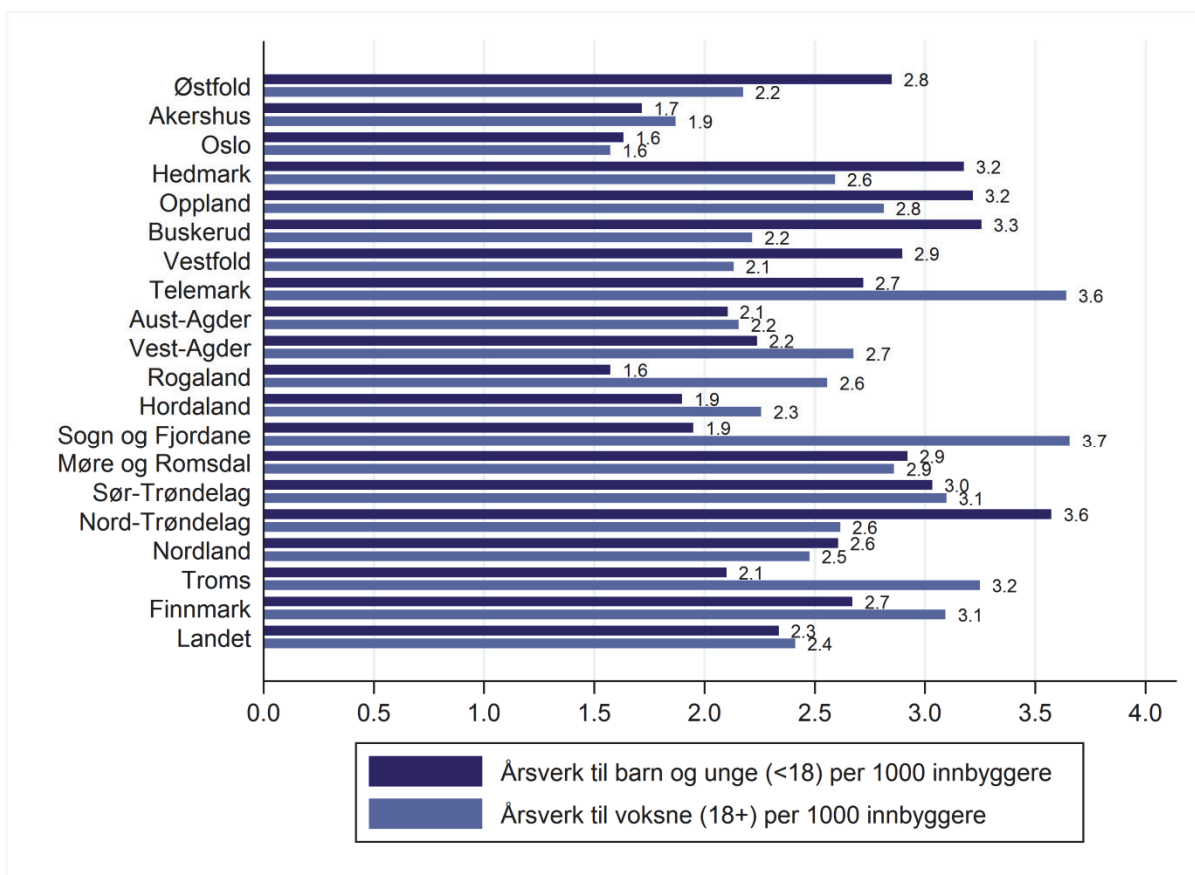
I tabell 9.1 presenteres totalt antall årsverk rapportert for henholdsvis voksne og barn og unge, samt befolkningstall og årsverk per 1 000 innbyggere for 2011. Siste kolonne i tabellen, årsverk totalt per 1 000 innbyggere, er illustrert i figur 9.1. I figur 9.2 er årsverk per innbygger splittet på tjenester for voksne og barn og unge.

Tabell 9.1 Totalt antall årsverk rapportert i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, fylke 2011

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1000 innb. (18+)	Årsverk til barn og unge per 1000 innb. (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innb.
Østfold	473	174	217 376	60 976	2,2	2,9	2,3
Akershus	787	232	421 151	135 103	1,9	1,7	1,8
Oslo	773	199	491 206	122 080	1,6	1,6	1,6
Hedmark	398	125	153 338	39 453	2,6	3,2	2,7
Oppland	417	125	148 395	38 752	2,8	3,2	2,9
Buskerud	458	190	206 776	58 388	2,2	3,3	2,4
Vestfold	393	151	184 362	52 062	2,1	2,9	2,3
Telemark	488	98	134 086	35 937	3,6	2,7	3,4
Aust-Agder	185	54	85 751	25 744	2,2	2,1	2,1
Vest-Agder	355	94	132 560	41 764	2,7	2,3	2,6
Rogaland	852	173	332 978	110 137	2,6	1,6	2,3
Hordaland	851	216	376 953	113 617	2,3	1,9	2,2
Sogn og Fjordane	303	49	82 906	25 295	3,7	1,9	3,3
Møre og Romsdal	568	170	198 535	58 093	2,9	2,9	2,9
Sør-Trøndelag	719	199	232 236	65 714	3,1	3,0	3,1
Nord-Trøndelag	268	111	102 441	30 984	2,6	3,6	2,8
Nordland	461	136	186 103	52 217	2,5	2,6	2,5
Troms	401	74	123 327	35 323	3,3	2,1	3,0
Finnmark	177	44	57 167	16 620	3,1	2,6	3,0
Landet	9 326	2 614	3 867 647	1 118 259	2,4	2,3	2,4



Figur 9.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2011



Figur 9.2 Årsverk per 1000 innbyggere, voksne og barn og unge, fylke 2011

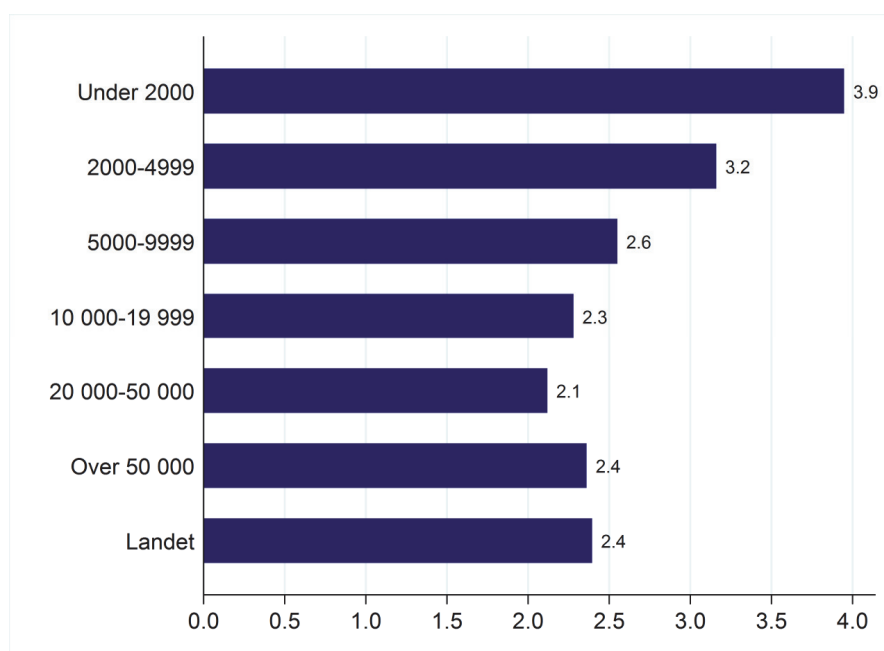
9.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 9.2 er tallene fordelt på kommuner samlet etter antall innbyggere. Tallene i siste kolonne er vist i figur 9.3, mens tallene i de to kolonnene som viser årsverk fordelt på voksne og på barn og unge er vist i figur 9.4.

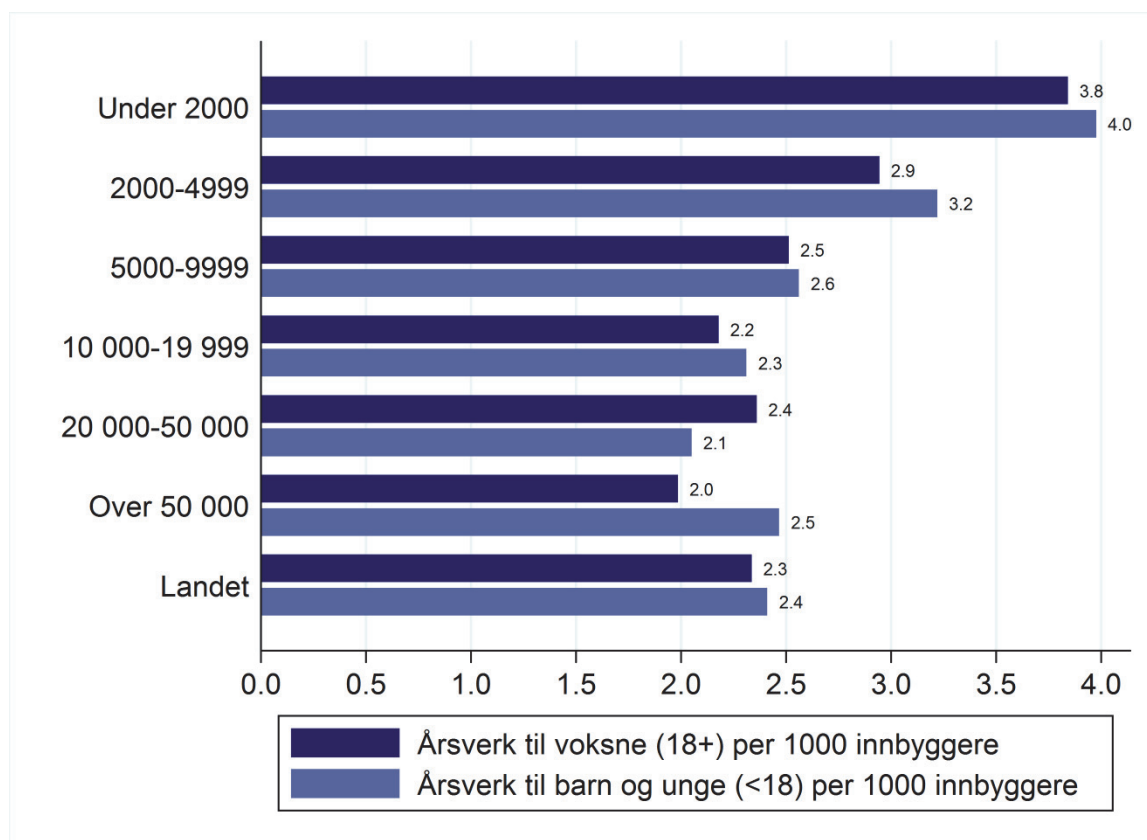
Tabell 9.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, kommune-
størrelse 2011

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1000 innb. (18+)	Årsverk til barn og unge per 1000 innb. (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innb.
Under 2000	371	95	93 272	24 813	4,0	3,8	3,9
2000-4999	1 089	279	338 122	94 677	3,2	2,9	3,2
5000-9999	1 236	354	482 423	140 790	2,6	2,5	2,6
10 000-19 999	1 449	428	626 719	196 635	2,3	2,2	2,3
20 000-50 000	2 763	905	1 347 277	383 370	2,1	2,4	2,1
Over 50 000	2 418	552	979 834	277 974	2,5	2,0	2,4
Landet	9 326	2 614	3 867 647	1 118 259	2,4	2,3	2,4

Som vist i tabellen over og figur 9.3 er hovedtrenden at antall årsverk per innbygger faller med økende kommune-
størrelse, selv om kommunene med over 50 000 innbyggere modererer denne trenden noe. Når innbyggertallet passerer 5 000 innbyggere er det imidlertid ikke så store forskjeller mellom kommune-
gruppene i totalt antall årsverk per innbygger. Når vi differensierer mellom årsverk for voksne og barn og unge i figur 9.4 blir forskjellene mellom de større kommunene tydeligere, men hovedtrenden forblir den samme.



Figur 9.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, kommune-
størrelse 2011



Figur 9.4 Årsverk per 1 000 innbyggere, tjenester for voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2011

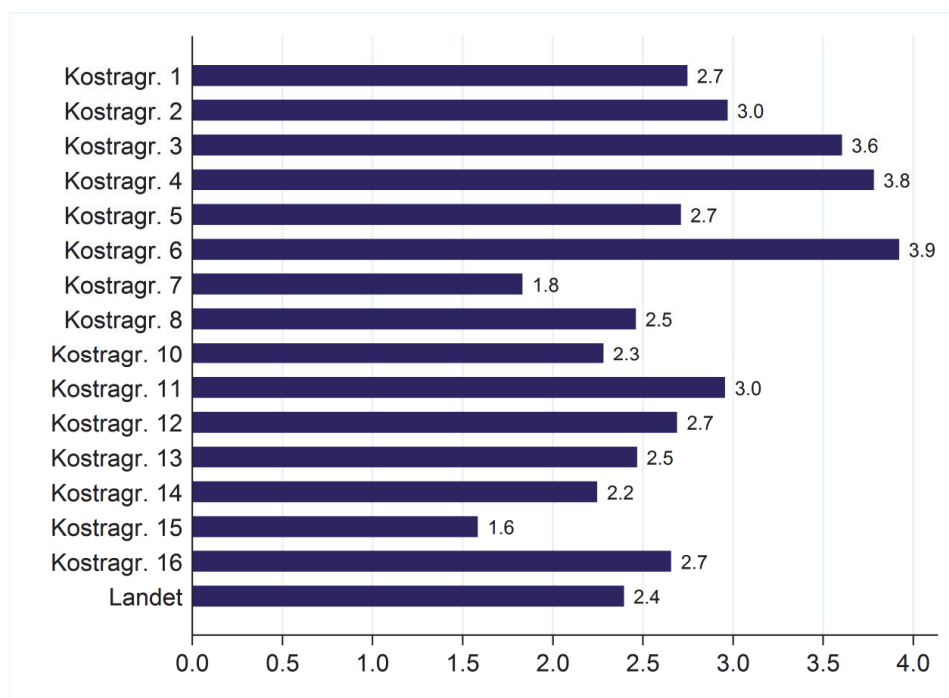
9.2.3 KOSTRA-GRUPPE

Tabell 9.3 viser antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning (voksne og barn og unge) og årsverk per 1 000 innbyggere fordelt på KOSTRA-grupper. I figur 9.5 og 9.6 har vi illustrert resultatene i de tre siste kolonnene.

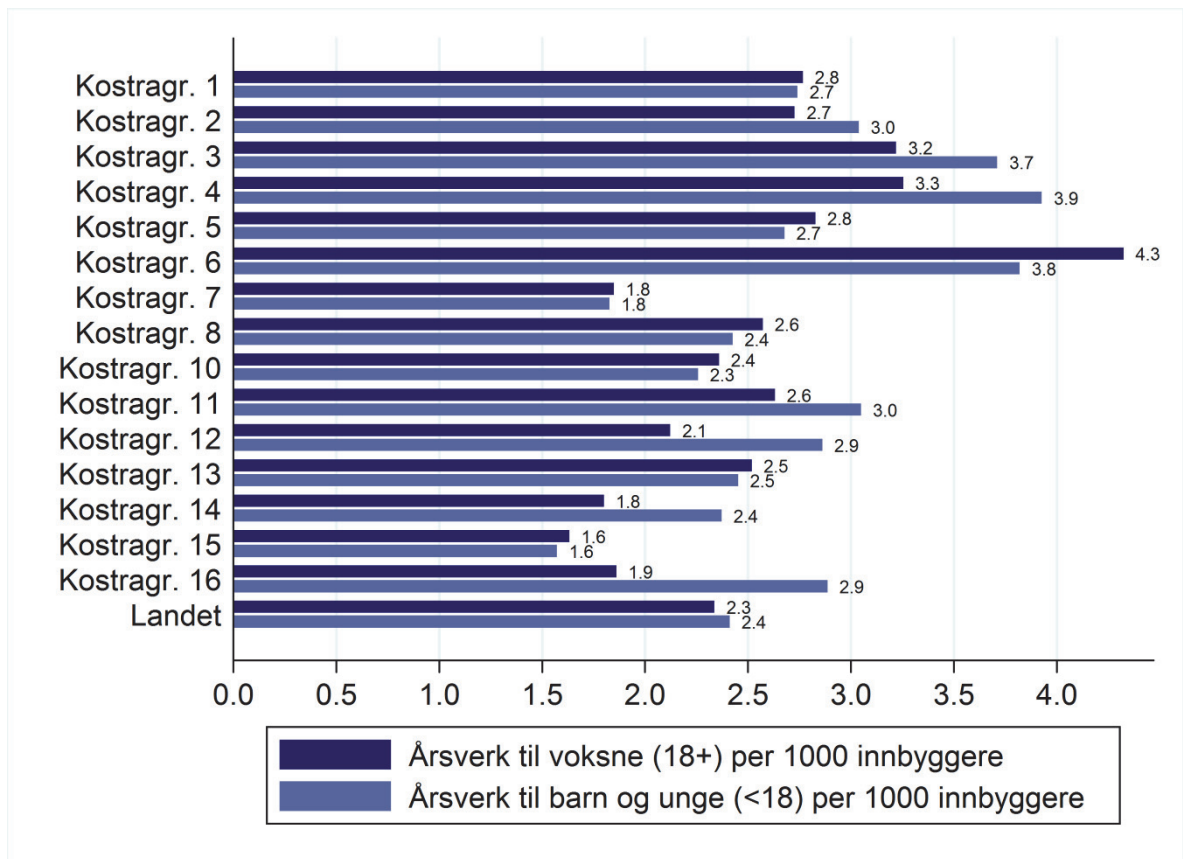
KOSTRA-gruppene 4 og 6, små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og hhv. lave og høye frie inntekter, har flest årsverk i psykisk helsearbeid (totalt) per innbygger (hhv. 3,8 og 3,9 årsverk per 1 000 innbyggere i gjennomsnitt). Disse to gruppene ligger også høyest i hhv. tjenester for voksne, (KOSTRA-gruppe 6) og i tjenester for barn og unge (KOSTRA-gruppe 4). KOSTRA-gruppene 15 (Oslo) og 7 (kommuner med lave bundne kostnader per innbygger og lave disponible inntekter) har de laveste gjennomsnittene i antall årsverk per innbygger i begge tjenestene.

Tabell 9.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Kostragruppe 2011

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1000 innb. (18+)	Årsverk til barn og unge per 1000 innb. (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innb.
Kostragr. 1	192	55	69 937	20 017	2,7	2,7	2,7
Kostragr. 2	488	125	160 600	45 835	3,0	2,7	3,0
Kostragr. 3	341	82	91 814	25 525	3,7	3,2	3,6
Kostragr. 4	42	10	10 693	2 980	3,9	3,4	3,8
Kostragr. 5	127	37	47 478	13 171	2,7	2,8	2,7
Kostragr. 6	234	67	61 312	15 460	3,8	4,3	3,9
Kostragr. 7	560	176	306 444	94 961	1,8	1,9	1,8
Kostragr. 8	652	219	268 932	84 978	2,4	2,6	2,5
Kostragr. 10	447	141	197 959	59 577	2,3	2,4	2,3
Kostragr. 11	844	210	276 768	79 850	3,0	2,6	3,0
Kostragr. 12	230	52	80 327	24 305	2,9	2,1	2,7
Kostragr. 13	3 295	1 010	1 343 638	400 841	2,5	2,5	2,5
Kostragr. 14	1 053	223	443 772	123 844	2,4	1,8	2,2
Kostragr. 15	773	199	491 206	122 080	1,6	1,6	1,6
Kostragr. 16	48	9	16 767	4 835	2,9	1,9	2,6
Landet	9 326	2 614	3 867 647	1 118 259	2,4	2,3	2,4



Figur 9.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, Kostragruppe 2011



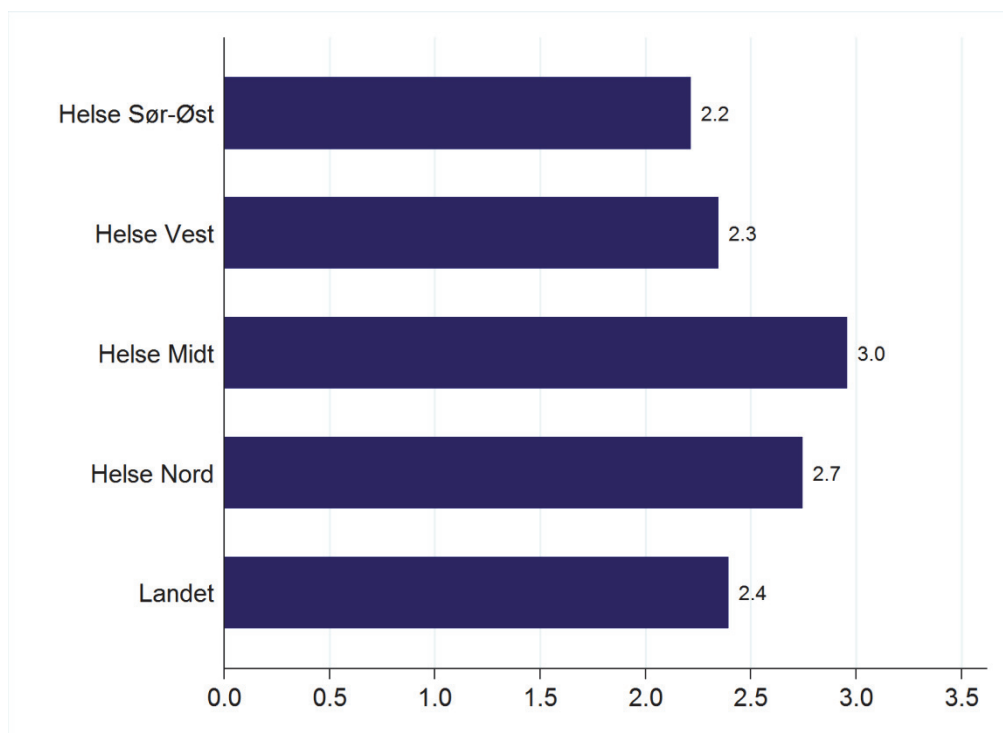
Figur 9.6 Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og unge, Kostragruppe 2011

9.2.4 HELSEREGION

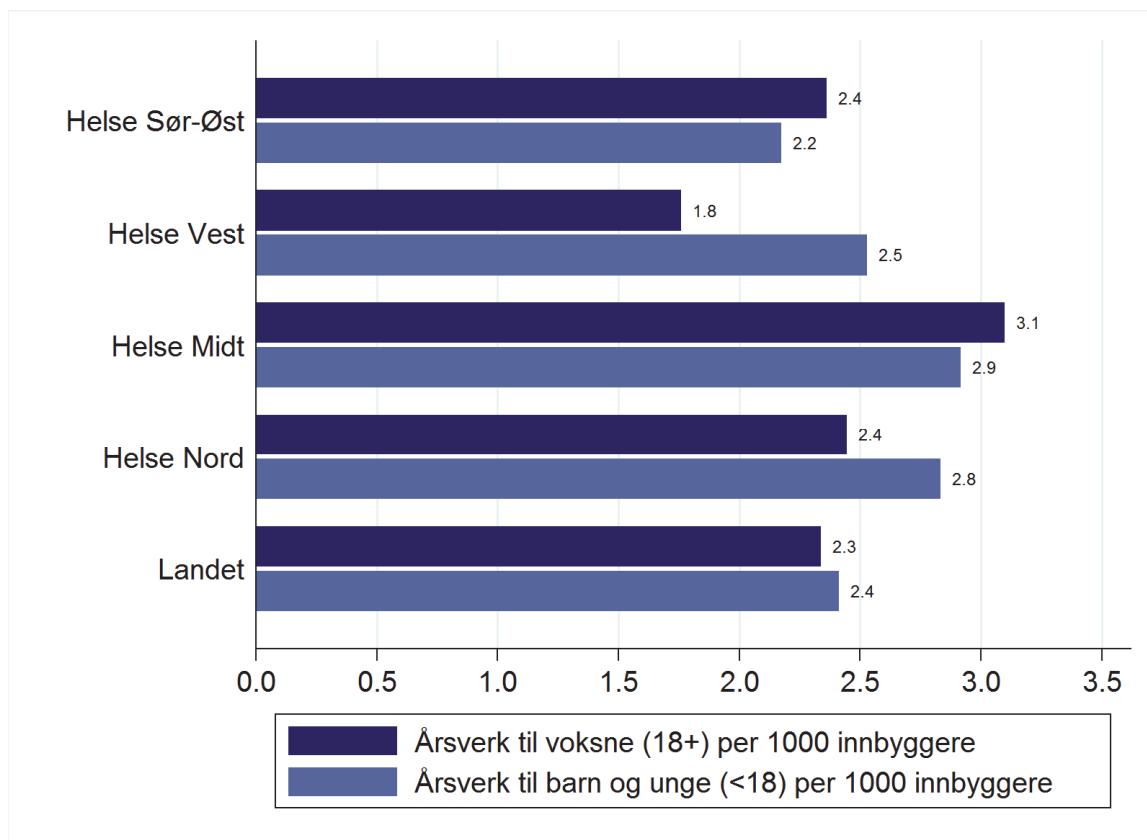
I tabell 9.4 og figurene 9.7 og 9.8 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, gruppert etter de fire helseregionene spesialisthelsetjenesten organiseres i. Helseregionene Sør-Øst og Vest har mange innbyggerrike kommuner, og kommer dermed ut med lavere antall årsverk per innbyggere enn landsgjennomsnittet totalt. Midt-Norge og Nord ligger over landsgjennomsnittet på hhv. 3 og 2,7 årsverk per 1000 innbygger.

Tabell 9.4 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Helseregion, 2011

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1000 innb. (18+)	Årsverk til barn og unge per 1000 innb. (0-17 år)	Årsverk totalt per 1000 innb.
Helse Sør-Øst	4 727	1 441	2 175 001	610 259	2,2	2,4	2,2
Helse Vest	2 006	438	792 837	249 049	2,5	1,8	2,3
Helse Midt	1 555	480	533 212	154 791	2,9	3,1	3,0
Helse Nord	1 039	255	366 597	104 160	2,8	2,4	2,7
Landet	9 326	2 614	3 867 647	1 118 259	2,4	2,3	2,4



Figur 9.7 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, helseregion, 2011



Figur 9.8 Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, helseregion, 2011

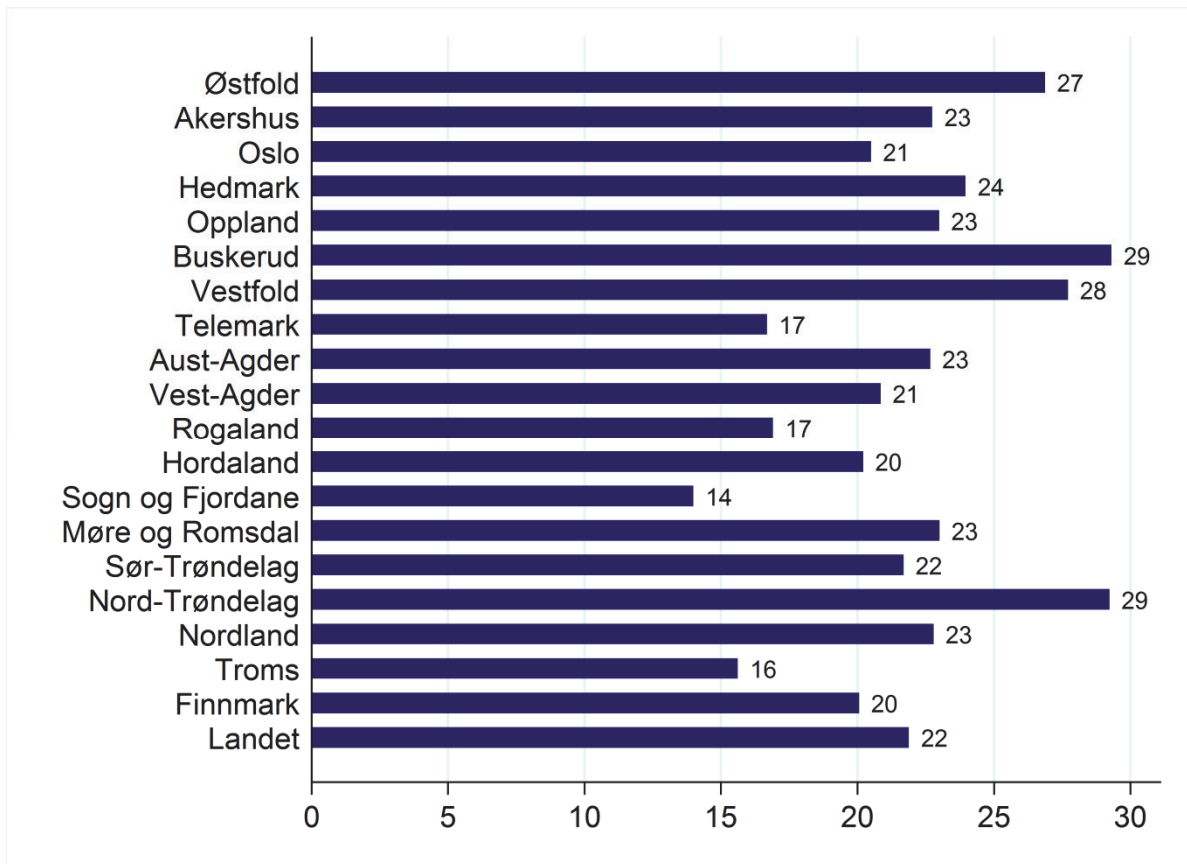
9.3 ANDEL AV ÅRSVERKENE SOM GÅR TIL TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE

Det har siden 2001 vært et uttrykt ønske fra myndighetene sin side om at minst 20 prosent av den øremerkede ressursinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene, skulle gå til tjenester for barn og unge (se St.prp. nr. 1 (2000-2001)). Den siste rapporteringen (2008-tallene) på bruk av øremerkede midler og øremerket finansierte årsverk i kommunene, viste at det bare var kommunene i Troms som i gjennomsnitt ikke benyttet 20 prosent eller mer av de øremerkede midlene og årsverkene på tjenester til barn og unge (se også Kaspersen et al., 2008). Landsgjennomsnittet i bruk av øremerkede midler på tjenester til barn og unge lå i 2007, 2008 og i 2009 på 23 prosent. I 2010 falt andelen til 22 prosent, et nivå den fortsatt hadde i 2011. Til sammenlikning gikk kun 12 prosent av midlene til slike tiltak i 2000, og det har skjedd en klar vridning i bruken av de øremerkede midlene til fordel for tjenester for barn og unge gjennom opptrappingsperioden.

I de følgende fire figurene presenterer vi andelen årsverk av totalt rapporterte årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene som var knyttet til tjenester for barn og unge i 2011. Figurene presenterer tallene per fylke, etter kommunestørrelse, Kostragruppe og per helseregion.

9.3.1 FYLKESFORSKJELLER

Figur 9.9 viser andel årsverk som gikk til tjenester og tiltak for barn og unge på fylkesnivå i 2011

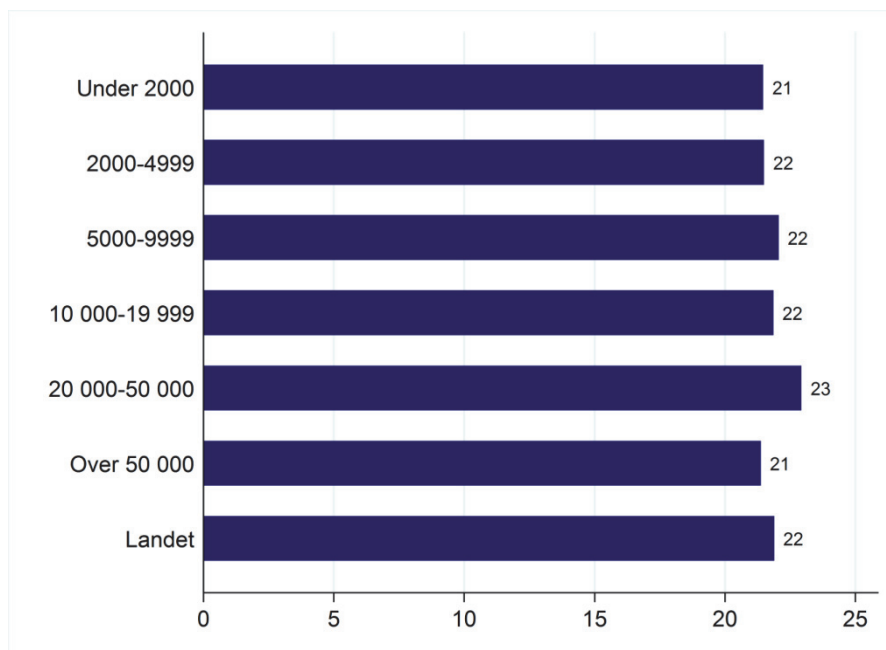


Figur 9.9 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke, 2011

Som vi ser av figuren er det kommunene i Nord-Trøndelag og Buskerud (29 prosent) som i gjennomsnitt har de høyeste andelene årsverk innen tjenester for barn og unge. De laveste gjennomsnittlige andelene finner vi i Sogn og Fjordane (14 prosent) og Troms (16 prosent).

9.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

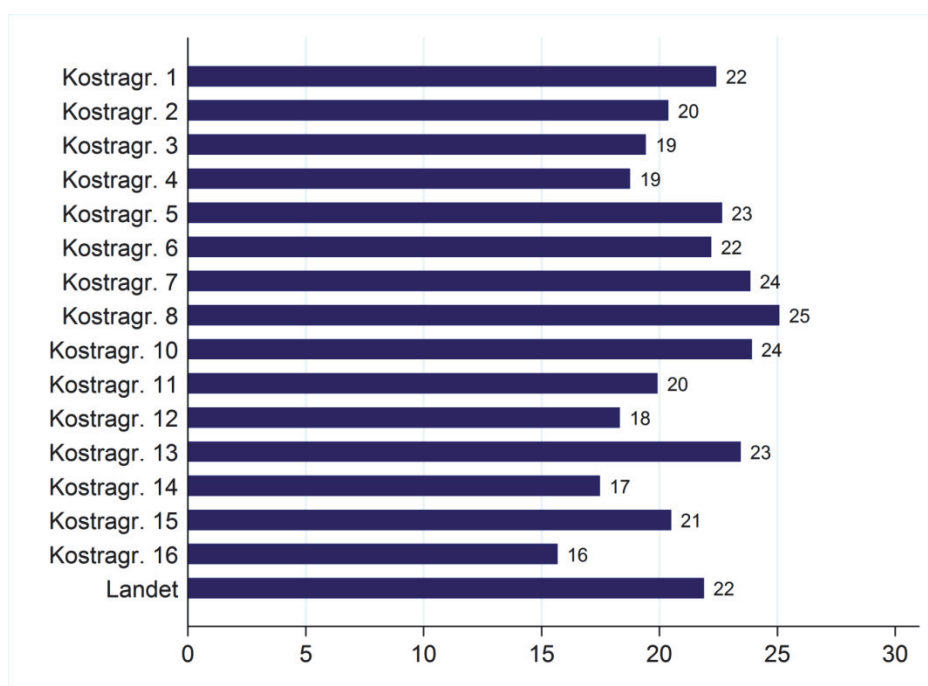
Gruppert etter kommunestørrelse (figur 9.10) er det små forskjeller mellom gjennomsnittlig andel årsverk innenfor tjenester for barn og unge. Kommuner med mellom 20 000 – 50 000 innbyggere ligger høyest (23 prosent), men en reduksjon i forhold til 2010, kombinert med en viss utflating mellom de andre kategoriene gjør at variasjonen er liten i 2011.



Figur 9.10 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse, 2011

9.3.3 KOSTRA-GRUPPE

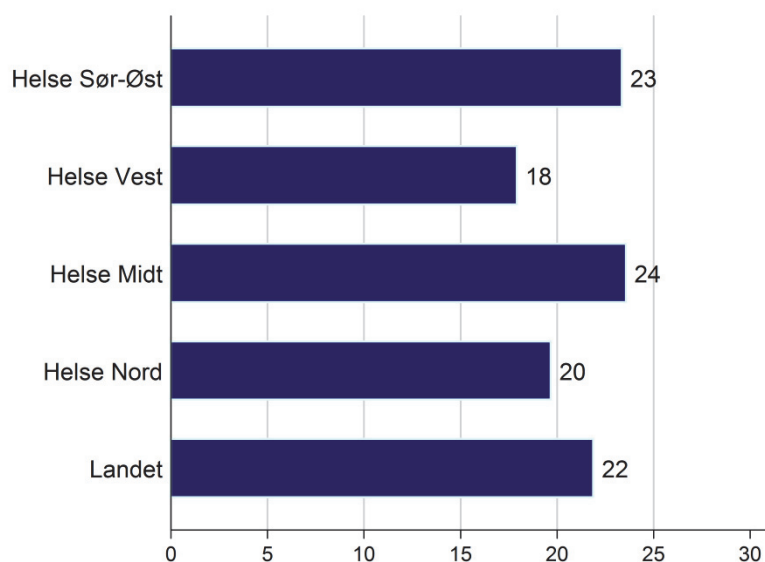
Slik det framgår av figur 9.11 har KOSTRA-gruppe 8 den høyeste gjennomsnittlige andelen årsverk (25 prosent) som går til tjenester for barn og unge. Dette betyr m.a.o. at de 27 kommunene med lave bundne kostnader og middels frie disponible inntekter i gjennomsnitt benyttet en høy andel av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge. KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) ligger lavest, med 16 prosent – en økning på ett prosentpoeng i forhold til 2010.



Figur 9.11 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, Kostragruppe, 2011

9.3.4 HELSEREGION

I figur 9.12 presenteres andel av totale årsverk som går til tjenester og tiltak for barn og unge på helseregionnivå i 2011. Som for 2009 og 2010 ligger Sør-Øst og Midt-Norge over landsgjennomsnittet i 2011, mens Vest ligger lavest.



Figur 9.12 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, helseregion, 2011

9.4 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER RETTET MOT VOKSNE

I dette delkapitlet ser vi nærmere på hvordan årsverkene fordeler seg på ulike typer tiltak innen psykisk helsearbeid. Dataene er gruppert på samme måte som i kapittel 9.2. Av plasshensyn i rapporten har vi valgt å gruppere tiltakskategoriene på følgende måte for tjenester til voksne:

- Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser
 - Hjemmetjenester
 - Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne
 - Aktivitetssenter og/eller dagsenter
 - Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud
 - Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak
- } Slått sammen til "Aktivitetstilbud"

For barn og unge rapporteres det på tre tiltak, og disse presenteres enkeltvis:

- Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge
- Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak

Vi ser først på årsverk i tjenester til voksne, deretter på årsverk i tjenester for barn og unge.

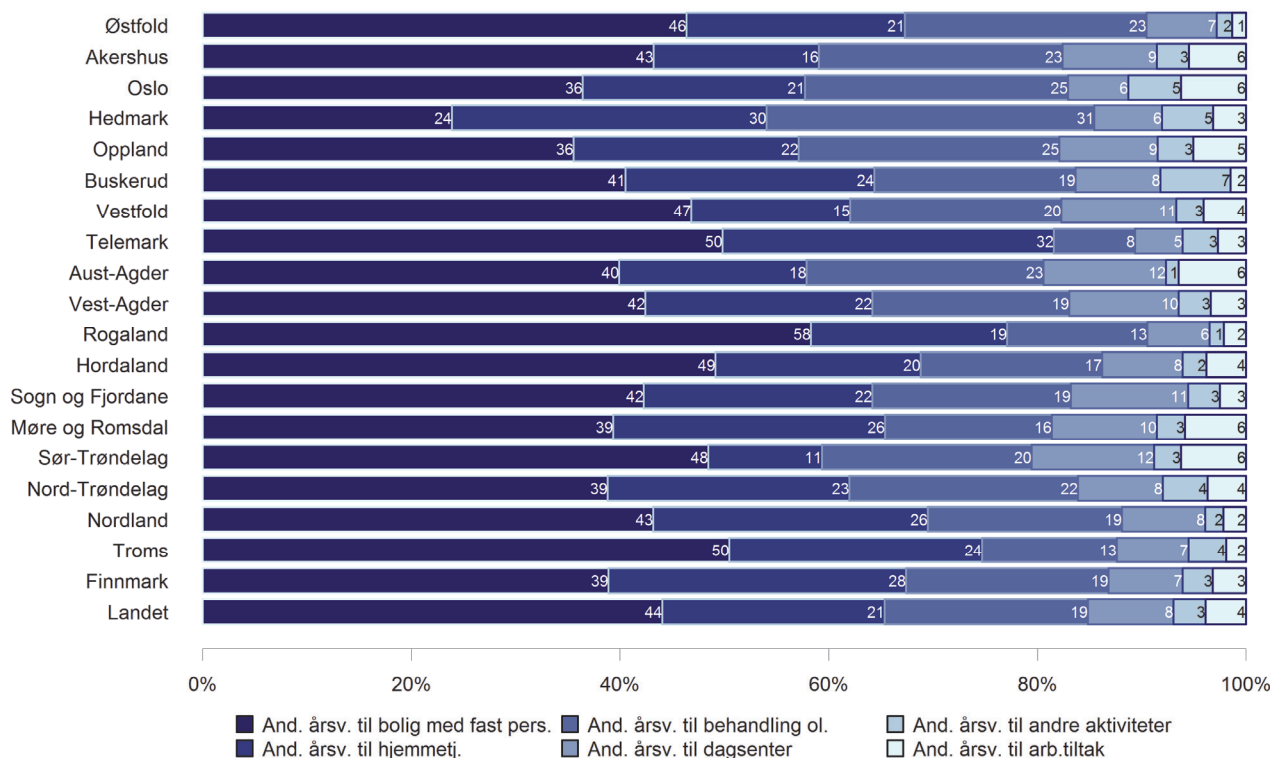
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene som er rapportert på ulike tiltak i tjenester for voksne fordeler seg andelsmessig på tiltakene bolig/oppfølging/behandling m.m. og aktivitetstilbud.

9.4.1 FYLKESFORSKJELLER

Første kolonne i tabell 9.5 er illustrert i figur 9.2 i forrige delkapittel. De to neste kolonnene i tabellen er illustrert i figur 9.13 under. I figuren har vi splittet "aktivitetstilbud" i andel årsverk til dagsenter, arbeidstiltak og andre aktiviteter. De største avvikene fra landsgjennomsnittet på 2,4 årsverk til voksne per 1 000 (voksne) innbyggere finner vi hos kommunene i Sogn og Fjordane (3,7) og Oslo og (1,6).

Tabell 9.5 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak for voksne, fylke, 2011

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitetstilbud	Totalt
Østfold	2,2	46	21	23	10	100
Akershus	1,9	43	16	23	18	100
Oslo	1,6	36	21	25	17	100
Hedmark	2,6	24	30	31	15	100
Oppland	2,8	36	22	25	18	100
Buskerud	2,2	41	24	19	16	100
Vestfold	2,1	47	15	20	18	100
Telemark	3,6	50	32	8	11	100
Aust-Agder	2,2	40	18	23	19	100
Vest-Agder	2,7	42	22	19	17	100
Rogaland	2,6	58	19	13	9	100
Hordaland	2,3	49	20	17	14	100
Sogn og Fjordane	3,7	42	22	19	17	100
Møre og Romsdal	2,9	39	26	16	19	100
Sør-Trøndelag	3,1	48	11	20	21	100
Nord-Trøndelag	2,6	39	23	22	16	100
Nordland	2,5	43	26	19	12	100
Troms	3,2	50	24	13	12	100
Finnmark	3,1	39	28	19	13	100
Landet	2,4	44	21	19	15	100



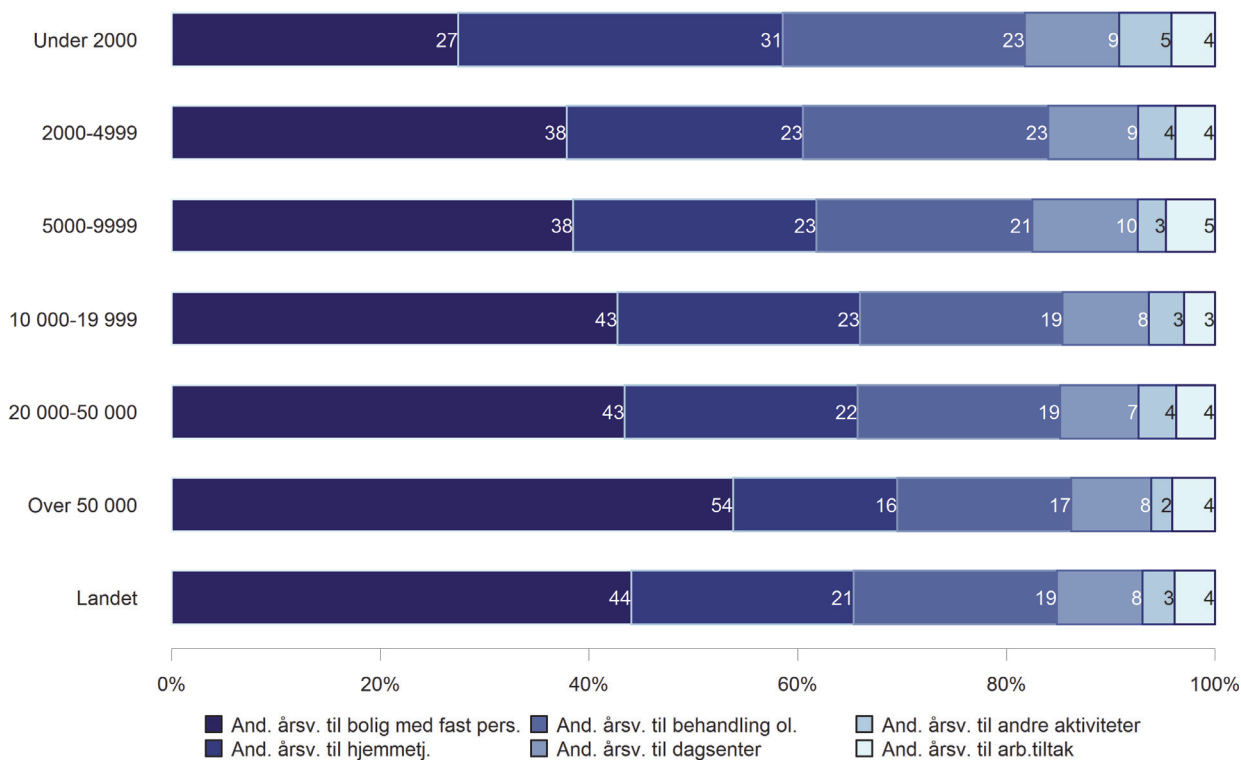
Figur 9.13 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke, 2011

9.4.2 KOMMUNESTØRRELSE

Når vi grupperer tallene etter kommunestørrelse (tabell 9.6), ser vi at andelen årsverk som går til bolig, oppfølging og behandling m.m. stiger med økende kommunestørrelse, fra 27 prosent for de minste til 54 prosent for de største kommunene. Dette kan speile at større kommuner relativt sett har flere ressurskrevende brukere som krever oppfølging i bolig og tilrettelagte behandlingstilbud (jf. Storbysatsingen). Dette er i tråd med resultatene til Næss og Nesvåg (2012:25), som finner at det er i de store byene den vi finner de største andelene av personer med rusproblemer som har problemer med å finne en tilfredsstillende boløsning. Alle kommunestørrelsene utenom 20 000 – 50 000 innbyggere rapporterer høyere andel årsverk til bolig med fast personell enn i 2010. Økningen er størst for den største og den minste kommunekategorien (hhv. fem og fire prosentpoeng). For andel av årsverk til hjemmetjenester ser vi motsatt tendens i forhold til boliger – andel årsverk reduseres med økt kommunestørrelse.

Tabell 9.6 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2011

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitets-tilbud	Totalt
Under 2000	4,0	27	31	23	18	100
2000-4999	3,2	38	23	23	16	100
5000-9999	2,6	38	23	21	18	100
10 000-19 999	2,3	43	23	19	15	100
20 000-50 000	2,1	43	22	19	15	100
Over 50 000	2,5	54	16	17	14	100
Landet	2,4	44	21	19	15	100



Figur 9.14 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse, 2011

Figur 9.14 illustrerer fordelingen av årsverk til ulike tiltak for voksne i 2011. Her ser vi tendensen til at større andeler av årsverkene går med til boliger i større kommuner, mens mindre kommuner bruker en større andel av årsverkene på hjemmetjenester. For de øvrige tjenestene er det mindre gjennomsnittlige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse.

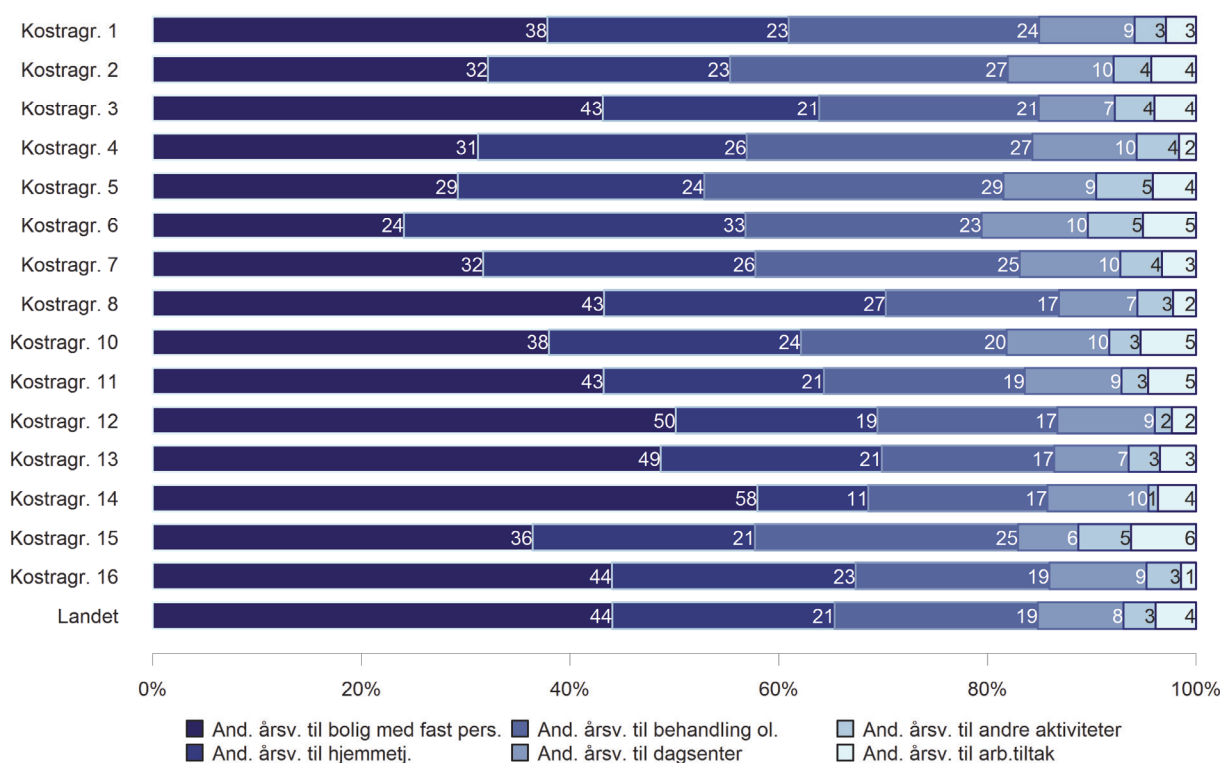
9.4.3 KOSTRA-GRUPPE

Vi så i avsnittet ovenfor hvordan de største kommunene i gjennomsnitt benytter en større andel av midlene til bolig, oppfølging og behandlingstilbud. KOSTRA-gruppene reflekterer at Trondheim, Bergen og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) slår ut i denne sammenheng med den høyeste andelen av årsverkene til bolig med fast personell (58 prosent), jf. tabell 9.7.

For andel årsverk til hjemmetjenester er det KOSTRA-gruppe 6 (høye bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter) som har den høyeste andelen årsverk (33 prosent).

Tabell 9.7 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2011

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitets-tilbud	Totalt
Kostragr. 1	2,7	38	23	24	15	100
Kostragr. 2	3,0	32	23	27	18	100
Kostragr. 3	3,7	43	21	21	15	100
Kostragr. 4	3,9	31	26	27	16	100
Kostragr. 5	2,7	29	24	29	18	100
Kostragr. 6	3,8	24	33	23	21	100
Kostragr. 7	1,8	32	26	25	17	100
Kostragr. 8	2,4	43	27	17	13	100
Kostragr. 10	2,3	38	24	20	18	100
Kostragr. 11	3,0	43	21	19	16	100
Kostragr. 12	2,9	50	19	17	13	100
Kostragr. 13	2,5	49	21	17	14	100
Kostragr. 14	2,4	58	11	17	14	100
Kostragr. 15	1,6	36	21	25	17	100
Kostragr. 16	2,9	44	23	19	14	100
Landet	2,4	44	21	19	15	100



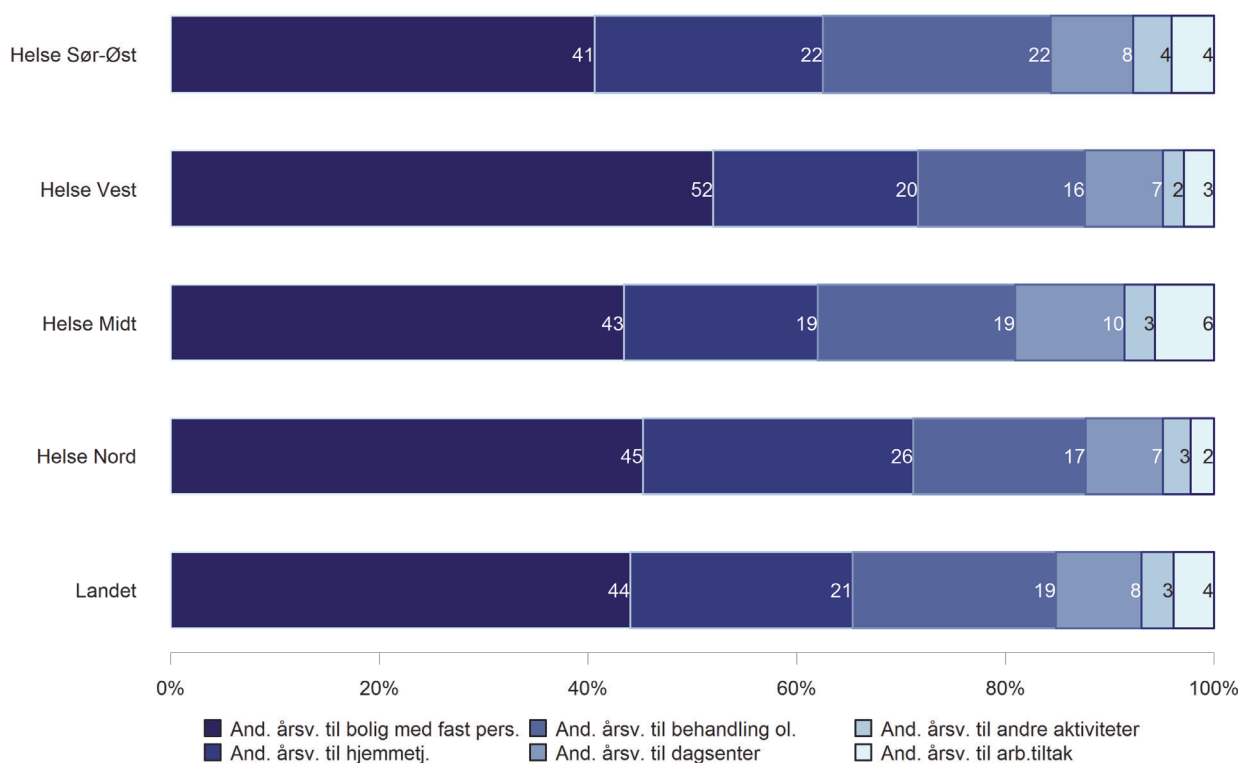
Figur 9.15 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., Kostragruppe, 2011

9.4.4 HELSEREGION

I tabell 9.8 og figur 9.16 presenteres tallene per helseregion. Andelen av årsverk til bolig med fast personell er høyest i helseregion Vest (52 prosent). Denne helseregionen ligger 8 prosentpoeng over landsgjennomsnittet på 44 prosent. Andel av årsverk til hjemmetjenester er høyest i helseregion Nord (26 prosent, opp tre prosentpoeng fra 2010).

Tabell 9.8 Årsverk per 1 000 voksne innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2011

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemmetjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitets-tilbud	Totalt
Helse Sør-Øst	2,2	41	22	22	16	100
Helse Vest	2,5	52	20	16	12	100
Helse Midt	2,9	43	19	19	19	100
Helse Nord	2,8	45	26	17	12	100
Landet	2,4	44	21	19	15	100



Figur 9.16 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., helseregion, 2011

9.5 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

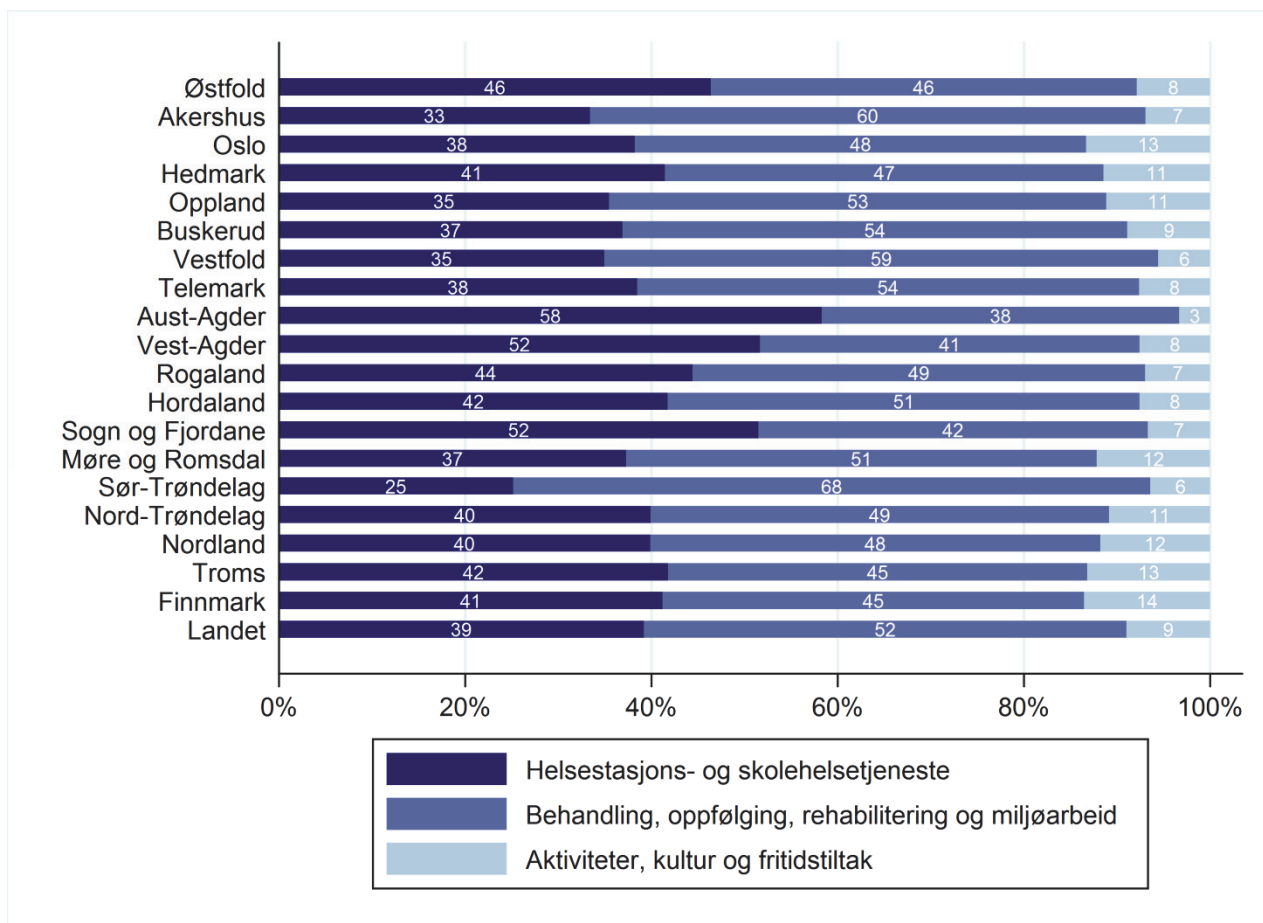
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene i psykisk helsearbeid i kommunene fordeler seg på tre ulike tiltak for barn og unge: Helsestasjons- og skolehelsetjeneste; behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid (behandling og oppfølging mv.); aktiviteter, kultur og fritidstiltak.

9.5.1 FYLKESFORSKJELLER

Som vi ser av tabell 9.9 går i gjennomsnitt over halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging mv. (52 prosent) i 2011. Dette er ett prosentpoeng høyere enn i 2010, og tilsvarende nivået i 2009. 39 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste (tilsvarende som i 2010, opp to prosentpoeng fra 2009), mens de resterende ni prosentene går til aktivitets-, kultur- og fritidstilbud. Det er store forskjeller mellom fylkene i andelen årsverk som går til de ulike tiltakene. Sør-Trøndelag har den laveste andelen (25 prosent) som går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, og samtidig den høyeste andelen som går til behandling og oppfølging mv. (68 prosent, opp fem prosentpoeng fra 2010). Aust-Agder rapporterer at 58 prosent av årsverkene går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, noe som utgjør en økning på 26 prosentpoeng og plasserer dem som fylket med den høyeste andelen årsverk innen denne tjenesten. De har samtidig de laveste andelen innen både behandling, oppfølging mv. og aktiviteter (38 prosent), kultur og fritidstiltak (tre prosent, ned fra 27 prosent i 2010).

Tabell 9.9 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2011

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Østfold	2,8	46	46	8	100
Akershus	1,7	33	60	7	100
Oslo	1,6	38	48	13	100
Hedmark	3,2	41	47	11	100
Oppland	3,2	35	53	11	100
Buskerud	3,3	37	54	9	100
Vestfold	2,9	35	59	6	100
Telemark	2,7	38	54	8	100
Aust-Agder	2,1	58	38	3	100
Vest-Agder	2,2	52	41	8	100
Rogaland	1,6	44	49	7	100
Hordaland	1,9	42	51	8	100
Sogn og Fjordane	1,9	52	42	7	100
Møre og Romsdal	2,9	37	51	12	100
Sør-Trøndelag	3,0	25	68	6	100
Nord-Trøndelag	3,6	40	49	11	100
Nordland	2,6	40	48	12	100
Troms	2,1	42	45	13	100
Finnmark	2,7	41	45	14	100
Landet	2,3	39	52	9	100



Figur 9.17 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke, 2011

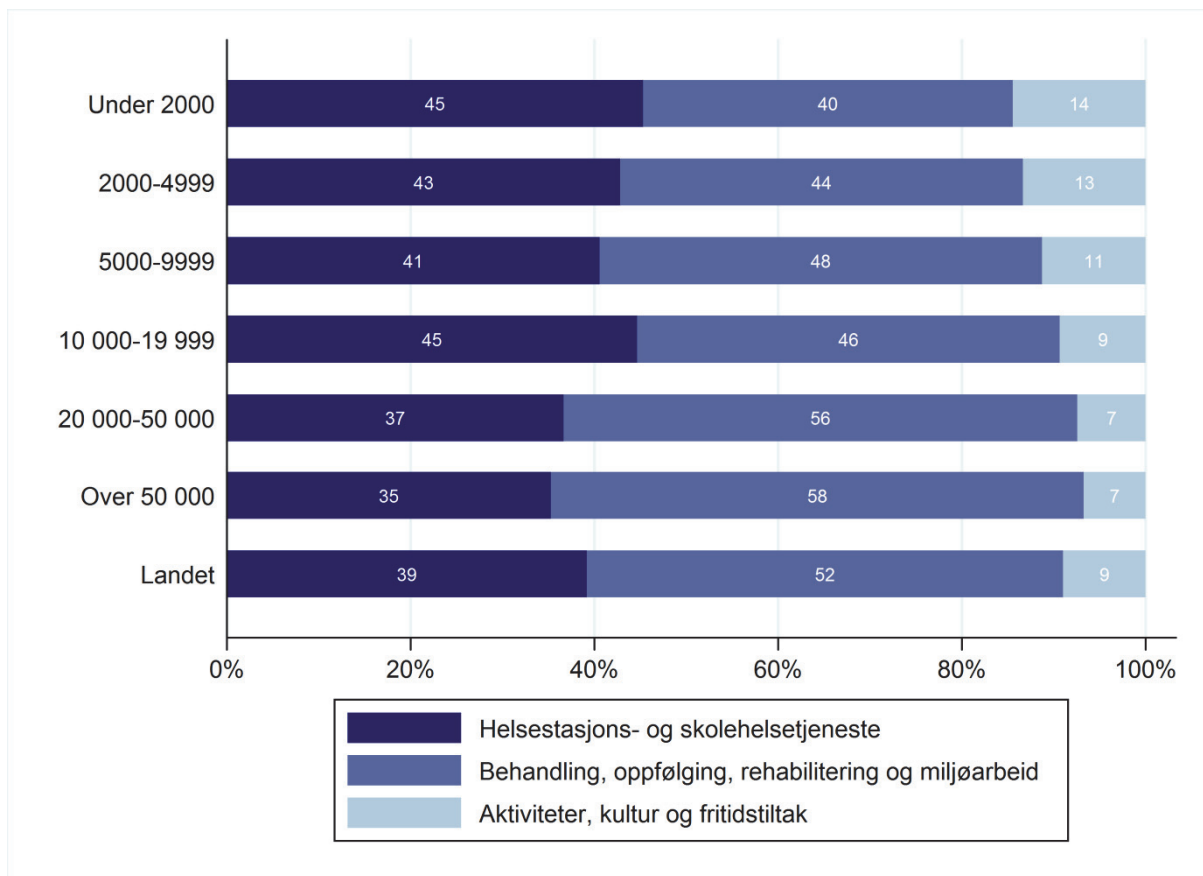
9.5.2 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse ser vi av tabell 9.10 at det er en sammenheng mellom kommunestørrelsen og andel av årsverk som går til helsestasjons- og skolehelsetjenester. Jo større kommunen er, jo lavere andel av årsverkene går til helsestasjon og skolehelsetjenester. Denne sammenhengen gjelder vel og merke ikke for kommunestørrelse 10 000 – 19 999, jf. tabell 9.10.

Tabell 9.10 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2011

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Under 2000	3,8	45	40	14	100
2000-4999	2,9	43	44	13	100
5000-9999	2,5	41	48	11	100
10 000-19 999	2,2	45	46	9	100
20 000-50 000	2,4	37	56	7	100
Over 50 000	2,0	35	58	7	100
Landet	2,3	39	52	9	100

Når det gjelder behandling og oppfølging mv. er det en betydelig lavere andel som går til dette i de aller minste kommunene (40 prosent), sammenliknet med de største kommunene (58 prosent). De minste kommunene prioriterer i større grad aktivitetstilbud. Dette så vi også i tallene fra 2008, 2009 og 2010. Figur 9.18 illustrerer disse forskjellene.



Figur 9.18 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2011

9.5.3 KOSTRA-GRUPPE

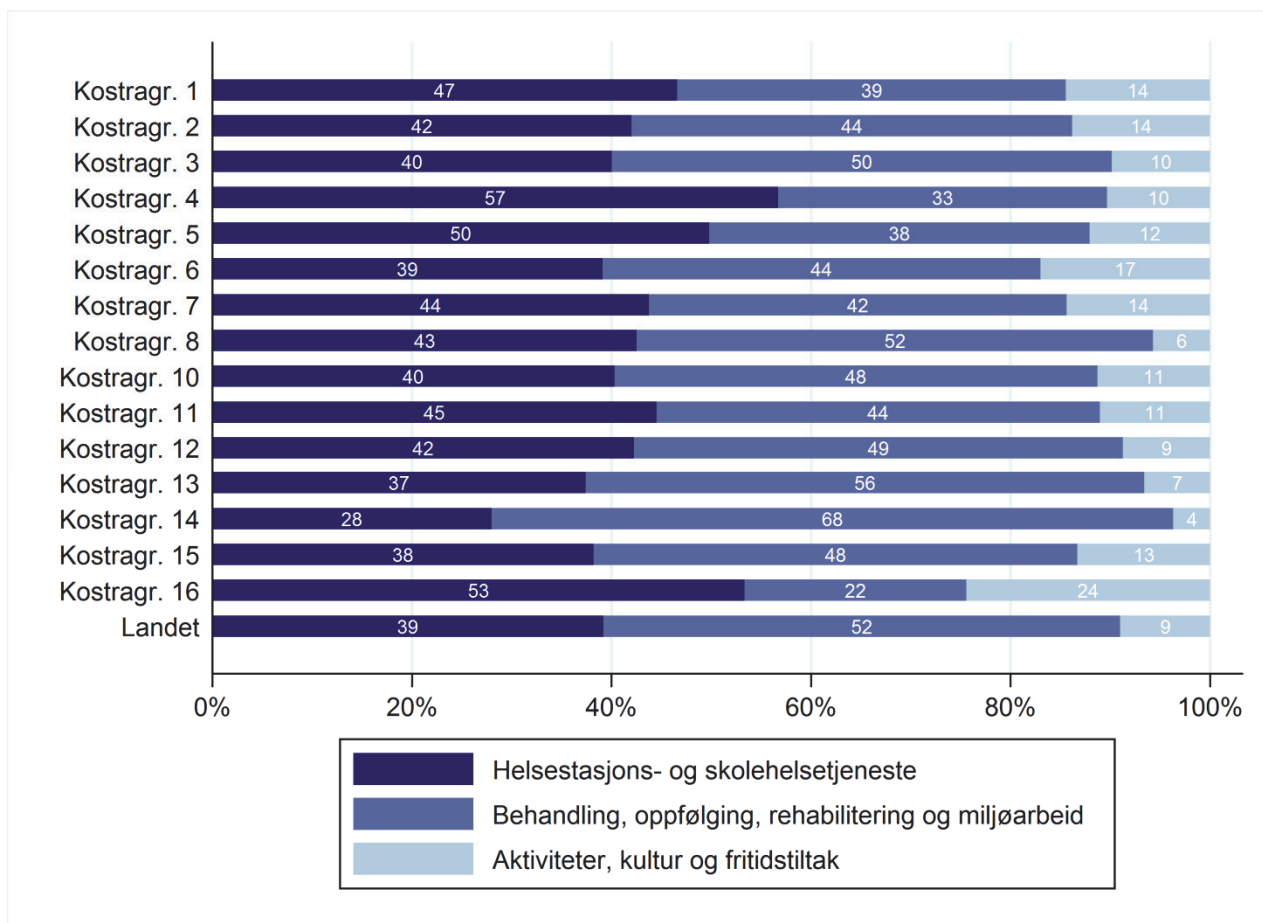
I tabell 9.11 og figur 9.19 presenteres tallene per KOSTRA-gruppe for 2011.

Når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjeneste er KOSTRA-gruppe 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger) med på å trekke ned landsgjennomsnittet med kun 28 prosent av årsverkene i denne type tjenester (opp fire prosentpoeng fra 2010). Landsgjennomsnittet ligger, som i 2010, på 39 prosent, så økningen i KOSTRA-gruppe 14 blir oppveid fall i andre grupper. Det største fallet finner vi i KOSTRA-gruppe 16, som går ned fra 60 til 53 prosent (etter å ha økt fra 50 til 60 prosent fra 2009 til 2010).

Tabell 9.11 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2011

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Kostragr. 1	2,8	47	39	14	100
Kostragr. 2	2,7	42	44	14	100
Kostragr. 3	3,2	40	50	10	100
Kostragr. 4	3,3	57	33	10	100
Kostragr. 5	2,8	50	38	12	100
Kostragr. 6	4,3	39	44	17	100
Kostragr. 7	1,8	44	42	14	100
Kostragr. 8	2,6	43	52	6	100
Kostragr. 10	2,4	40	48	11	100
Kostragr. 11	2,6	45	44	11	100
Kostragr. 12	2,1	42	49	9	100
Kostragr. 13	2,5	37	56	7	100
Kostragr. 14	1,8	28	68	4	100
Kostragr. 15	1,6	38	48	13	100
Kostragr. 16	1,9	53	22	24	100
Landet	2,3	39	52	9	100

De fleste gruppene ligger over dette gjennomsnittet, en sammenheng vi så også i tallene fra 2008-2010. Det er KOSTRA-gruppe 4 (kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og lave frie inntekter) som rapporterer den høyeste andelen av årsverkene innenfor helsestasjon og skolehelsetjenesten, med 57 prosent. Når det gjelder behandling og oppfølging mv. er det Bergen, Trondheim og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) som er med på å trekke opp landsgjennomsnittet – disse kommunene bruker i gjennomsnitt 68 prosent av årsverkene sine i den type tjeneste (og kun fire prosent i aktivitetstilbud). KOSTRA-gruppe 16 benytter høyest andel av årsverkene i aktivitetstilbud med 24 prosent.



Figur 9.19 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2011

9.5.4 HELSEREGION

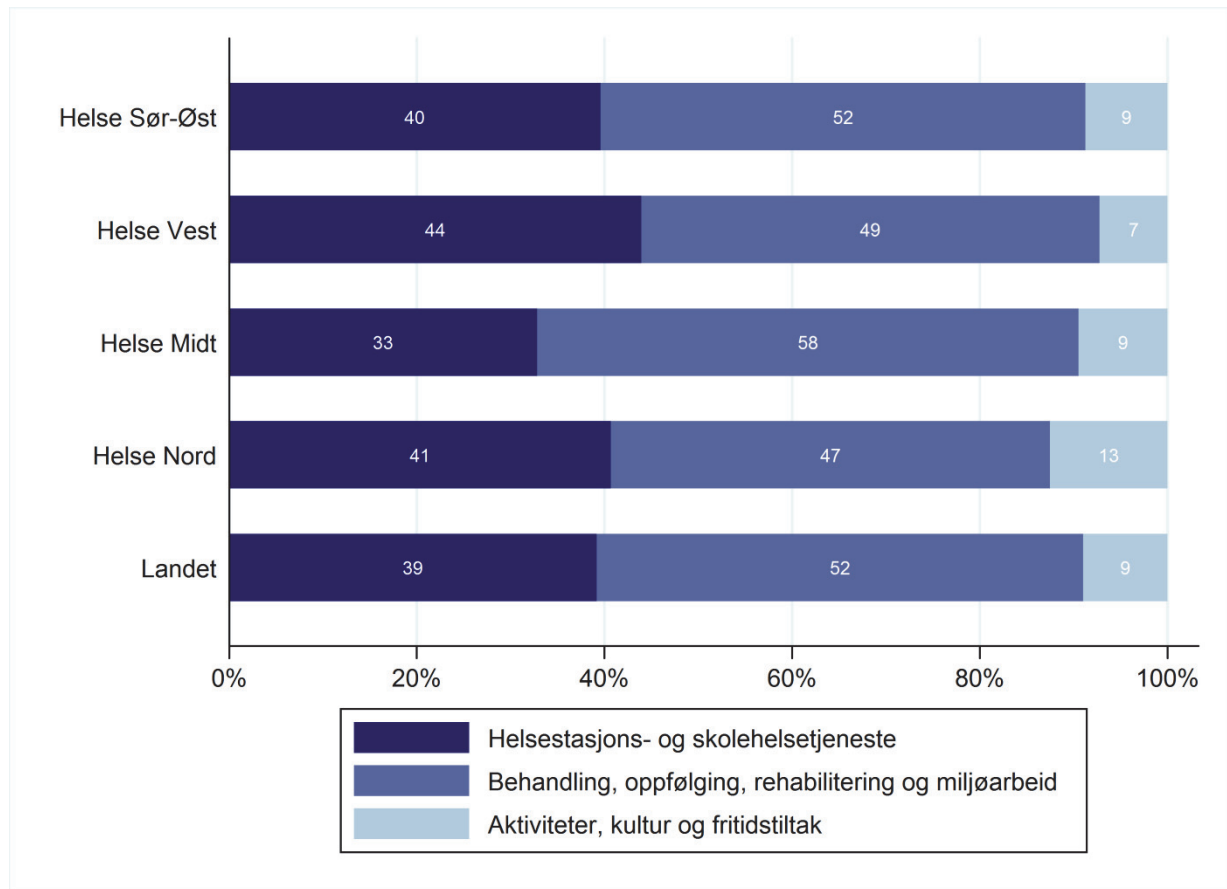
I tabell 9.12 og figur 9.20 presenteres tallene per helseregion.

Tabell 9.12 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2011

	Sum årsverk til barn og unge (0-17 år) pr. 1000 innb.	Helsestasjon og skolehelsetjenesten	Behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid	Aktiviteter, kultur og fritidstilbud	Totalt
Helse Sør-Øst	2,4	40	52	9	100
Helse Vest	1,8	44	49	7	100
Helse Midt	3,1	33	58	9	100
Helse Nord	2,4	41	47	13	100
Landet	2,3	39	52	9	100

Helseregion Midt-Norge har flest årsverk per innbyggere i tjenester til barn og unge. Helseregion Nord har den høyeste andelen årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens Midt-Norge har godt over

gjennomsnittet i behandling og oppfølgingstjenester. Her har Vest en reduksjon fra 55 til 49 prosent, og skifter dermed fra over til under gjennomsnittet.



Figur 9.20 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2011

9.6 ÅRSVERK FORDELTE PÅ ULIKE UTDANNINGSGRUPPER

I det følgende presenterer vi årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper.

For å forenkle fremstillingen, gjøres den grafiske presentasjonen av tallene etter følgende inndeling:

- Helse- og sosialfag fra videregående skole
- Helse- og sosialfag og andre fag fra høyskole/universitet
- Andre
- Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid (både fra videregående og høyskole/universitet)

9.6.1 ÅRSVERK TOTALT

Vi tar først for oss totalt antall årsverk, deretter skiller vi mellom årsverk i tjenester for henholdsvis barn og unge og voksne.

FYLKESFORSKJELLER

I tabell 9.13 presenteres totaltallene per fylke fordelt på de ulike utdanningskategoriene kommunene rapporterer på. Den prosentvise andelen i hver kategori per fylke presenteres i tabell 9.14.

Tabell 9.13 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2011

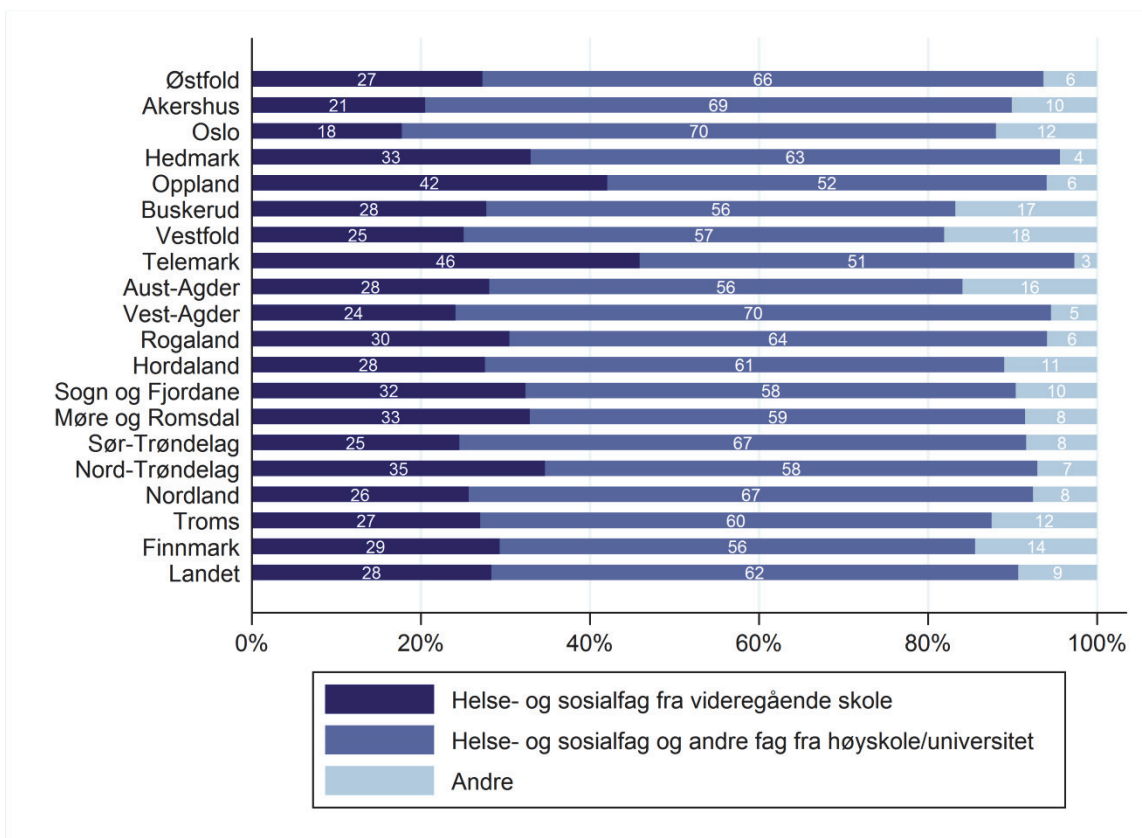
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd.		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Østfold	56	120	162	170	10	22	65	41	647
Akershus	90	119	245	248	45	41	128	103	1 019
Oslo	67	106	191	364	20	18	90	116	972
Hedmark	88	85	140	151	9	9	19	23	522
Oppland	78	150	82	137	4	9	50	32	542
Buskerud	75	104	116	121	22	29	71	108	648
Vestfold	47	89	114	118	8	15	54	98	544
Telemark	87	182	90	129	2	30	49	16	586
Aust-Agder	25	42	58	56	6	1	12	38	239
Vest-Agder	36	72	140	120	4	26	26	24	448
Rogaland	119	194	236	302	42	15	59	61	1 027
Hordaland	117	177	237	291	39	22	65	117	1 067
Sogn og Fjordane	32	82	69	108	4	1	23	34	352
Møre og Romsdal	81	162	132	187	10	30	71	63	737
Sør-Trøndelag	67	159	187	264	28	54	83	77	919
Nord-Trøndelag	50	82	78	95	7	14	27	27	379
Nordland	55	99	176	130	6	21	66	45	598
Troms	38	90	137	117	4	8	22	59	476
Finnmark	21	43	58	46	4	2	15	32	221
Landet	1 230	2 156	2 649	3 154	276	368	994	1 115	11 942

Tabell 9.14 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke, 2011

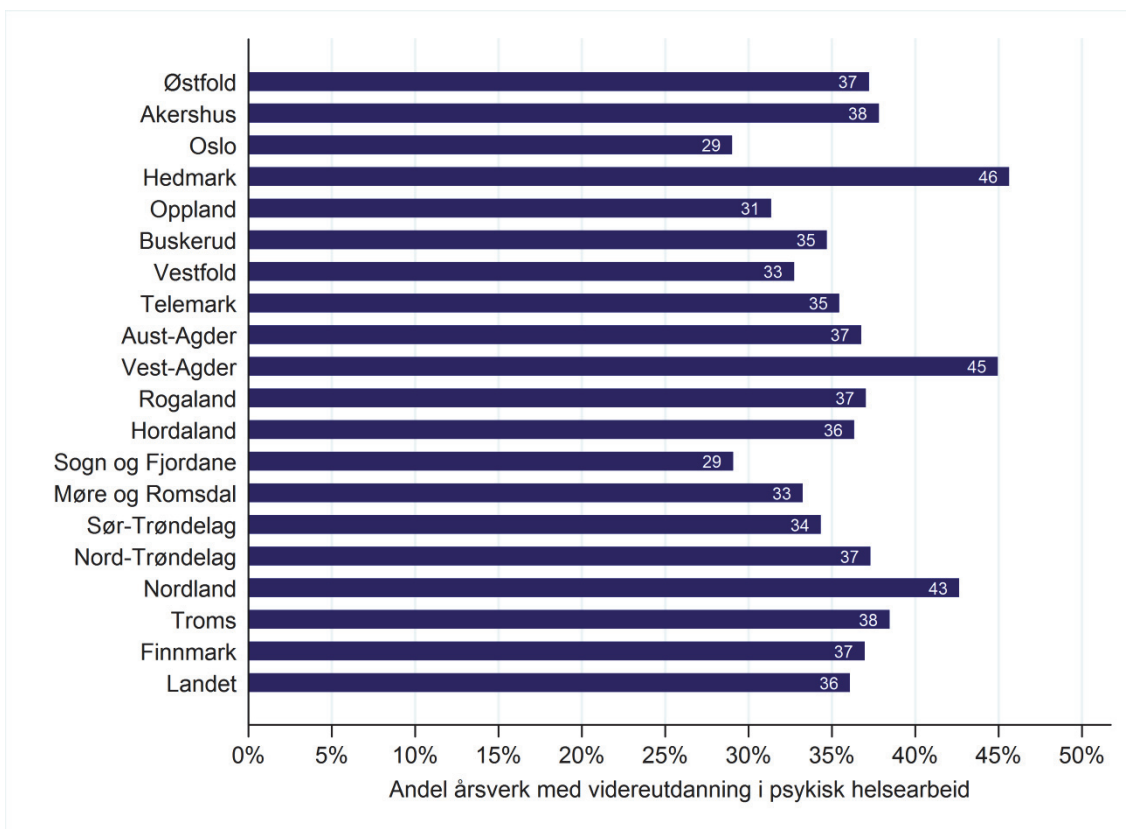
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	9	19	25		26	2		
Akershus	9	12	24	24	4	4	13	10	100
Oslo	7	11	20	37	2	2	9	12	100
Hedmark	17	16	27	29	2	2	4	4	100
Oppland	14	28	15	25	1	2	9	6	100
Buskerud	12	16	18	19	3	4	11	17	100
Vestfold	9	16	21	22	1	3	10	18	100
Telemark	15	31	15	22	0	5	8	3	100
Aust-Agder	10	18	24	23	3	0	5	16	100
Vest-Agder	8	16	31	27	1	6	6	5	100
Rogaland	12	19	23	29	4	1	6	6	100
Hordaland	11	17	22	27	4	2	6	11	100
Sogn og Fjordane	9	23	20	31	1	0	7	10	100
Møre og Romsdal	11	22	18	25	1	4	10	9	100
Sør-Trøndelag	7	17	20	29	3	6	9	8	100
Nord-Trøndelag	13	22	21	25	2	4	7	7	100
Nordland	9	17	29	22	1	4	11	8	100
Troms	8	19	29	25	1	2	5	12	100
Finnmark	10	19	26	21	2	1	7	14	100
Landet	10	18	22	26	2	3	8	9	100

Som vi ser av tabell 9.14 har over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid helse-/sosialfag fra høyskole- eller universitetsutdannelse (med eller uten videreutdanning). Kommunene i Vest-Agder rangerer høyest i denne kategorien, med en andel på 70 prosent. 28 prosent av årsverkene har videregående skole som høyeste utdannelse, mens ni prosent ble kategorisert som "andre".

Fra tabellen over har vi slått sammen noen av kategoriene som er hensiktsmessige å se under ett. Vi ser først på andel med helse- og sosialfaglig utdanning (fra hhv. videregående og høyskole-/universitet) og personell i kategorien "Andre" i hvert fylke (figur 9.21), deretter viser figur 9.22 andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid (både fra videregående og fra høyskole).



Figur 9.21 Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke, 2011



Figur 9.22 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2011

KOMMUNESTØRRELSE

I det følgende har vi gruppert kommunene etter kommunestørrelse, og starter med å presentere absolutte antall årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper i tabell 9.15. Deretter ser vi på de samme størrelsene som andel av totalt antall årsverk i tabell 9.16.

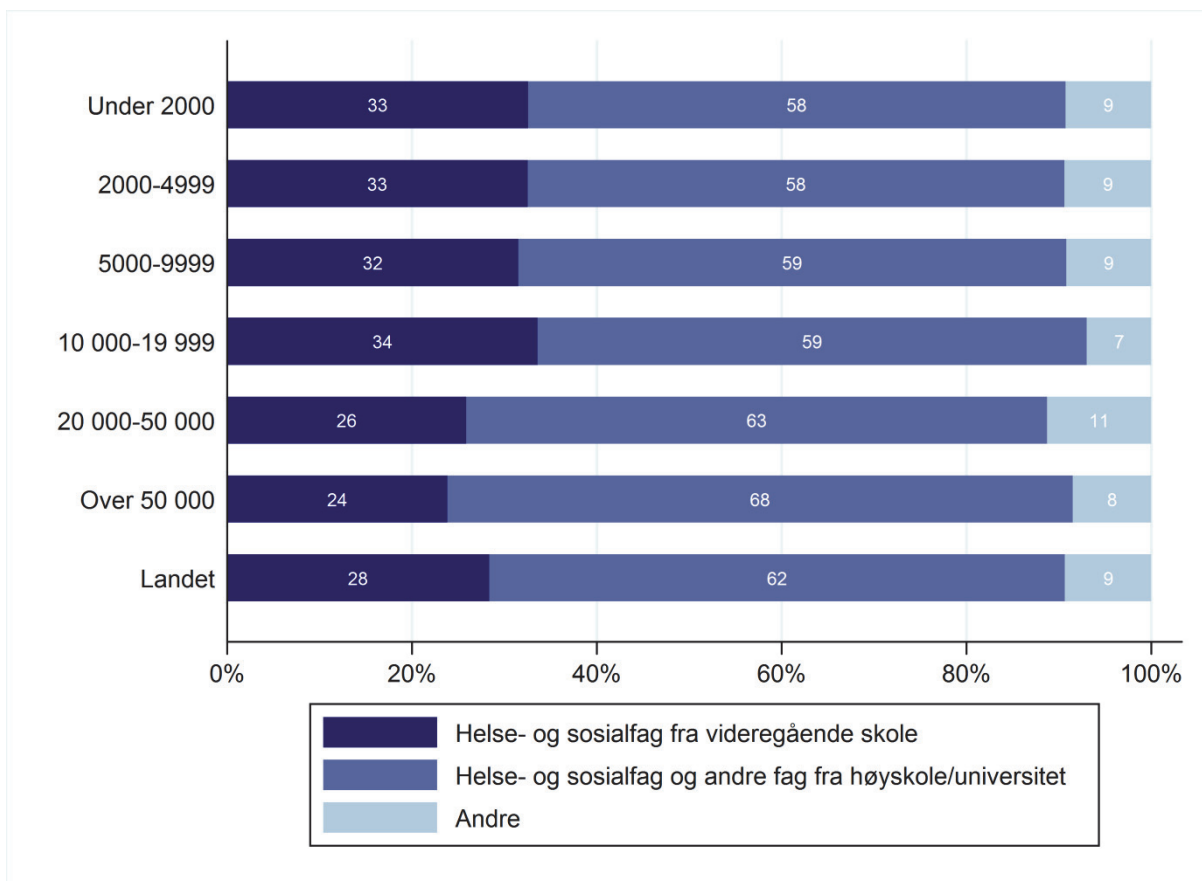
I figur 9.23 og 9.24 presenteres sammenslåtte utdanningskategorier fra tabell 9.16 – tilsvarende det vi gjorde på fylkesnivå over. Figurene er lett leselige, og kommenteres derfor ikke ytterligere.

Tabell 9.15 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2011

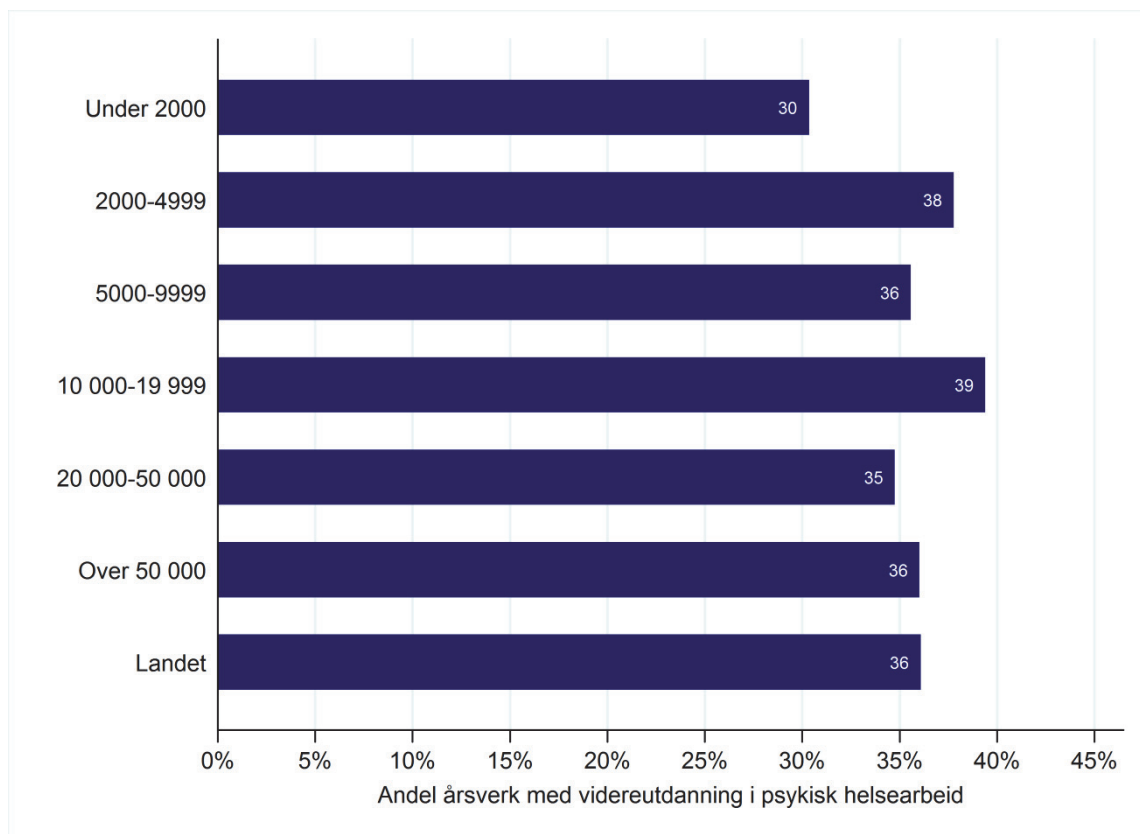
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	35	117	94	130	3	11	32	43	466
2000-4999	149	296	328	320	20	34	93	129	1 368
5000-9999	164	337	362	417	26	34	105	146	1 590
10 000-19 999	245	386	419	472	53	59	113	131	1 878
20 000-50 000	398	551	755	1 024	96	102	329	414	3 669
Over 50 000	238	470	691	791	78	129	321	252	2 971
Landet	1 230	2 156	2 649	3 154	276	368	994	1 115	11 942

Tabell 9.16 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, kommunestørrelse, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	8	25	20	28	1	2	7	9	100
2000-4999	11	22	24	23	1	2	7	9	100
5000-9999	10	21	23	26	2	2	7	9	100
10 000-19 999	13	21	22	25	3	3	6	7	100
20 000-50 000	11	15	21	28	3	3	9	11	100
Over 50 000	8	16	23	27	3	4	11	8	100
Landet	10	18	22	26	2	3	8	9	100



Figur 9.23 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2011



Figur 9.24 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2011

KOSTRA-GRUPPE

I tabell 9.17 følger de absolutte tallene gruppert etter KOSTRA-gruppene.

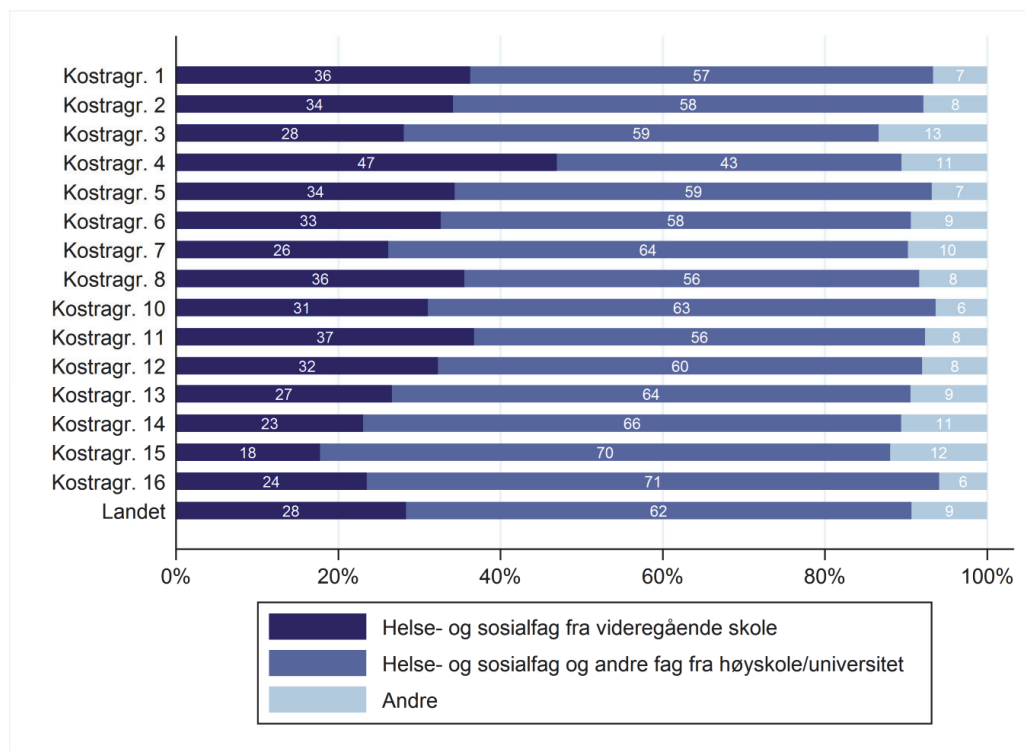
Tabell 9.17 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, Kostragruppe, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	26	63	56	64	2	8	11	16	247
Kostragr. 2	68	141	141	135	9	17	54	48	614
Kostragr. 3	43	76	104	101	10	6	27	57	423
Kostragr. 4	9	16	8	12	1	0	1	6	52
Kostragr. 5	20	36	44	32	0	8	11	11	164
Kostragr. 6	21	77	71	78	2	5	18	28	302
Kostragr. 7	100	92	182	184	20	39	46	72	736
Kostragr. 8	105	204	199	208	18	13	50	73	871
Kostragr. 10	64	118	133	171	13	16	34	37	587
Kostragr. 11	116	271	215	254	22	22	72	81	1 054
Kostragr. 12	30	61	74	69	3	6	17	23	282
Kostragr. 13	439	707	927	1 098	116	158	454	408	4 306
Kostragr. 14	115	179	291	358	39	51	106	135	1 276
Kostragr. 15	67	106	191	364	20	18	90	116	972
Kostragr. 16	6	8	12	25	0	1	2	3	57
Landet	1 230	2 156	2 649	3 154	276	368	994	1 115	11 942

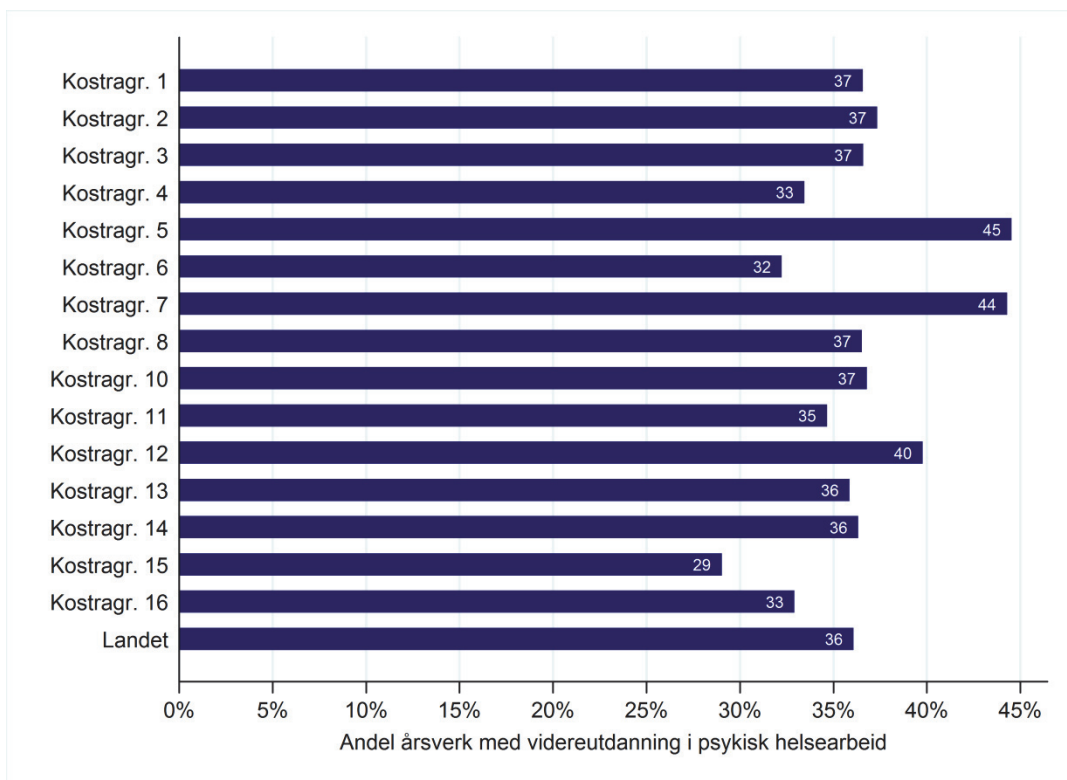
Tabell 9.18 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, Kostragruppe, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	11	26	23	26	1	3	5	7	100
Kostragr. 2	11	23	23	22	1	3	9	8	100
Kostragr. 3	10	18	25	24	2	1	6	13	100
Kostragr. 4	17	30	16	23	1	1	2	11	100
Kostragr. 5	12	22	27	20	0	5	7	7	100
Kostragr. 6	7	26	23	26	1	2	6	9	100
Kostragr. 7	14	13	25	25	3	5	6	10	100
Kostragr. 8	12	23	23	24	2	1	6	8	100
Kostragr. 10	11	20	23	29	2	3	6	6	100
Kostragr. 11	11	26	20	24	2	2	7	8	100
Kostragr. 12	11	22	26	24	1	2	6	8	100
Kostragr. 13	10	16	22	26	3	4	11	9	100
Kostragr. 14	9	14	23	28	3	4	8	11	100
Kostragr. 15	7	11	20	37	2	2	9	12	100
Kostragr. 16	10	14	22	43	0	2	4	6	100
Landet	10	18	22	26	2	3	8	9	100

I figur 9.25 og 9.26 er årsverkene gruppert etter hvor stor andel som går til de ulike utdanningsgruppene totalt, og andel årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 9.25 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, KOSTRA gruppe, 2011



Figur 9.26 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2011

HELSEREGION

I tabell 9.19 og 9.20 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene for 2011 på helseregionnivå – både som absolutte tall og andeler av totale årsverk i hver region.

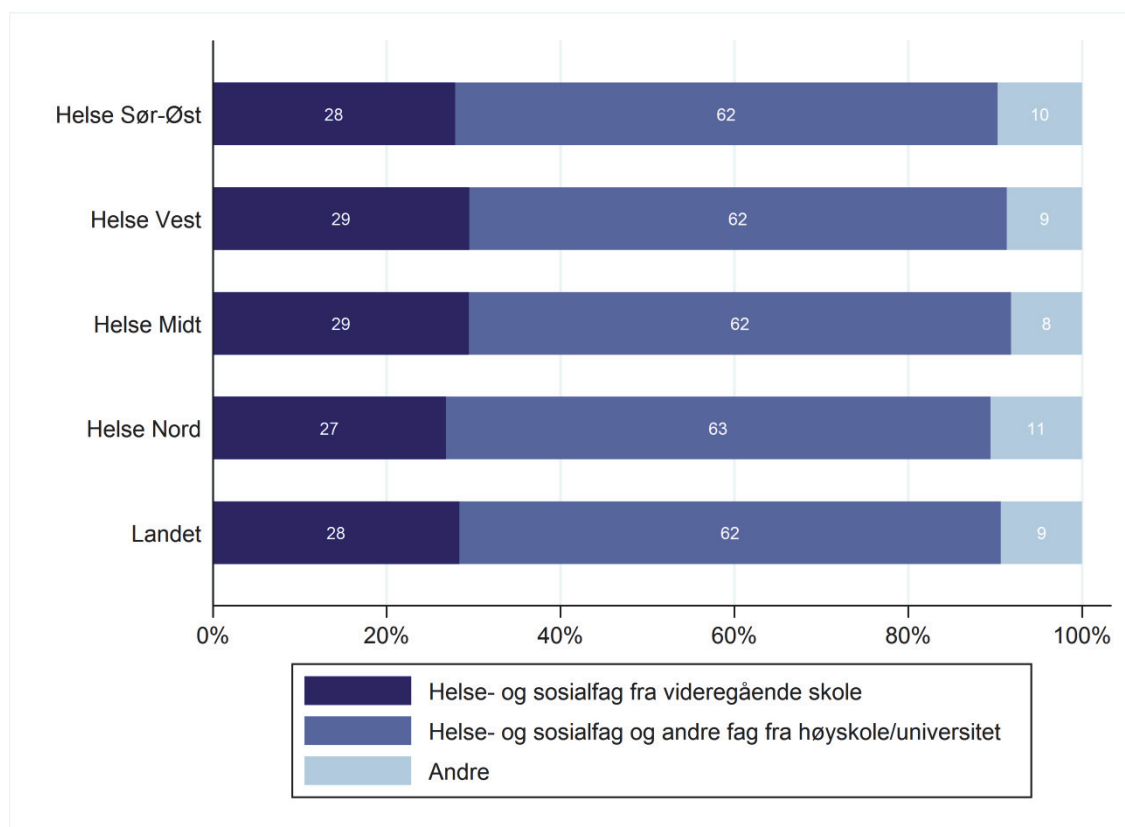
Tabell 9.19 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, helseregion, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	648	1 070	1 340	1 615	130	201	563	600	6 168
Helse Vest	269	453	542	700	86	38	146	212	2 446
Helse Midt	198	402	397	547	46	98	180	166	2 034
Helse Nord	114	232	370	292	14	31	104	136	1 294
Landet	1 230	2 156	2 649	3 154	276	368	994	1 115	11 942

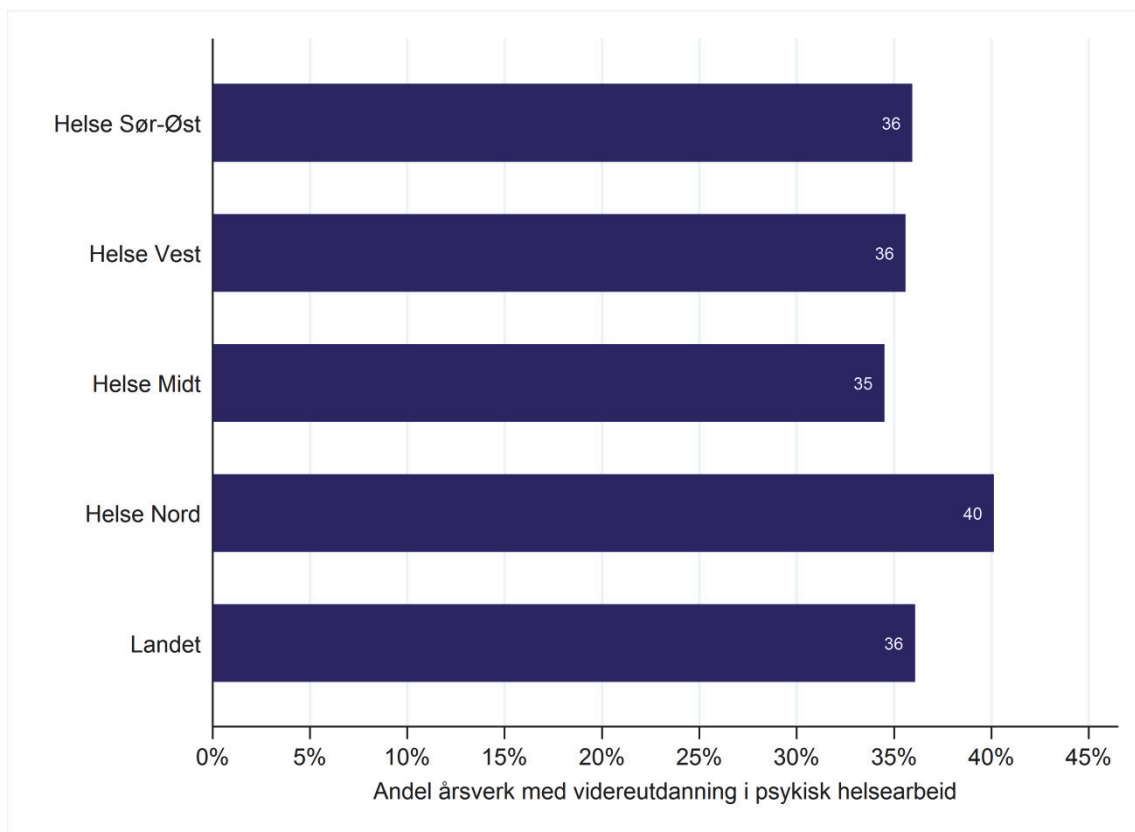
Tabell 9.20 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, helseregion, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	11	17	22	26	2	3	9	10	100
Helse Vest	11	19	22	29	4	2	6	9	100
Helse Midt	10	20	20	27	2	5	9	8	100
Helse Nord	9	18	29	23	1	2	8	11	100
Landet	10	18	22	26	2	3	8	9	100

I figur 9.27 og 9.28 har vi sammenstilt kategoriene i tabellen over, og illustrerer i sistnevnte figur hvor stor andel av årsverkene som rapporteres å ha videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 9.27 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, helseregion, 2011



Figur 9.28 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2011

9.6.2 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT VOKSNE

I det følgende har vi valgt å gjøre den samme øvelsen som vi gjorde på totaltallene i forrige delkapittel, men differensierer mellom årsverk i tjenester for henholdsvis voksne og barn og unge (sistnevnte i kapittel 9.6.7).

FYLKESFORSKJELLER

Tabell 9.21 og 9.22 angir hvordan årsverkene til voksne fordeler seg mellom de ulike utdanningskategoriene, hhv. som absolutte tall og som andeler i prosent.

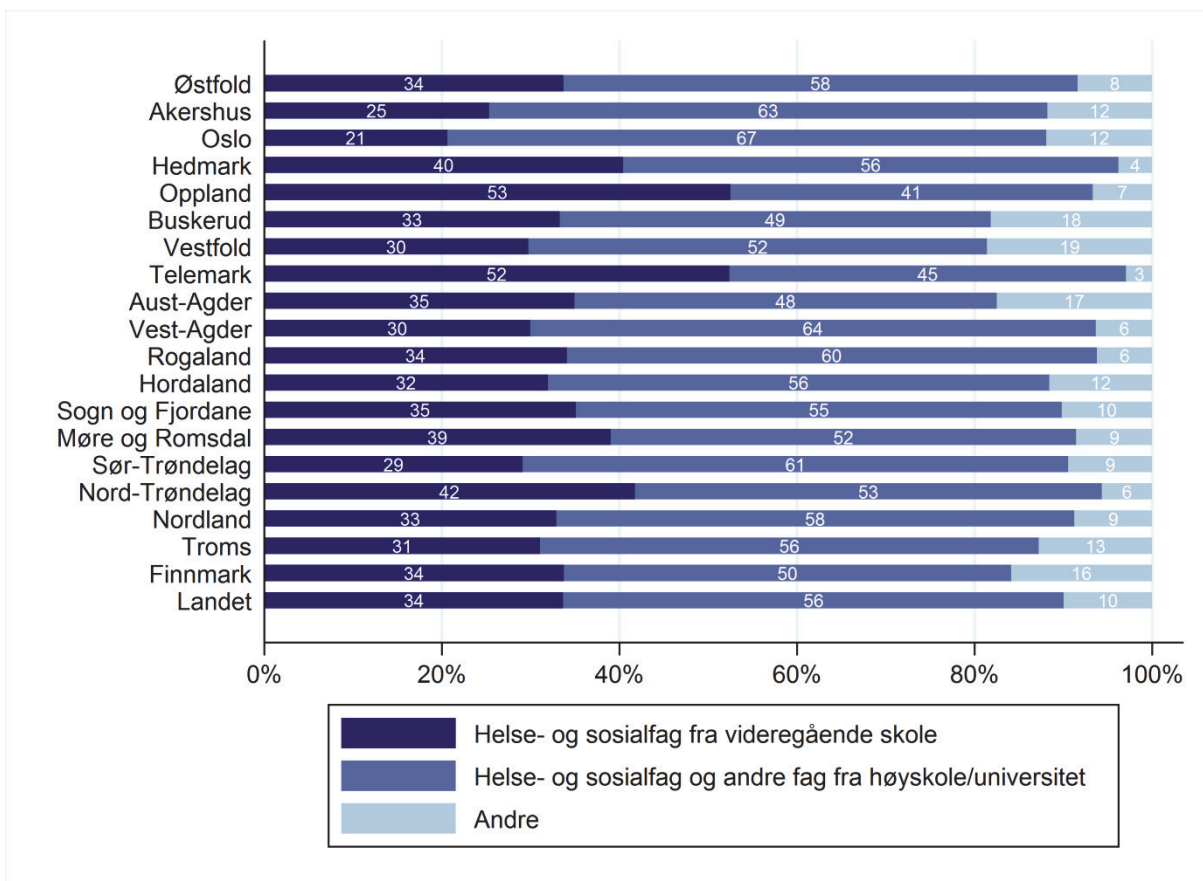
Tabell 9.21 Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Østfold	54	106	139	92	6	12	26	40	473
Akershus	86	114	199	172	10	20	94	93	787
Oslo	65	94	167	272	6	14	63	92	773
Hedmark	86	74	108	102	0	4	8	15	397
Oppland	75	144	66	80	0	4	20	28	418
Buskerud	63	90	94	75	3	9	41	83	458
Vestfold	43	74	83	81	0	12	27	73	393
Telemark	87	169	72	101	0	22	23	14	488
Aust-Agder	24	40	41	44	2	0	1	32	185
Vest-Agder	36	71	112	87	2	7	18	22	355
Rogaland	114	177	205	252	4	9	40	53	854
Hordaland	113	159	209	215	6	6	44	98	851
Sogn og Fjordane	31	76	58	94	0	0	13	31	303
Møre og Romsdal	80	142	114	123	2	20	38	48	567
Sør-Trøndelag	62	147	155	160	4	46	76	68	719
Nord-Trøndelag	46	66	59	66	3	7	6	15	268
Nordland	54	97	146	74	2	19	28	40	462
Troms	37	88	127	83	1	2	12	51	402
Finnmark	18	41	47	31	1	1	8	28	176
Landet	1 175	1 967	2 200	2 206	53	215	585	927	9 328

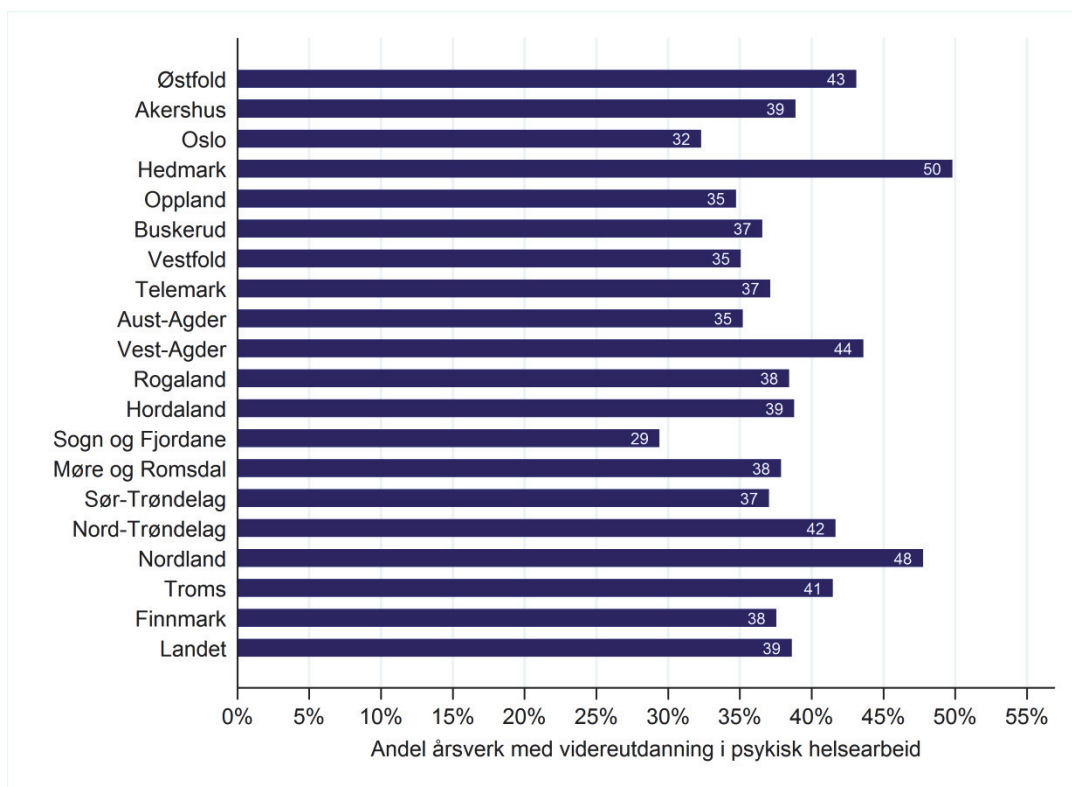
Tabell 9.22 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	11	22	29		19	1		
Akershus	11	14	25	22	1	3	12	12	100
Oslo	8	12	22	35	1	2	8	12	100
Hedmark	22	19	27	26	0	1	2	4	100
Oppland	18	35	16	19	0	1	5	7	100
Buskerud	14	20	20	16	1	2	9	18	100
Vestfold	11	19	21	21	0	3	7	19	100
Telemark	18	35	15	21	0	5	5	3	100
Aust-Agder	13	22	22	24	1	0	1	17	100
Vest-Agder	10	20	32	25	1	2	5	6	100
Rogaland	13	21	24	29	0	1	5	6	100
Hordaland	13	19	25	25	1	1	5	12	100
Sogn og Fjordane	10	25	19	31	0	0	4	10	100
Møre og Romsdal	14	25	20	22	0	3	7	9	100
Sør-Trøndelag	9	20	22	22	1	6	11	9	100
Nord-Trøndelag	17	25	22	25	1	2	2	6	100
Nordland	12	21	32	16	0	4	6	9	100
Troms	9	22	32	21	0	1	3	13	100
Finnmark	10	23	26	18	1	1	5	16	100
Landet	13	21	24	24	1	2	6	10	100

I figur 9.29 har vi gruppert helse- og sosialfaglige årsverk i hhv. videregående og høgskole sammen.



Figur 9.29 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2011



Figur 9.30 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2011

KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse fordeler årsverkene i tjenester for voksne seg på utdanningskategorier som vist i tabell 9.23 (absolutte tall) og tabell 9.24 (prosentandel).

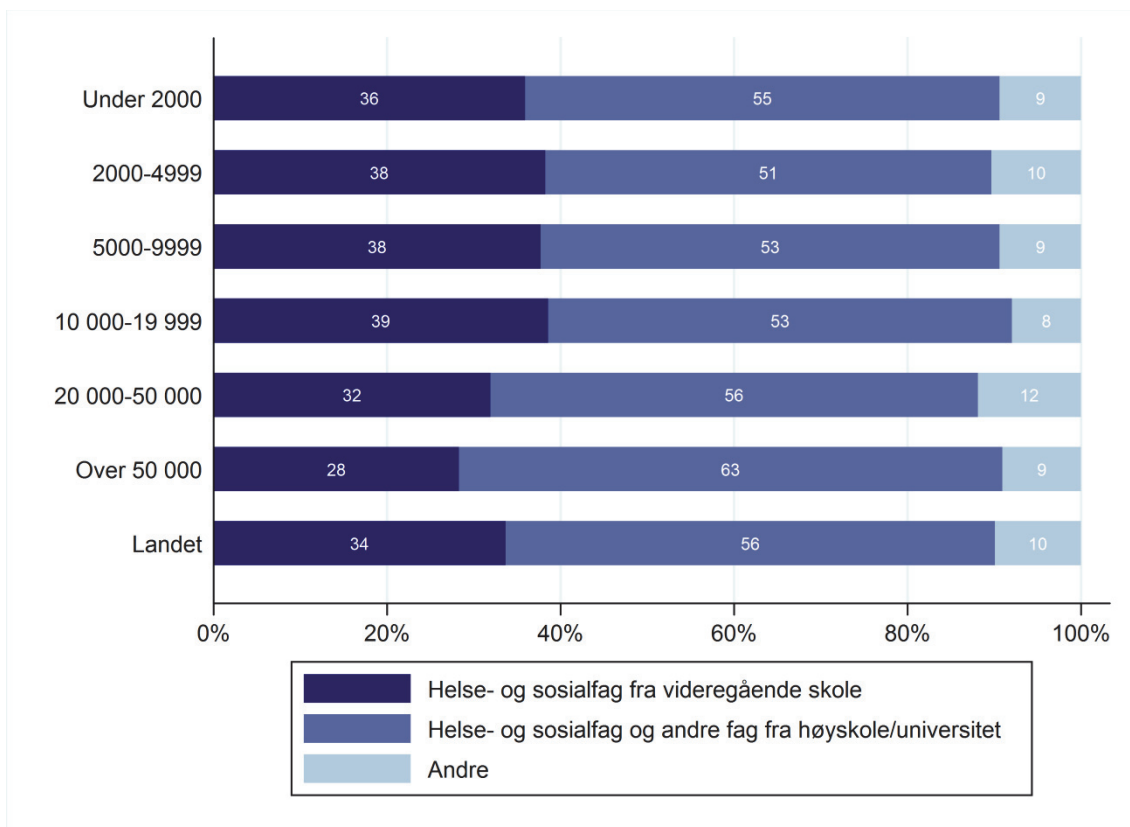
Tabell 9.23 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, kommunestørrelse, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	33	100	78	98	1	8	18	35	371
2000-4999	142	275	258	221	8	19	54	112	1090
5000-9999	160	307	297	270	3	16	67	116	1236
10 000-19 999	226	333	336	359	8	26	47	116	1449
20 000-50 000	378	504	619	677	22	64	170	329	2764
Over 50 000	236	448	612	580	12	82	229	220	2419
Landet	1 175	1 967	2 200	2 206	53	215	585	927	9 328

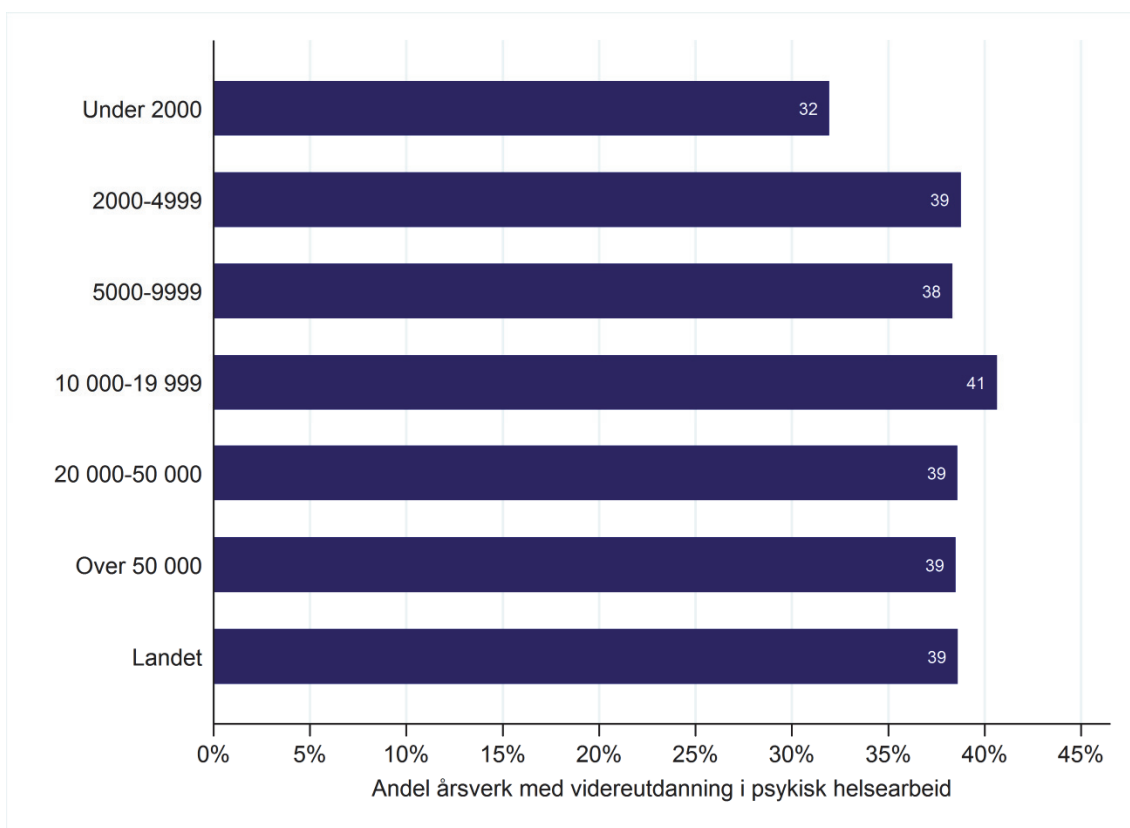
Tabell 9.24 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, kommunestørrelse, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	9	27	21	26	0	2	5	9	100
2000-4999	13	25	24	20	1	2	5	10	100
5000-9999	13	25	24	22	0	1	5	9	100
10 000-19 999	16	23	23	25	1	2	3	8	100
20 000-50 000	14	18	22	24	1	2	6	12	100
Over 50 000	10	19	25	24	0	3	9	9	100
Landet	13	21	24	24	1	2	6	10	100

Figur 9.31 og 9.32 angir andelen av totale årsverk som har gått til tjenester for voksne i psykisk helsearbeid, samt hvor stor andel av disse årsverkene som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 9.31 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2011



Figur 9.32 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2011

KOSTRAGRUPPE

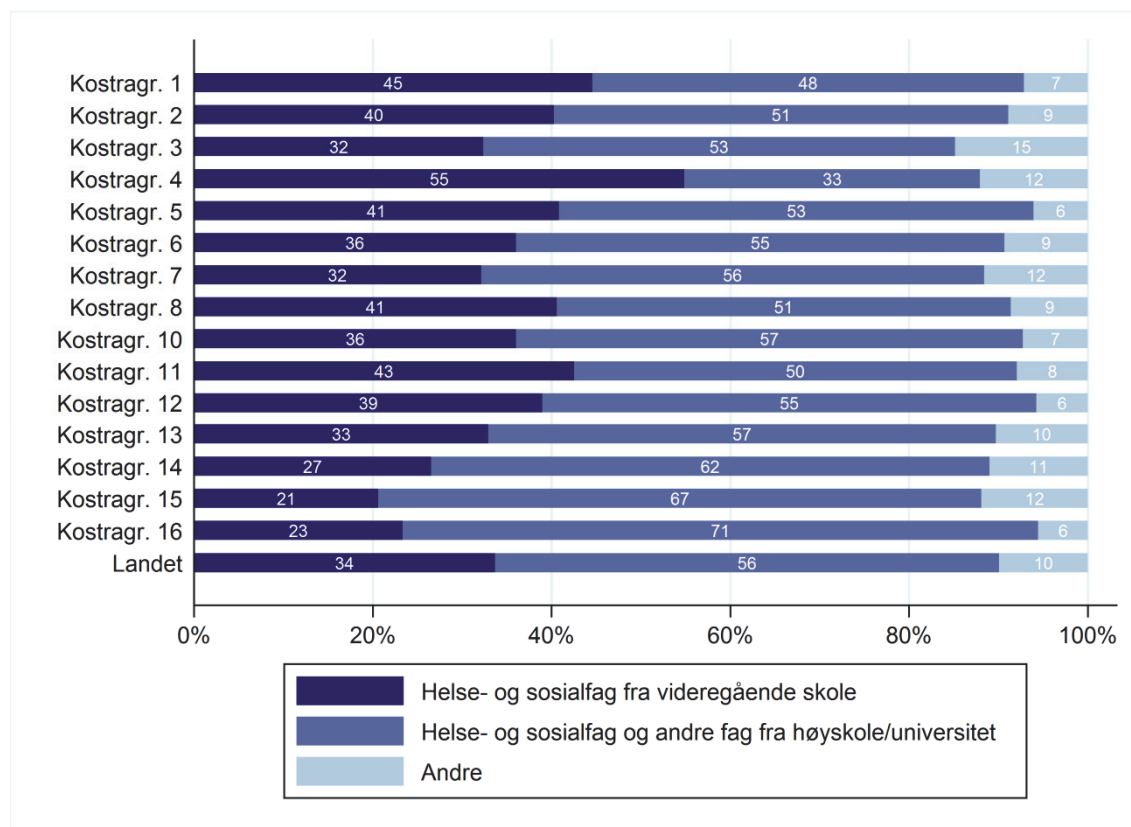
Under har vi gruppert årsverkene i tjenester for voksne etter KOSTRA-gruppe – først i absolutte tall, deretter som andeler (tabell 9.25 og 9.26).

Tabell 9.25 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, Kostragruppe, 2011

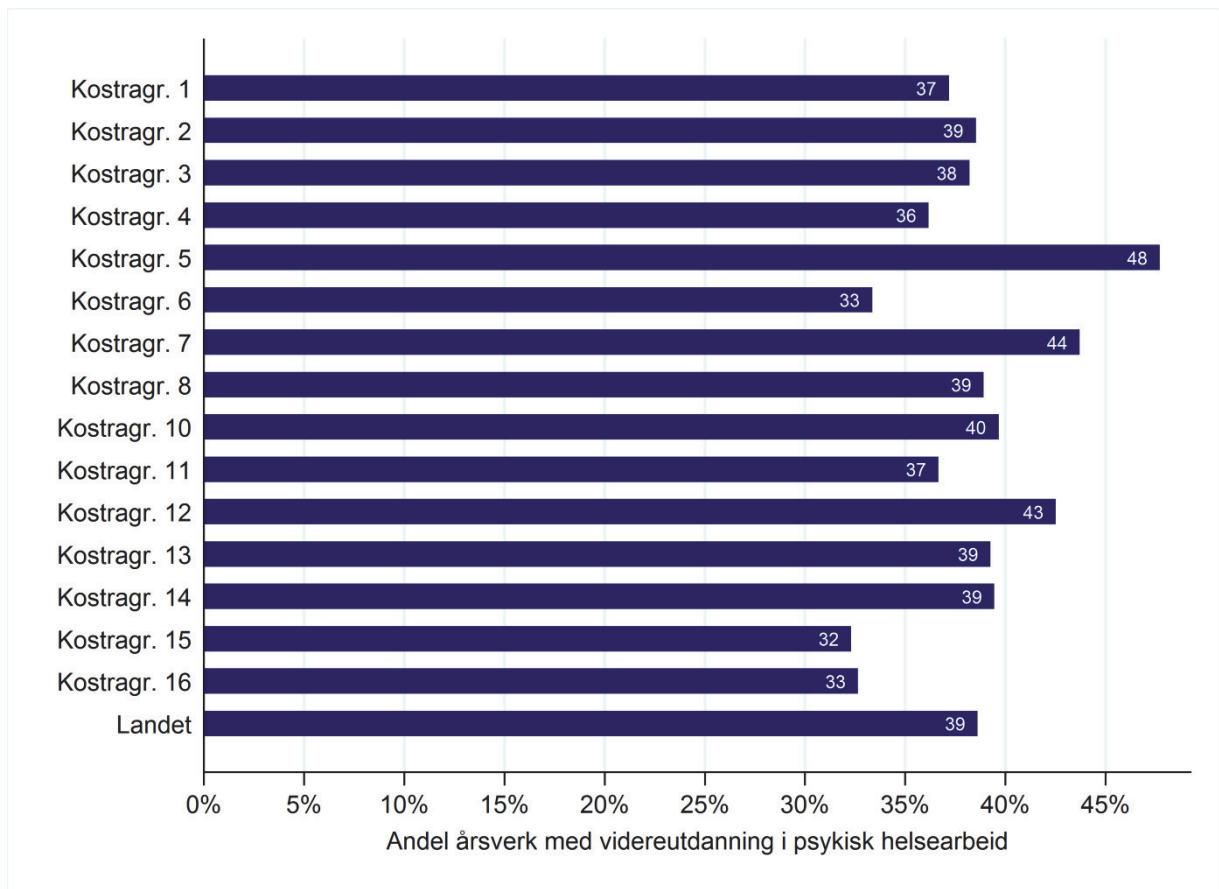
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	25	60	39	42	0	7	4	14	191
Kostragr. 2	66	130	111	90	4	8	35	44	489
Kostragr. 3	40	70	88	70	4	2	17	51	341
Kostragr. 4	8	15	7	6	0	0	0	5	42
Kostragr. 5	20	32	35	23	0	5	4	8	127
Kostragr. 6	20	65	56	60	1	3	9	22	234
Kostragr. 7	93	87	137	140	2	14	23	65	560
Kostragr. 8	93	171	151	145	4	9	22	56	652
Kostragr. 10	59	102	112	115	0	6	19	32	447
Kostragr. 11	115	244	182	185	4	10	36	67	844
Kostragr. 12	30	60	65	46	0	3	14	13	231
Kostragr. 13	421	664	779	736	24	92	240	340	3 296
Kostragr. 14	113	166	260	254	4	40	98	116	1 053
Kostragr. 15	65	94	167	272	6	14	63	92	773
Kostragr. 16	5	6	10	22	0	1	2	3	48
Landet	1 175	1 967	2 200	2 206	53	215	585	927	9 328

Tabell 9.26 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, Kostragruppe, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	13	32	21	22	0	4	2	7	100
Kostragr. 2	14	27	23	18	1	2	7	9	100
Kostragr. 3	12	21	26	20	1	1	5	15	100
Kostragr. 4	18	36	17	14	0	1	1	12	100
Kostragr. 5	16	25	28	18	0	4	3	6	100
Kostragr. 6	8	28	24	26	0	1	4	9	100
Kostragr. 7	17	16	24	25	0	2	4	12	100
Kostragr. 8	14	26	23	22	1	1	3	9	100
Kostragr. 10	13	23	25	26	0	1	4	7	100
Kostragr. 11	14	29	22	22	0	1	4	8	100
Kostragr. 12	13	26	28	20	0	1	6	6	100
Kostragr. 13	13	20	24	22	1	3	7	10	100
Kostragr. 14	11	16	25	24	0	4	9	11	100
Kostragr. 15	8	12	22	35	1	2	8	12	100
Kostragr. 16	11	12	20	44	0	2	5	6	100
Landet	13	21	24	24	1	2	6	10	100



Figur 9.33 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, Kostragruppe, 2011



Figur 9.34 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2011

HELSEREGION

I tabell 9.27 og 9.28 presenteres hhv. absolutte størrelser og andel av totalt antall årsverk som har gått til tjenester i psykisk helsearbeid for voksne i 2011.

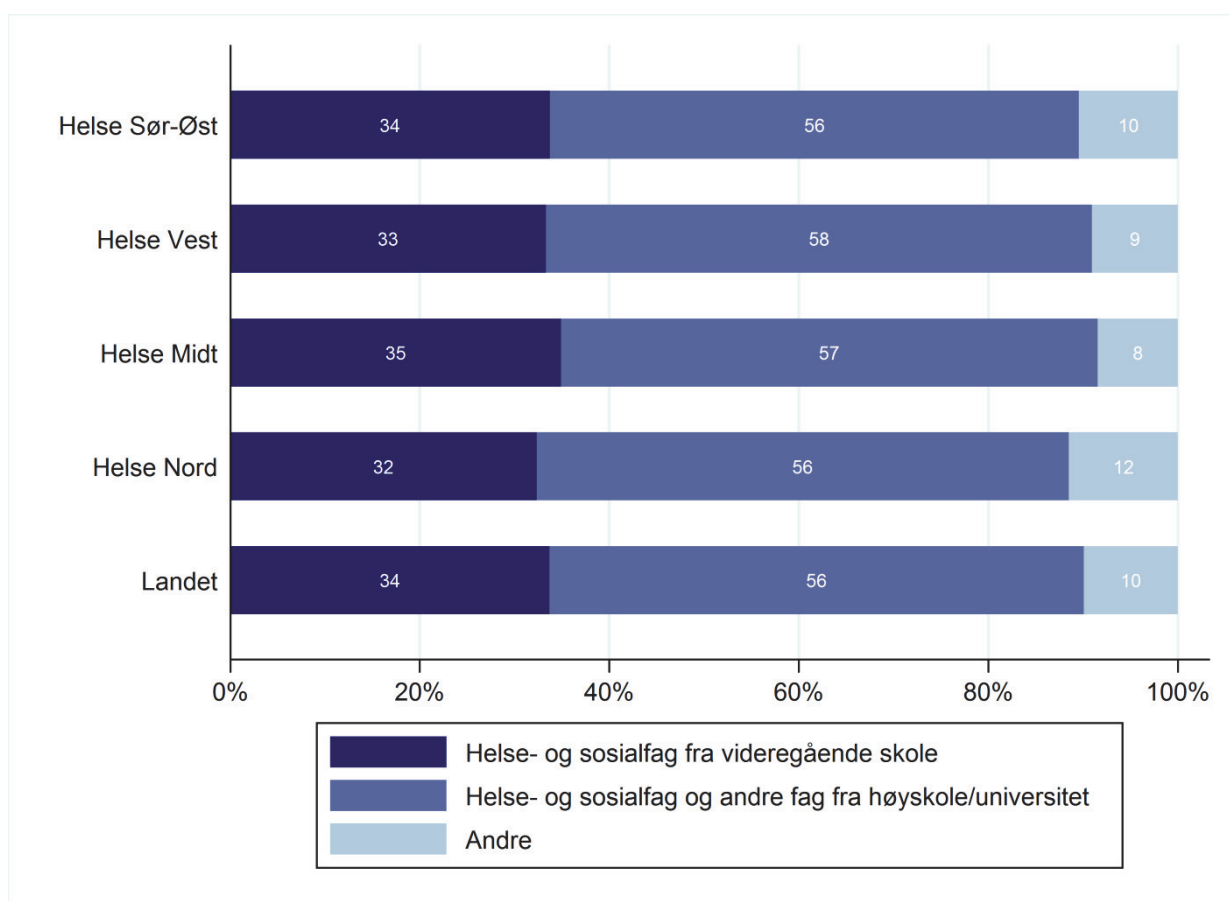
Tabell 9.27 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, helseregion, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	618	975	1 080	1 107	29	104	320	493	4 726
Helse Vest	258	411	473	560	10	15	97	182	2 008
Helse Midt	188	354	328	350	10	72	120	132	1 554
Helse Nord	110	226	320	189	4	23	48	120	1 040
Landet	1 175	1 967	2 200	2 206	53	215	585	927	9 328

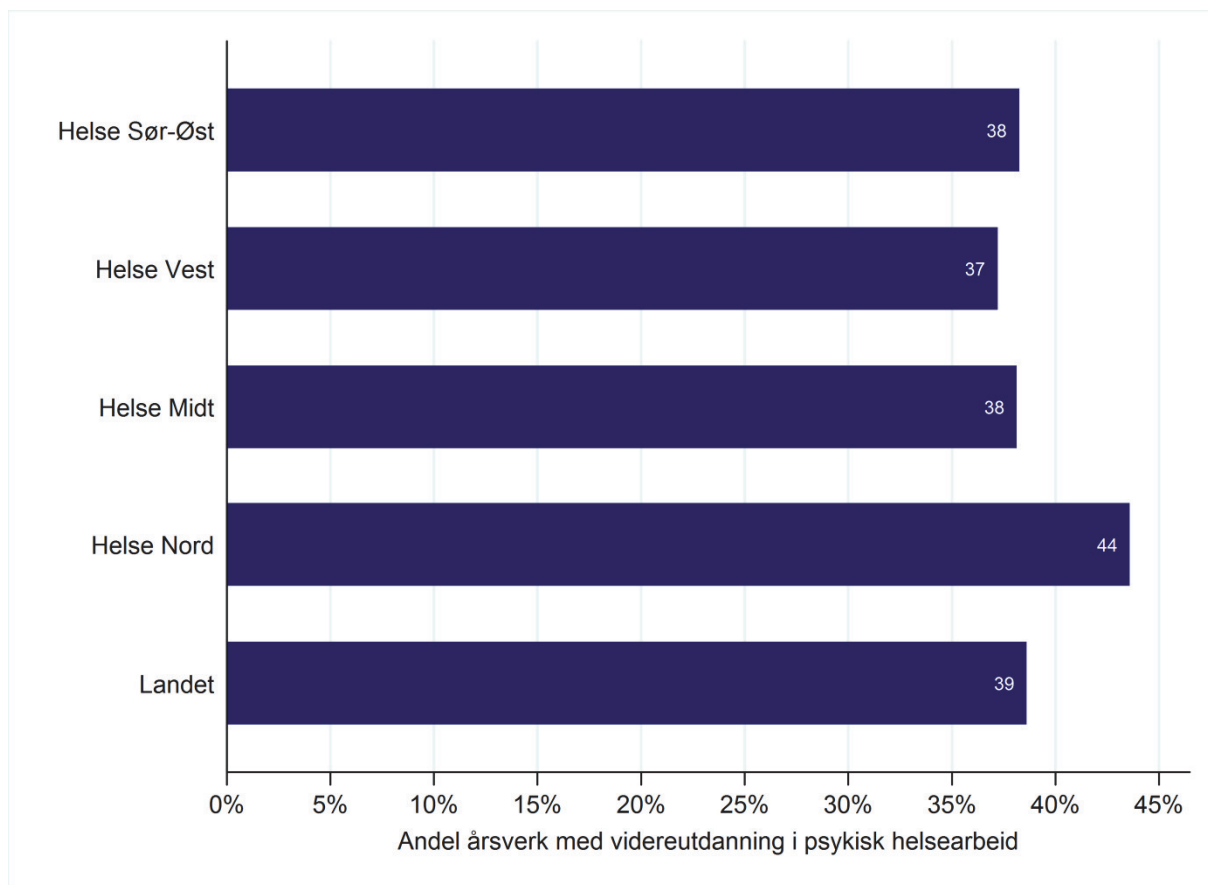
Tabell 9.28 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, helseregion, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.	med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		med v. utd innen psykisk helsearb.	uten v. utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	13	21	23	23	1	2	7	10	100
Helse Vest	13	20	24	28	0	1	5	9	100
Helse Midt	12	23	21	23	1	5	8	8	100
Helse Nord	11	22	31	18	0	2	5	12	100
Landet	13	21	24	24	1	2	6	10	100

Figurene under illustrerer en sammenslåing av kategoriene fra hhv. videregående, høyskole/universitet og andre, samt andelen årsverk i tjenester for voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 9.35 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2011



Figur 9.36 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2011

9.6.3 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

Delkapittel 9.6.3 gir en systematisk gjennomgang av hvordan årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på de ulike utdanningskategoriene, etter samme struktur som vi har sett på årsverk i tjenester til voksne, og årsverk i tjenester totalt i delkapitlene over.

FYLKESFORSKJELLER

Tabell 9.29 angir antall årsverk i tjenester for barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper i 2011.

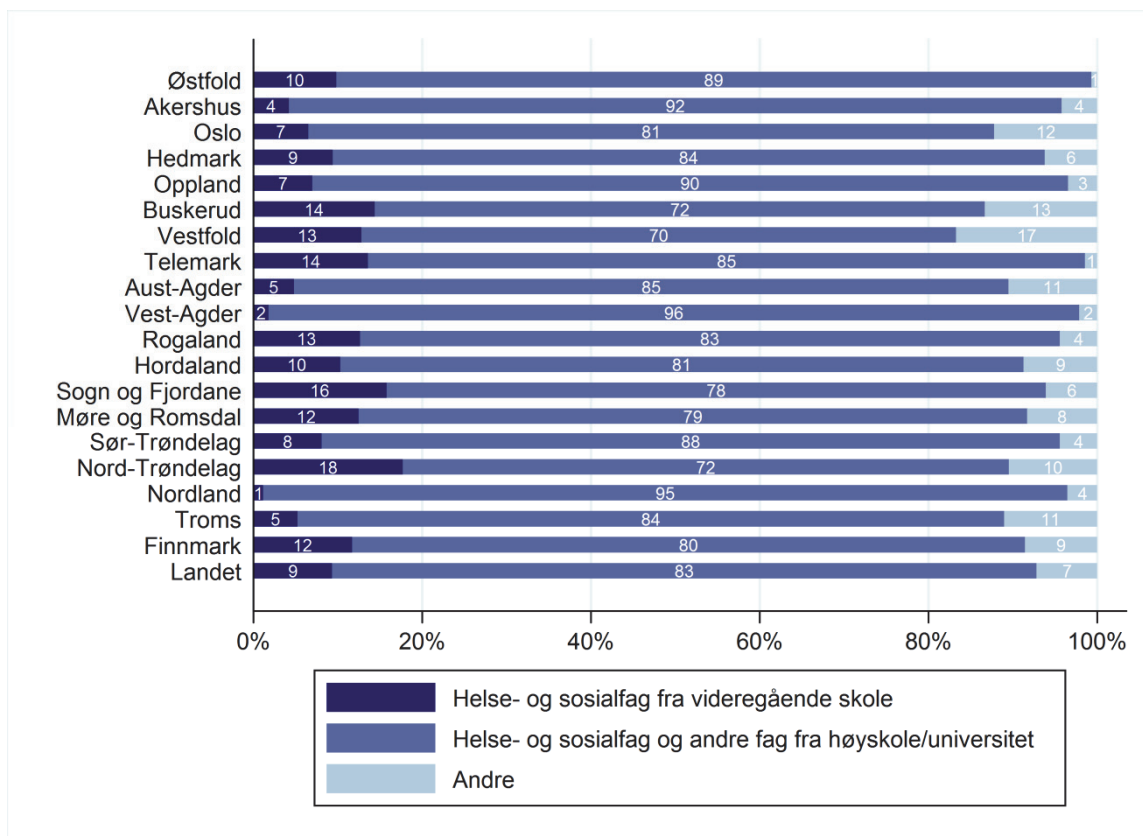
Tabell 9.29 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, fylke, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Østfold	3	14	24	78	4	10	39	1	174
Akershus	4	6	46	76	35	21	34	10	232
Oslo	1	12	24	92	15	4	27	24	199
Hedmark	1	11	32	48	9	6	11	8	125
Oppland	3	6	17	57	3	4	30	4	125
Buskerud	13	15	23	46	19	20	30	25	190
Vestfold	4	15	32	37	8	3	28	25	151
Telemark	0	13	18	28	2	8	27	1	98
Aust-Agder	1	2	18	12	4	1	11	6	54
Vest-Agder	0	2	28	33	3	19	8	2	94
Rogaland	5	17	30	50	39	6	18	8	173
Hordaland	4	19	28	76	33	16	21	19	216
Sogn og Fjordane	2	6	11	14	4	0	10	3	49
Møre og Romsdal	1	20	18	64	8	11	33	14	170
Sør-Trøndelag	4	12	32	104	24	8	6	9	199
Nord-Trøndelag	4	16	19	29	4	7	21	12	111
Nordland	0	1	30	55	4	2	38	5	136
Troms	1	3	9	34	3	6	10	8	74
Finnmark	3	2	11	14	3	0	7	4	44
Landet	55	189	449	948	223	153	409	188	2 614

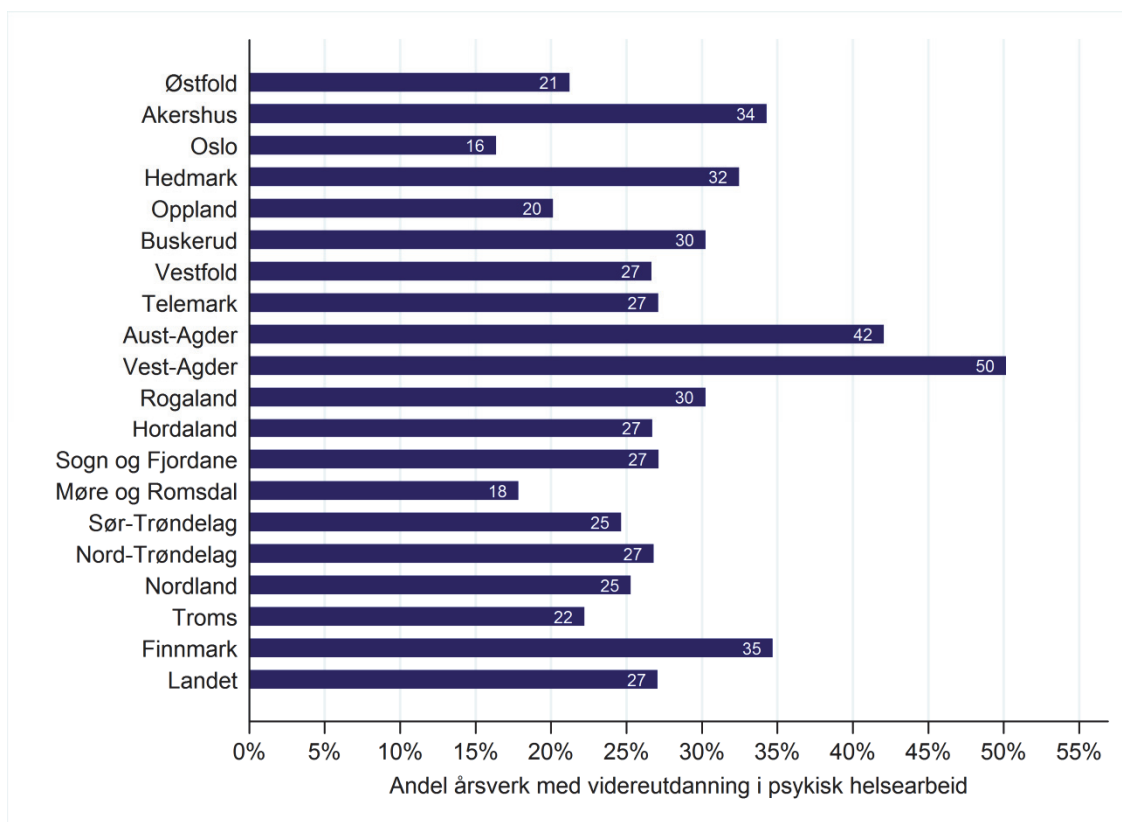
Tabell 9.30 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	2	8	14		45	2		
Akershus	2	2	20	33	15	9	15	4	100
Oslo	1	6	12	46	7	2	13	12	100
Hedmark	1	8	25	38	7	5	9	6	100
Oppland	2	5	14	46	3	3	24	3	100
Buskerud	7	8	12	24	10	10	16	13	100
Vestfold	3	10	21	24	5	2	18	17	100
Telemark	0	13	18	29	2	8	27	1	100
Aust-Agder	2	3	33	22	7	1	21	11	100
Vest-Agder	0	2	30	35	3	20	8	2	100
Rogaland	3	10	18	29	22	4	11	4	100
Hordaland	2	9	13	35	15	8	10	9	100
Sogn og Fjordane	3	12	23	28	7	1	19	6	100
Møre og Romsdal	1	12	11	38	5	6	20	8	100
Sør-Trøndelag	2	6	16	52	12	4	3	4	100
Nord-Trøndelag	4	14	17	26	4	6	19	10	100
Nordland	0	1	22	41	3	1	28	4	100
Troms	2	4	13	45	4	8	14	11	100
Finnmark	7	5	25	32	7	1	16	9	100
Landet	2	7	17	36	9	6	16	7	100

Figur 9.37 angir andel årsverk til barn og unge fordelt på helse- og sosialfag fra videregående og høgskole/universitet, samt "Andre". Figur 9.38 viser prosentvis andel av årsverkene i tjenester til barn og unge som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 9.37 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2011



Figur 9.38 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2011

KOMMUNESTØRRELSE

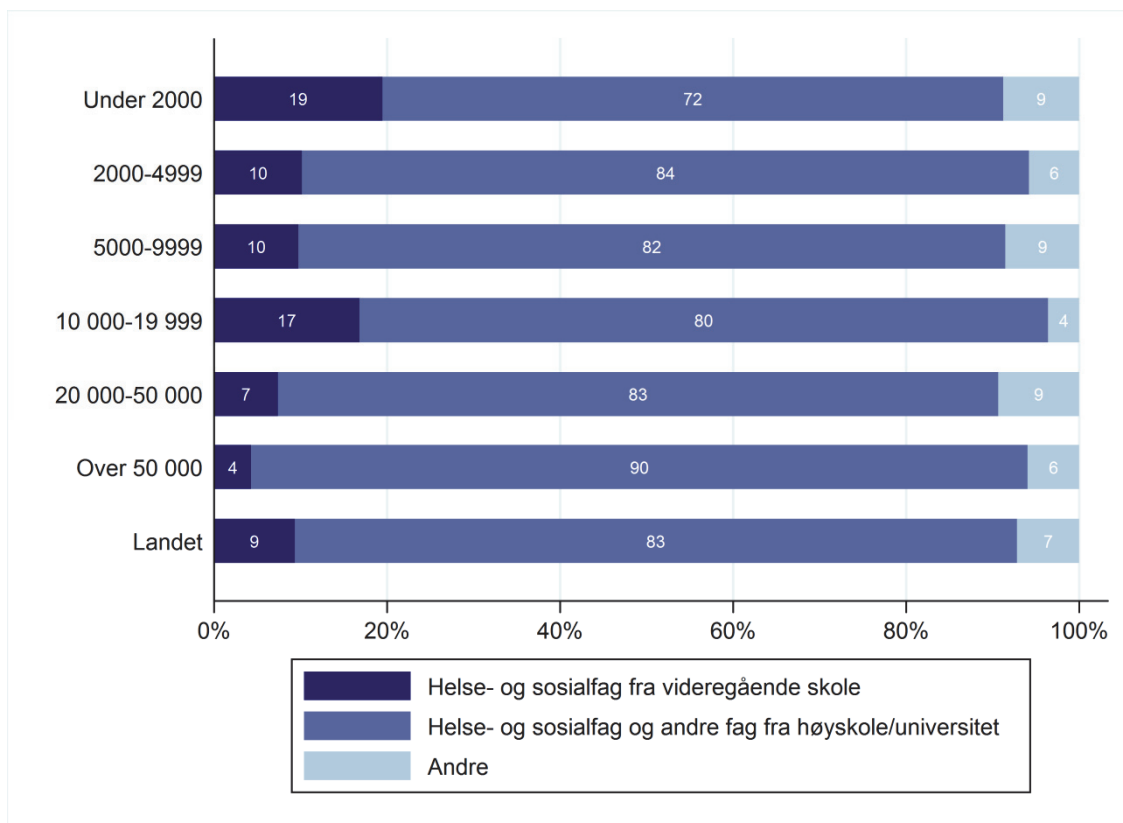
Under har vi gruppert kommunene etter innbyggertall (kommunestørrelse). Tabell 9.31 angir antall årsverk i tjenester til barn og unge fordelt på de ulike utdanningsgruppene.

Tabell 9.31 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2011

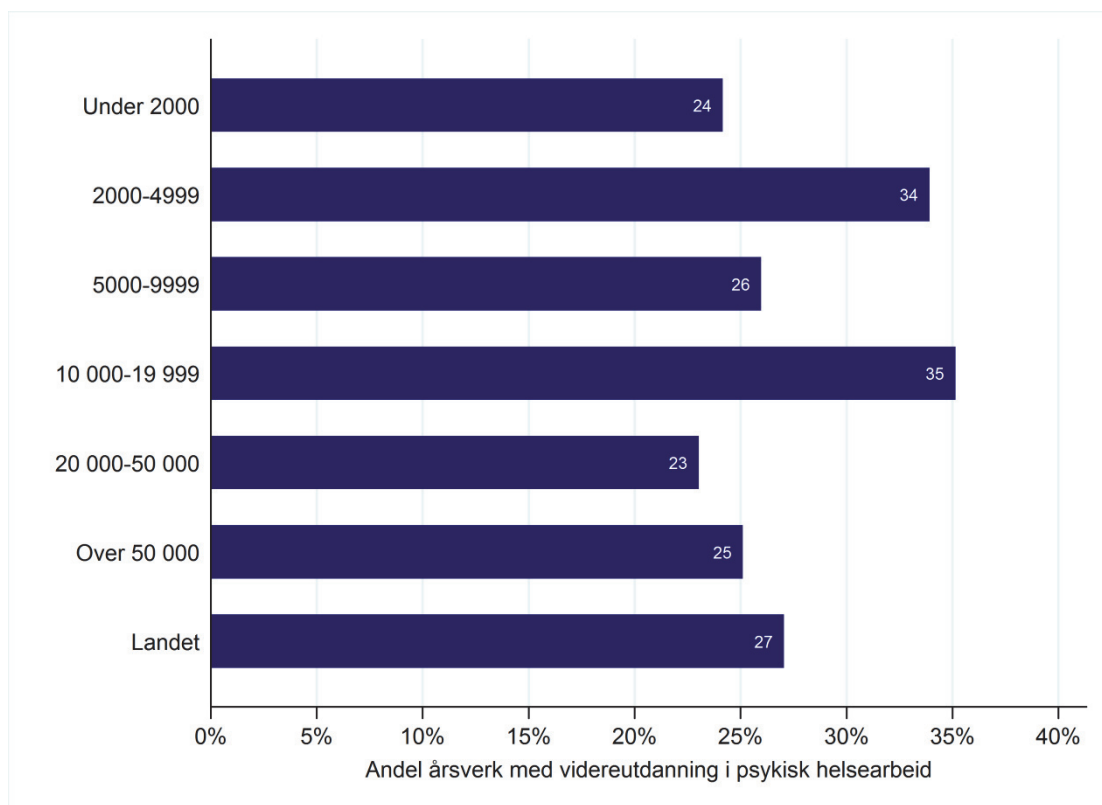
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	2	16	17	32	2	3	14	8	96
2000-4999	7	21	70	99	12	16	38	16	279
5000-9999	5	30	65	146	23	18	38	30	354
10 000-19 999	19	53	83	113	45	33	66	15	429
20 000-50 000	20	47	136	347	75	37	159	85	905
Over 50 000	2	22	79	211	67	46	93	33	552
Landet	55	189	449	948	223	153	409	188	2 615

Tabell 9.32 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, kommunestørrelse 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	2	17	17	34	3	3	15	9	100
2000-4999	3	8	25	35	4	6	14	6	100
5000-9999	1	8	18	41	6	5	11	9	100
10 000-19 999	5	12	19	26	11	8	15	4	100
20 000-50 000	2	5	15	38	8	4	18	9	100
Over 50 000	0	4	14	38	12	8	17	6	100
Landet	2	7	17	36	9	6	16	7	100



Figur 9.39 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, kommunestørrelse 2011



Figur 9.40 Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse, 2011

KOSTRA-GRUPPE

I det følgende presenteres årsverkstillene for barn og unge gruppert etter KOSTRA-gruppe og fordelt på type utdanning. Tabell 9.33 angir antall årsverk, mens tabell 9.34 gir en oversikt over prosentvis andel av årsverkene som hører hjemme i de ulike KOSTRA-gruppene.

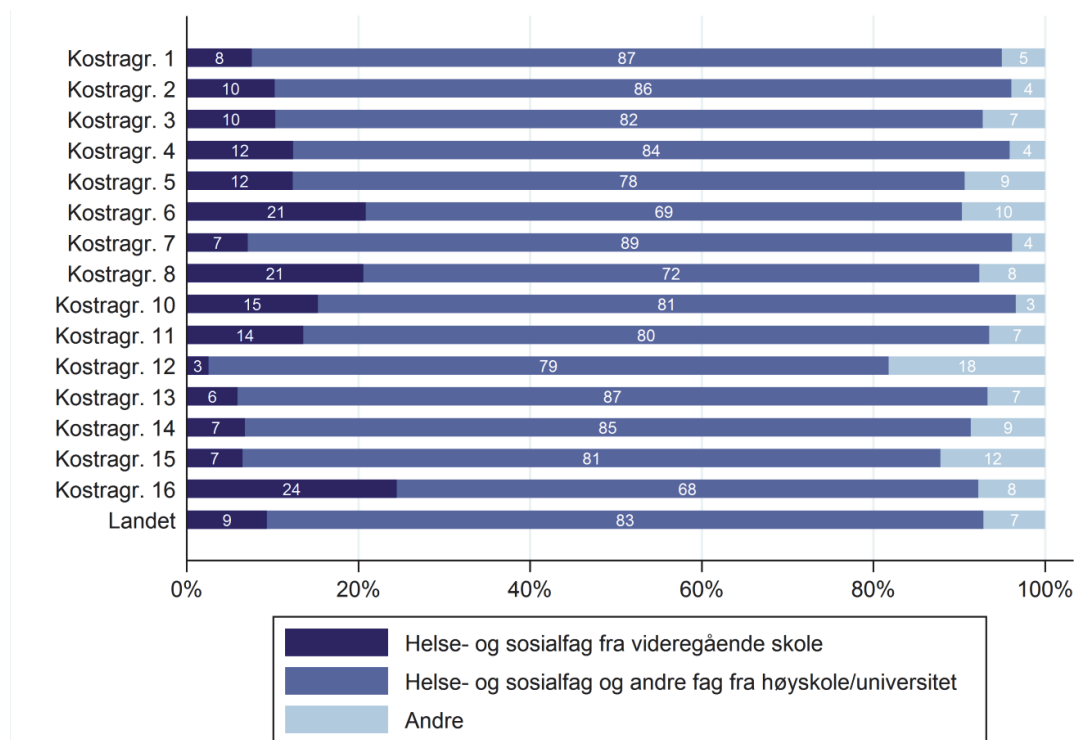
Tabell 9.33 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, Kostragruppe, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	1	3	17	22	2	1	8	3	55
Kostragr. 2	2	11	30	45	5	9	18	5	125
Kostragr. 3	3	6	16	32	6	4	10	6	82
Kostragr. 4	1	0	1	6	1	0	1	0	10
Kostragr. 5	0	5	10	9	0	3	7	4	37
Kostragr. 6	2	12	15	19	1	2	10	7	67
Kostragr. 7	7	5	46	44	19	25	24	7	176
Kostragr. 8	12	33	48	63	14	4	28	17	219
Kostragr. 10	5	16	21	56	13	10	15	5	141
Kostragr. 11	1	28	33	69	18	12	37	14	210
Kostragr. 12	0	1	9	23	3	3	3	9	52
Kostragr. 13	17	43	148	362	92	66	214	68	1 010
Kostragr. 14	2	13	31	104	35	11	9	19	223
Kostragr. 15	1	12	24	93	15	4	27	24	199
Kostragr. 16	0	2	3	3	0	0	0	1	9
Landet	55	189	449	948	223	153	409	188	2 615

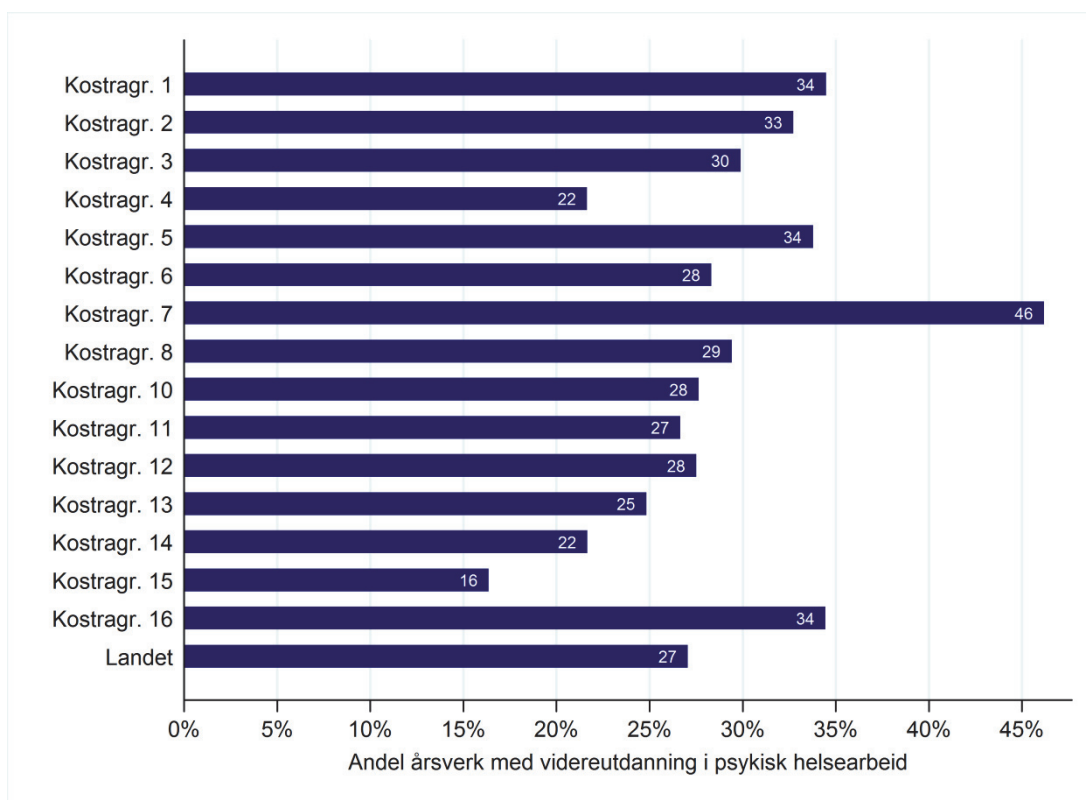
Tabell 9.34 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	3	5	30	39	3	2	14	5	100
Kostragr. 2	2	9	24	36	4	7	15	4	100
Kostragr. 3	4	7	19	39	7	5	12	7	100
Kostragr. 4	11	1	10	59	6	0	8	4	100
Kostragr. 5	0	12	26	25	0	8	20	9	100
Kostragr. 6	3	18	23	28	2	3	14	10	100
Kostragr. 7	4	3	26	25	11	14	13	4	100
Kostragr. 8	5	15	22	29	6	2	13	8	100
Kostragr. 10	4	11	15	40	9	7	10	3	100
Kostragr. 11	0	13	15	33	8	6	17	7	100
Kostragr. 12	0	3	18	44	6	5	5	18	100
Kostragr. 13	2	4	15	36	9	7	21	7	100
Kostragr. 14	1	6	14	47	16	5	4	9	100
Kostragr. 15	1	6	12	46	7	2	13	12	100
Kostragr. 16	3	21	30	36	0	1	1	8	100
Landet	2	7	17	36	9	6	16	7	100

Figur 9.41 illustrerer hvordan årsverkene med helse- og sosialfag og "Andre" fordeler seg mellom gruppene.



Figur 9.41 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke, 2011



Figur 9.42 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2011

HELSEREGION

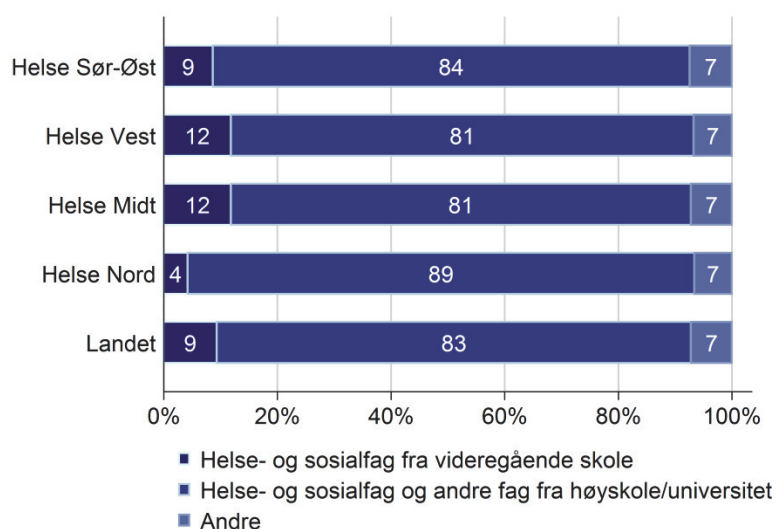
I tabell 9.35 og 9.36 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge på helseregionnivå – hhv. som absolutte størrelser og andel av totale årsverk i tjenester for barn og unge.

Tabell 9.35 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, helseregion, 2011

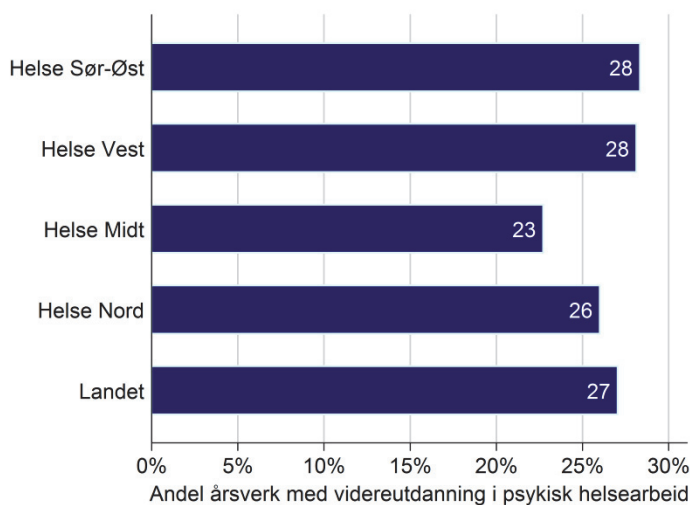
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	30	95	260	508	102	97	243	107	1 441
Helse Vest	11	41	70	140	75	23	49	30	438
Helse Midt	10	47	69	197	36	26	60	34	480
Helse Nord	5	6	50	103	10	8	56	17	255
Landet	55	189	449	948	223	153	409	188	2 614

Tabell 9.36 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, helseregion, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.	med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		med v.utd innen psykisk helsearb.	uten v.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	2	7	18	35	7	7	17	7	100
Helse Vest	3	9	16	32	17	5	11	7	100
Helse Midt	2	10	14	41	8	5	12	7	100
Helse Nord	2	2	20	40	4	3	22	7	100
Landet	2	7	17	36	9	6	16	7	100



Figur 9.43 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, helseregion, 2011



Figur 9.44 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2011

9.7 ANTALL MOTTAKERE AV INDIVIDUELL STØTTEKONTAKT

I 2011 rapporteres det på antall voksne og barn og unge som har hatt individuell støttekontakt.

I det følgende tar vi for oss disse tallene gruppert etter fylke, kommunestørrelse, KOSTRA-gruppe og helseregion. Tallene presenteres i tabeller både som absolutte størrelser og som rater per 1 000 innbyggere.

9.7.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 9.37 og 9.38 presenteres de fem resultatvariablene, som absolutt antall og per innbygger.

Tabell 9.37 Mottakere av støttekontakt, antall, fylke, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Østfold	506	124	630
Akershus	846	207	1 053
Oslo	516	144	660
Hedmark	367	121	488
Oppland	460	142	602
Buskerud	338	133	471
Vestfold	360	196	556
Telemark	456	218	674
Aust-Agder	216	76	292
Vest-Agder	193	73	266
Rogaland	453	186	639
Hordaland	791	276	1 067
Sogn og Fjordane	238	98	336
Møre og Romsdal	586	209	795
Sør-Trøndelag	399	176	575
Nord-Trøndelag	363	82	445
Nordland	445	166	611
Troms	271	91	362
Finnmark	217	99	316
Landet	8 021	2 817	10 838

Tabell 9.38 Resultat per 1 000 innbyggere, fylke, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Østfold	2,3	2
Akershus	2	1,5
Oslo	1,1	1,2
Hedmark	2,4	3,1
Oppland	3,1	3,7
Buskerud	1,6	2,3
Vestfold	2	3,8
Telemark	3,4	6,1
Aust-Agder	2,5	3
Vest-Agder	1,5	1,7
Rogaland	1,4	1,7
Hordaland	2,1	2,4
Sogn og Fjordane	2,9	3,9
Møre og Romsdal	3	3,6
Sør-Trøndelag	1,7	2,7
Nord-Trøndelag	3,5	2,6
Nordland	2,4	3,2
Troms	2,2	2,6
Finnmark	3,8	6
Landet	2,1	2,5

9.7.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabellene 9.39 og 9.40 presenteres tallene gruppert etter kommunestørrelse. Her er det de relative størrelsene per innbygger som er mest interessant, og vi kommenterer kun på resultatene i tabell 9.40.

Tabell 9.39 Mottakere av individuell støttekontakt, antall, fylke, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Under 2000	351	105	456
2000-4999	965	368	1 333
5000-9999	1 141	465	1 606
10000-19999	1 470	587	2 057
20000-50000	2 416	851	3 267
Over 50000	1 678	441	2 119
Landet	8 021	2 817	10 838

Tabell 9.40 Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1000 innbyggere, kommunestørrelse, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Under 2000	3,8	4,2
2000-4999	2,9	3,9
5000-9999	2,4	3,3
10000-19999	2,3	3
20000-50000	1,8	2,2
Over 50000	1,7	1,6
Landet	2,1	2,5

9.7.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabellene 9.41 og 9.42 presenteres tallene gruppert etter KOSTRA-gruppe. Her er det de relative størrelsene per innbygger som er mest interessant, og vi kommenterer kun på tabell 9.42.

Tabell 9.41 Antall mottakere av individuell støttekontakt, antall, Kostragruppe, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Kostragruppe 1	136	76	212
Kostragruppe 2	443	170	613
Kostragruppe 3	290	111	401
Kostragruppe 4	58	12	70
Kostragruppe 5	171	43	214
Kostragruppe 6	226	74	300
Kostragruppe 7	494	188	682
Kostragruppe 8	771	282	1 053
Kostragruppe 10	436	220	656
Kostragruppe 11	772	255	1 027
Kostragruppe 12	209	97	306
Kostragruppe 13	2 878	938	3 816
Kostragruppe 14	577	193	770
Kostragruppe 15	516	144	660
Kostragruppe 16	44	14	58
Landet	8 021	2 817	10 838

Tabell 9.42 Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, Kostragruppe, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Kostragruppe 1	1,9	3,8
Kostragruppe 2	2,8	3,7
Kostragruppe 3	3,2	4,3
Kostragruppe 4	5,4	4,0
Kostragruppe 5	3,6	3,3
Kostragruppe 6	3,7	4,8
Kostragruppe 7	1,6	2,0
Kostragruppe 8	2,9	3,3
Kostragruppe 10	2,2	3,7
Kostragruppe 11	2,8	3,2
Kostragruppe 12	2,6	4,0
Kostragruppe 13	2,1	2,3
Kostragruppe 14	1,3	1,6
Kostragruppe 15	1,1	1,2
Kostragruppe 16	2,6	2,9
Landet	2,1	2,5

For voksne skiller Kostragruppe 4 (små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter) seg ut med den klart høyeste årsverksinnsatsen, sett i forhold til befolkningsstørrelsen. Gruppene 6 og 5 (små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og hhv. høye/middels frie disponible inntekter) følger på andre- og tredjeplass. Bydelene i Oslo (Kostragruppe 15) har den laveste årsverksinnsatsen, både for voksne og barn/unge. Bergen, Trondheim og Stavanger (Kostragruppe 14) følger like bak, mens gruppe 13 (store kommuner utenom de fire største byene) ligger på gjennomsnittet. Det ser derfor ut som at den lave årsverksinnsatsen i forhold til innbyggertallet er et storbyfenomen. Mønsteret for barn og unge speiler i stor grad det for voksne, med Kostragruppe 15 og 14 nederst. Her har Kostragruppe 6 den høyeste innsatsen, fulgt av gruppe 3 (små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter).

9.7.4 HELSEREGION

I tabell 9.43 og 9.44 presenteres resultatene per helseregion.

Tabell 9.43 Mottakere av individuell støttekontakt, antall, helseregion, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Sør-Øst	4 258	1 434	5 692
Vest	1 482	560	2 042
Midt-Norge	1 348	467	1 815
Nord	933	356	1 289
Landet	8 021	2 817	10 838

Tabell 9.44 Mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, helseregion, 2011

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn/unge med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Sør-Øst	2,0	2,3
Vest	1,9	2,2
Midt-Norge	2,5	3,0
Nord	2,5	3,4
Landet	2,1	2,5

9.8 ORGANISERING AV TJENESTENE

Kommunene er organisert på ulike måter og i denne rapporteringen har kommunene, som vist i kapittel 3, tre alternativer å velge mellom når de skal svare på hvordan tjenestene er organisert:

- Modell 1: Egen enhet/tjeneste
- Modell 2: Integrerte tjenester
- Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef

I det følgende ser vi på hvordan organisasjonsmodellene fordeler seg andelsmessig gruppert etter fylke, kommunestørrelse, Kostragruppe og helseregion. Merk at bydelene i Oslo ikke inngår her, da disse rapporteres på separat. Oslo framkommer dermed med stjerne i tabellene. Merk også at det i 2011 var en del kommuner som ikke besvarte spørsmålet om organisering av tjenestene, særlig når det gjelder barn og unge (for voksne gjelder dette kun én kommune i Møre og Romsdal). Dette gjør at andelene i en del tilfeller ikke summerer til 100. For fylkene angir tabell 9.45 og 9.46 hvor stor andel av kommunene som har angitt å ha en gitt organiseringsmodell, mens landstotalene oppsummerer de kommunene som faktisk har rapportert.

9.8.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 9.45 viser vi hvordan ulike typer modeller i tjenester for voksne fordeler seg andelsmessig i hvert enkelt fylke.

Tabell 9.45 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Østfold	94	0	0	6	0	100	18
Akershus	68	14	0	9	9	100	22
Oslo	*	*	*	*	*	*	*
Hedmark	77	9	5	9	0	100	22
Oppland	77	8	4	12	0	100	26
Buskerud	90	5	0	0	5	100	21
Vestfold	86	14	0	0	0	100	14
Telemark	83	6	0	11	0	100	18
Aust-Agder	60	20	7	7	7	100	15
Vest-Agder	87	7	0	0	7	100	15
Rogaland	81	12	8	0	0	100	26
Hordaland	67	21	3	9	0	100	33
Sogn og Fjordane	81	15	0	0	4	100	26
Møre og Romsdal	61	19	3	3	11	97**	36
Sør-Trøndelag	72	16	4	4	4	100	25
Nord-Trøndelag	75	8	8	0	8	100	24
Nordland	84	9	5	0	2	100	44
Troms	72	16	0	4	8	100	25
Finnmark	89	5	0	5	0	100	19
Landet	77	12	3	4	4	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

Tabell 9.46 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Østfold	61	28	0	11	0	100	18
Akershus	27	59	0	5	5	95**	22
Oslo	*	*	*	*	*	*	*
Hedmark	41	41	5	5	0	91**	22
Oppland	27	54	4	12	4	100	26
Buskerud	43	38	0	14	5	100	21
Vestfold	21	71	0	7	0	100	14
Telemark	39	44	0	0	0	83**	18
Aust-Agder	7	33	7	13	0	60**	15
Vest-Agder	27	20	0	0	7	53**	15
Rogaland	35	50	12	0	4	100	26
Hordaland	24	48	6	12	0	91**	33
Sogn og Fjordane	15	15	0	0	4	35**	26
Møre og Romsdal	11	56	3	3	6	78**	36
Sør-Trøndelag	44	44	4	4	4	100	25
Nord-Trøndelag	38	46	4	4	8	100	24
Nordland	16	43	7	0	0	66**	44
Troms	36	56	0	4	4	100	25
Finnmark	16	21	0	0	0	37**	19
Landet	34	53	4	6	3	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

9.8.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 9.47 presenteres valg av organiseringsmodell i tjenester for voksne på kommunegruppenivå.

Tabell 9.47 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunestørrelse, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Under 2000	71	18	1	5	5	100	96
2000-4999	78	12	2	4	3	100	134
5000-9999	81	11	3	2	1	99**	90
10 000-19 999	81	7	3	5	3	100	58
20 000-50 000	72	8	5	5	10	100	39
Over 50 000	83	8	8	0	0	100	12*
Landet	77	12	3	4	4	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

Tabell 9.48 presenterer tilsvarende tall i tjenester for barn og unge.

Tabell 9.48 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunistørrelse, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Under 2000	26	41	2	5	3	77**	96
2000-4999	30	40	3	4	4	81**	134
5000-9999	28	44	3	3	2	81**	90
10 000-19 999	31	50	3	3	0	88**	58
20 000-50 000	23	51	5	13	5	97**	39
Over 50 000	33	50	8	0	0	92**	12*
Landet	34	53	4	6	3	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

9.8.3 KOSTRA-GRUPPE

I de to siste tabellene i dette delkapitlet har vi gruppert organisasjonsmodelltallene på Kostragruppe-nivå – henholdsvis for tjenester for voksne og barn og unge.

Tabell 9.49 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Kostragr. 1	76	8	8	0	8	100	25
Kostragr. 2	76	15	3	3	3	100	62
Kostragr. 3	81	8	0	11	0	100	37
Kostragr. 4	100	0	0	0	0	100	7
Kostragr. 5	73	18	3	3	5	100	40
Kostragr. 6	67	20	2	5	5	100	55
Kostragr. 7	77	6	3	10	3	100	31
Kostragr. 8	81	19	0	0	0	100	27
Kostragr. 10	84	16	0	0	0	100	32
Kostragr. 11	79	5	5	5	5	98**	43
Kostragr. 12	92	8	0	0	0	100	12
Kostragr. 13	78	4	4	4	9	100	45
Kostragr. 14	33	33	33	0	0	100	3
Kostragr. 15	*	*	*	*	*	*	*
Kostragr. 16	80	10	0	10	0	100	10
Landet	77	12	3	4	4	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

Tabell 9.50 presenterer valg av organiseringsmodell i tjenester for barn og unge.

Tabell 9.50 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Kostragr. 1	28	48	8	0	8	92**	25
Kostragr. 2	32	39	3	6	5	85**	62
Kostragr. 3	32	35	3	3	0	73**	37
Kostragr. 4	14	14	14	14	0	57**	7
Kostragr. 5	18	43	3	5	3	70**	40
Kostragr. 6	27	44	2	5	4	82**	55
Kostragr. 7	26	52	6	6	0	90**	31
Kostragr. 8	44	41	0	0	0	85**	27
Kostragr. 10	41	53	0	0	0	94**	32
Kostragr. 11	21	49	2	7	5	84**	43
Kostragr. 12	8	42	0	0	0	50**	12
Kostragr. 13	24	51	4	11	4	96**	45
Kostragr. 14	33	33	33	0	0	100	3
Kostragr. 15	*	*	*	*	*	*	*
Kostragr. 16	40	20	0	0	0	60**	10
Landet	34	53	4	6	3	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

9.8.4 HELSEREGION

I tabell 9.51 og 9.52 presenteres valg av organiseringsmodeller i hhv. tjenester for voksne og barn og unge på helseregionnivå. Helseregion Midt-Norge skiller seg ut ved at kommunene i mindre grad velger å organisere tjenestene i egen tjeneste sammenliknet med de andre regionene.

Tabell 9.51 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2011

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Helse Sør-Øst	80	9	2	6	3	100	171
Helse Vest	75	16	4	4	1	100	85
Helse Midt	68	15	5	2	8	99**	85
Helse Nord	82	10	2	2	3	100	88
Landet	77	12	3	4	4	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

Tabell 9.52 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2011

tab7_52	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Kombinert	Totalt	Antall
Helse Sør-Øst	33	44	2	8	2	89**	171
Helse Vest	25	39	6	5	2	76**	85
Helse Midt	28	49	4	4	6	91**	85
Helse Nord	22	42	3	1	1	69**	88
Landet	34	53	4	6	3	100	429*

* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

** Manglende svar.

9.9 OPPSUMMERING

I dette deskriptive kapitlet har vi sett på hvordan de rapporterte årsverkene for 2011 varierer på kommunenivå gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), Kostragruppe og helseregion. Alle spørsmålene i skjema er presentert. Kort oppsummert finner vi følgende:

Omtrent like mange årsverk per innbygger i tjenester til voksne og tjenester til barn og unge

I 2011 var landsgjennomsnittet i psykisk helsearbeid 2,4 årsverk per 1 000 voksne innbyggere i tjenester for voksne, og 2,3 årsverk per 1 000 unge innbyggere i tjenester for barn og unge. For begge disse representerer dette en nedgang på 0,1 årsverk i forhold til 2010.

På fylkesnivå varierte årsverkene fra Oslo med 1,6 årsverk per 1 000 innbyggere (totalt antall årsverk sett i forhold til totalbefolkningen) til Telemark med 3,4 årsverk per 1 000 innbyggere. Dette bildet har vært rimelig stabilt siden 2008.

Gruppert etter innbyggertall er det flest årsverk per voksen og barn og unge i de minste kommunene. Jo flere innbyggere, jo færre årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid for voksne. I psykisk helsearbeid for barn og unge er tendensen den samme, med unntak av kommuner med over 50 000 innbyggere, der gjennomsnittet ligger på landsgjennomsnittet (2,4).

I Kostragruppene finner vi igjen dette mønsteret; små kommuner i Kostragruppe 1-6 har relativt flere årsverk per innbygger enn de mellomstore og store kommunene. Kostragruppe 6 (små kommuner, høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter) ligger høyest med 3,9 årsverk per tusen innbyggere.

På helseregionnivå ser vi at Midt-Norge utmerker seg med høyest antall årsverk både i tjenester/tiltak til voksne (3,1 årsverk per 1 000 voksne innbyggere) og til barn og unge (2,9 årsverk per 1 000 innbyggere 0-17 år). Dette er samme situasjon som i 2009 og 2010. Kommunene i helseregion Sør-Øst ligger lavest i årsverksinnsats per innbygger i tjenester og tiltak til voksne (2,2 årsverk per 1 000 voksne innbyggere), mens helseregion Vest rapporterer den laveste årsverksinnsatsen per innbygger til barn og unge (1,8 årsverk per 1000 innbyggere 0-17 år).

22 prosent av årsverkene gikk til tjenester for barn og unge i 2011

Dette er stabilt med nivået i 2010, men lavere enn de 25 prosentene som ble innrapportert i 2007.

Når vi grupperer kommunene etter fylke, ser vi at tallene varierer fra 14 prosent (Sogn og Fjordane) til 29 prosent (Buskerud og Nord-Trøndelag, ned fra 31 prosent i 2010). Det er kommuner på mellom 20 000 – 50 000 innbyggere som i gjennomsnitt benytter den største andelen av årsverkene på tjenester til barn og unge (25 prosent), mens den laveste andelen, på 19 prosent, finnes i gruppen med de største kommunene. Blant helseregionene er det kommunene i Sør-Øst og Midt-Norge som i gjennomsnitt benytter den høyeste andelen årsverk i tjenester for barn og unge – 23 og 24 prosent, mens kommunene i Vest ligger lavest med 18 prosent, en nedgang fra 20 prosent i 2010. Dette bildet er det samme som i 2010.

Flest årsverk i bolig med fast personell

På landsbasis går i gjennomsnitt 44 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid til boliger med fast personell. 41 prosent går til hjemmetjenester og behandling, det øvrige (15 prosent) til aktivitetstilbud. Dette er stabilt med nivåene i 2010.

Stabile nivåer i årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

I 2011 gikk 39 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, det samme som i 2010 og to prosentpoeng høyere enn 2009. At kommunene bør prioritere forebyggende tiltak og skolehelsetjeneste har vært et uttalt mål fra sentrale myndigheter i flere år. Storparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge (52 prosent) går imidlertid til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. Det er relativt store forskjeller mellom fylker, kommunegrupper og helseregion når det gjelder andel årsverk i tjenester for barn og unge.

Over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid har høgskole/ universitetsutdanning

61 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid hadde i 2011 utdanning fra høgskole eller universitet. I kommunene i Vest-Agder og Oslo lå andelen på hhv. 71 og 70 prosent. Differensierer vi på tiltak i tjenester for hhv. voksne og barn og unge, ser vi at andelen høyt utdannede er høyest i tjenester for de yngste - her har hele 83 prosent av årsverkene slik utdanning på landsbasis, mot 56 prosent for voksne. Når det gjelder årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid, er trenden motsatt – her har en større andel årsverk i tjenestene for voksne (38 prosent) slik utdanning, sammenliknet med tjenester for barn og unge (25 prosent).

30 prosent økning i psykologiårsverkene

Fra sentrale myndigheters hold er det fokus på at psykologtjenestene i kommunene skal og bør styrkes. Fra 2009 til 2010 økte antall psykologiårsverk i psykisk helsearbeid fra 205 til 212. Veksten har fortsatt, og i 2011 ble 276 psykologiårsverk innrapportert – en vekst på 30 prosent. Av disse går 53 til tjenester for voksne, opp fra 31 i 2010, mens de resterende 223 går til tjenester for barn og unge, en økning fra 181 i 2010. Det er klart flest psykologiårsverk i kommunene som faller inn under helseregion Sør-Øst (130), mens kommunene i Vest og Midt-Norge har hhv. 86 og 46 psykologiårsverk. I kommunene i Helse Nord er det kun 14 psykologiårsverk totalt.

Støttekontakttilbudet i det psykiske helsearbeidet er i endring

I 2011 mottok 8 021 voksne og 2 817 barn og unge tilbud om individuell støttekontakt. Til sammen 10 838 personer. Tallene er noe lavere enn i 2010 (hhv. 8 434 voksne og 3 004 barn/unge fikk tilbud om individuell støttekontakt). Per 1 000 innbyggere på landsbasis utgjør dette for 2011 2,1 voksne og 2,5 barn og unge støttekontaktmottakere. Målt per innbygger er det flest voksne mottakere i Finnmark og færrest i Oslo. For barn og unge skiller Telemark og Finnmark seg ut med høye andeler (hhv. 6,1 og 6 personer per 1000 personer i aldersgruppen 0-17 år), mens Oslo ligger lavest med 1,2 personer også blant barn og unge.

I vår kontakt med kommunene kommer det tydelig fram at støttekontakttjenestene de senere årene har gått fra å være individbaserte til å bli mer gruppebaserte. Stillingsbenevnelsene er ofte "treningskontakt" eller "fritidskontakt". Enkelte kommuner har gått helt bort fra støttekontaktbegrepet, og opplever da at det er enklere å rekruttere til stillingene, og at det ikke oppleves som stigmatiserende for brukerne. Etersom det i dette skjemaet kun telles individrettede tilbud, tegnes ikke hele bildet av hvor mange mennesker som får tilbud om "støttekontaktliknende" tjenester.

Tjenester for voksne organiseres oftest som egne enheter, mens tjenester for barn og unge i større grad integreres i de øvrige kommunale tjenestene

Rapporterings skjema gir i 2011 respondentene mulighet til å velge mellom fire ulike modeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet (modell 1-3 og "annen organisering"). I tjenester for voksne har 77 prosent av kommunene valgt modell 1, der psykisk helsearbeid er organisert som en egen tjeneste/enhet. Dette er det samme nivået som i 2010. Andelen kommuner som velger denne organisasjonsformen for tjenester til voksne med psykiske lidelser/vansker er høyest (83 prosent) i kommuner med over 50 000 innbyggere samt i kommuner med 5 000 – 20 000 innbyggere (81 prosent). For helseregionene er andelen lavest i kommunene i helseregion Midt-Norge, der 68 prosent av kommunene har organisert tjenestene på denne måten. I helseregionene Sør-Øst, Midt og Nord har hhv. 80, 75 og 82 prosent av kommunene organisert tjenestene for voksne som en egen tjeneste/enhet.

En betydelig andel av kommunene har ikke besvart spørsmålet om organisering av tjenestene for barn og unge. Andelen som har svart er særlig lav i Sogn og Fjordane (35 prosent) og Finnmark (37 prosent). Blant kommunene som har besvart dette spørsmålet har 53 prosent organisert seg etter modell 2, integrerte tjenester. Det er en tendens til at større kommuner benytter modell 2 – tilsvarende som i 2010.

10 SAMMENSTILLING AV DATAGRUNNLAGET FRA PSYKISK HELSEARBEID OG FRA KOMMUNALT RUSARBEID

Dette kapitlet sammenligner årsverksinnsatsen i kommunalt organisert psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene, samt psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2011. Vi begynner med en diskusjon av hvordan de ulike tjenestene best kan sammenlignes før vi presenterer psykisk helsearbeid og kommunalt organisert rusarbeid i delkapittel 2 og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i delkapittel 3.

10.1 HVORDAN SAMMENLIGNE?

Det er enkelte ulikheter mellom rapporteringen innen kommunalt organisert psykisk helsearbeid (PHA) og kommunalt organisert rusarbeid (KRA). Dette gjelder både hva slags enheter det rapporteres for, og hvem som faktisk har rapportert. Både Oslo og Bergen har rapportert på bydelsnivå for rusbehandling, mens for psykisk helsearbeid har bare Oslo rapportert på bydelsnivå. I tillegg er det rapportert for tiltak innen rusarbeid i Bergen og Oslo. Da dette kapitlet er begrenset i omfang til å gi en introduksjon til hovedtendensene behandles ikke Oslo og Bergen på bydelsnivå.

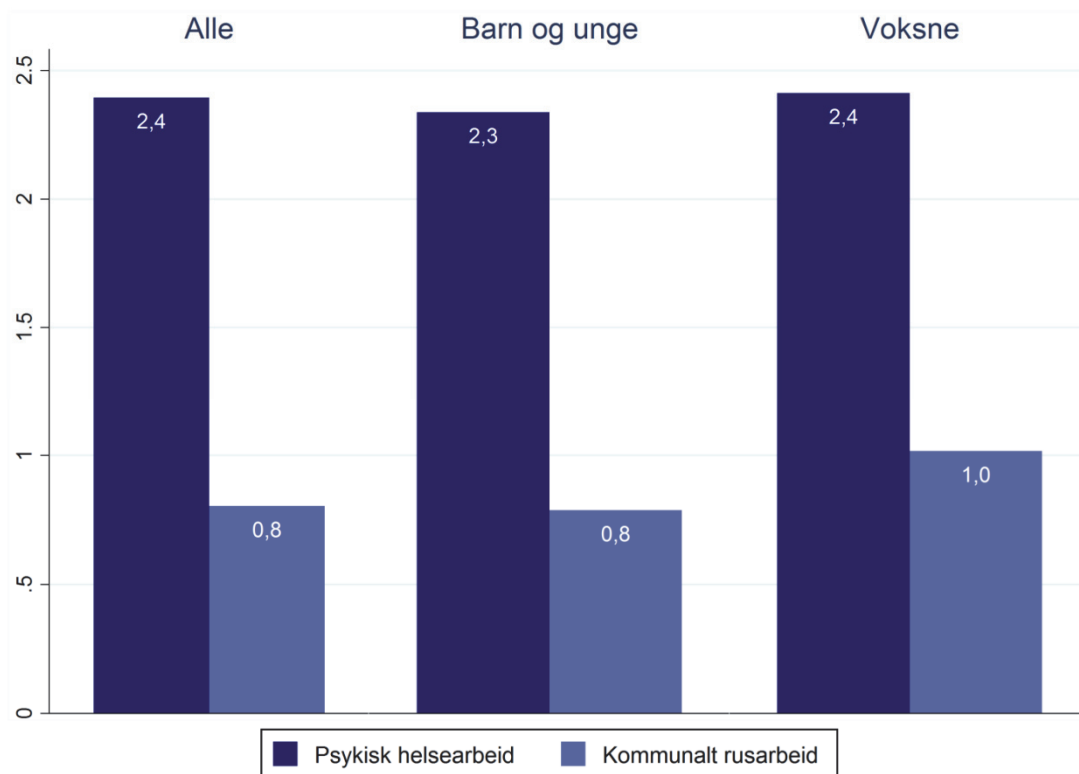
Kommunene Oppdal og Rennebu, og Hemne og Snillfjord har rapportert sammen for rusarbeid. I dette kapitlet blir derfor rapporteringen innen PHA også slått sammen for disse kommunene. Det er i tillegg en del kommuner som ikke har rapportert KRA-tall. For disse er totaltallene estimert. Ut over estimatene for totaltallene er det ikke gjort beregninger for andre tall i kommunene som ikke har rapportert innen KRA, etter som risikoen for betydelige avvik på såpass små tall ble vurdert som for stor.

Vi grupperer kommunene etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), KOSTRA-gruppe og helseregion. Argumentasjonen for å velge disse kategoriene er utdypet i Ose et al. (2010a s. 42).

10.2 SAMMENLIGNING AV ÅRSVERKSINNSATS INNEN PSYKISK HELSEARBEID OG KOMMUNALT ORGANISERT RUSARBEID

Årsverksinnsatsen innen psykisk helsearbeid er høyere enn kommunalt rusarbeid i alle kategoriene som testes, men som tallene vi presenterer nedenfor viser varierer avviket mellom de to betydelig når tallene brytes ned på kommunestørrelse, Kostragruppe, helseregion og fylke.

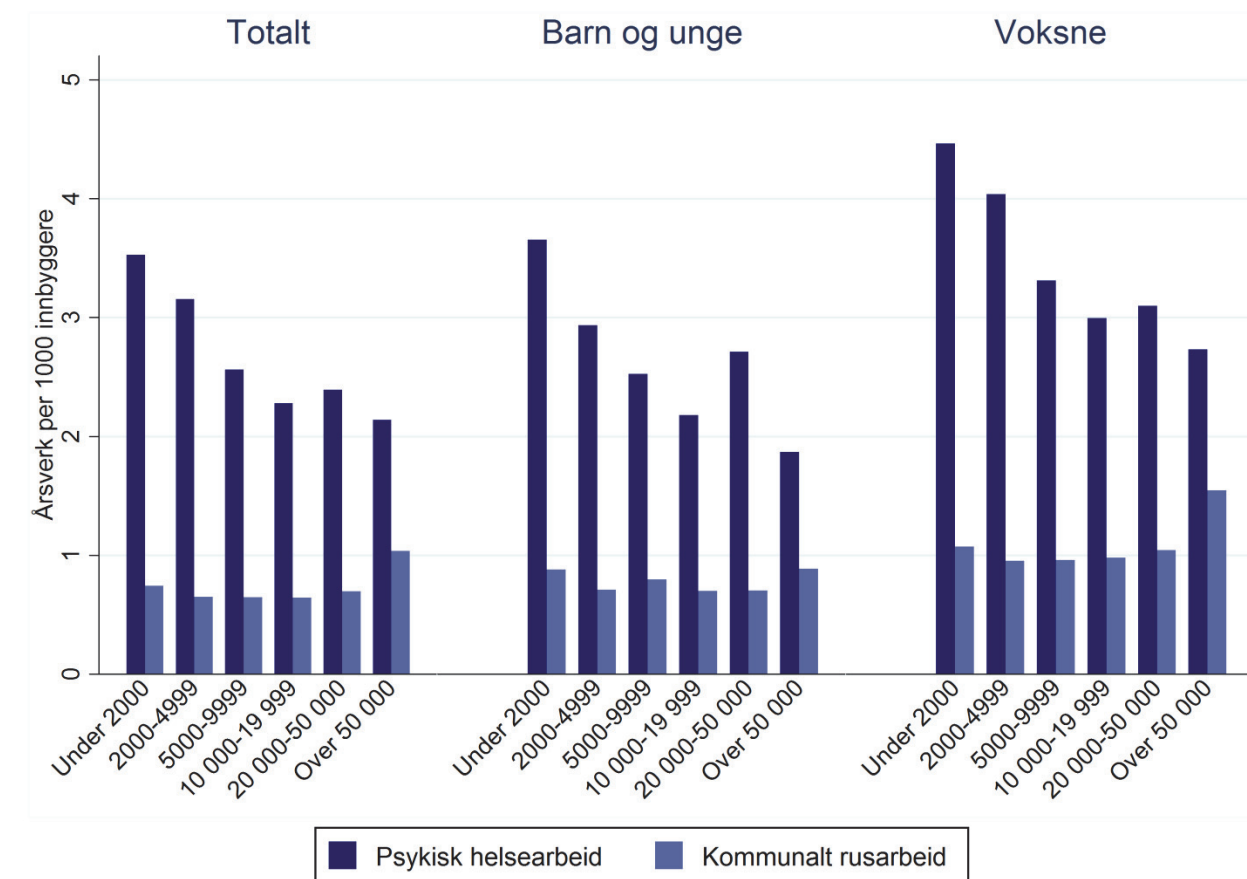
10.2.1 ÅRSVERK TOTALT



Figur 10.1. Årsverk per 1000 innbyggere innen PHA og KRA, totalt, barn og unge og voksne, totalt

I totaltallene er årsverksinnsatsen til psykisk helsearbeid det tredobbelte av innsatsen til kommunalt rusarbeid. Totalt sett er det registrert 2613,8 PHA-årsverk for barn og unge og 9326,5 for voksne. Tilsvarende tall for KRA er hhv. 566,5 og 3397,8. Aldersgruppene er imidlertid ikke helt sammenlignbare for PHA og KRA: innen PHA defineres 'barn og unge' som befolkningen under 18 år, mens for KRA fokuseres det på aldersgruppen 15-25 år. I beregninger av antall årsverk per innbygger blir dermed aldersgruppene som danner grunnlaget for beregningene ulike – innen PHA er barn/unge og voksne dermed aldersgruppene 0-17 og 18 år og eldre, mens for KRA blir det 15-25 år og 26 år og eldre.

10.2.2 ÅRSVERK ETTER KOMMUNESTØRRELSE



Figur 10.2. Årsverk per 1000 innbyggere innen PHA og KRA, totalt, barn og unge og voksne, etter kommunestørrelse

Innen psykisk helsearbeid finner vi den høyeste årsverksinnsatsen per innbygger i de minste kommunene. Antallet årsverk faller i tråd med stigende befolkningsstørrelse, men flater ut for de tre største kommunekategoriene. For rusarbeid er nivået ganske likt i alle kategoriene utenom den største, som har høyere nivåer.

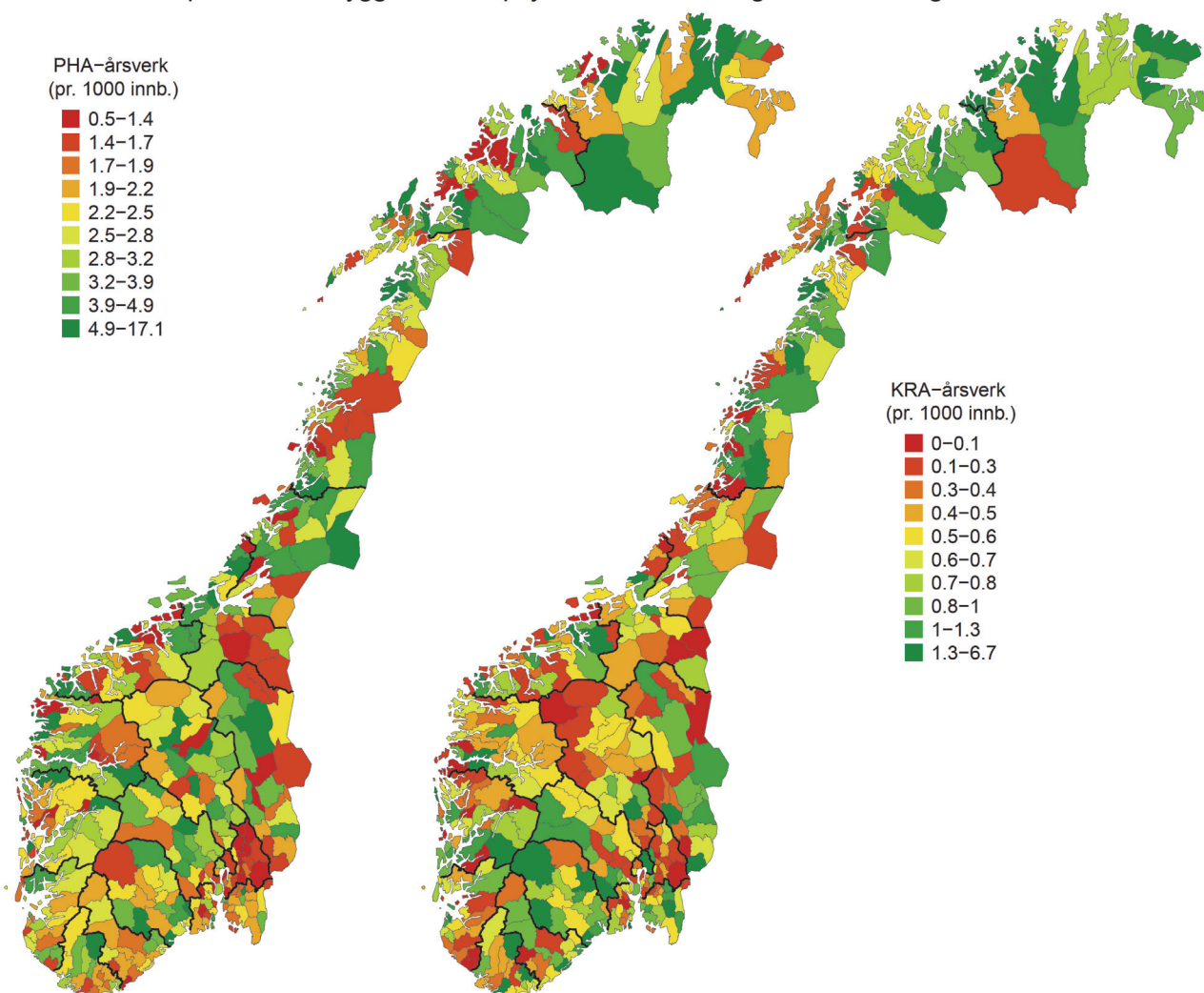
Når små kommuner har høyere årsverksinnsats tolker vi dette som en kombinasjon av smådriftsulemper og at disse kommunene ofte har en større andel eldre, som stiller høyere krav til innsatsen i psykisk helsearbeid. For kommunalt rusarbeid ser vi nok også et innslag av smådriftsulemper, men større rusproblemer i byene fører til at årsverksinnsatsen per innbygger like fullt stiger til høyere nivåer

Tabell 10.1. Årsverk per 1000 innbyggere innen PHA og KRA, totalt, barn og unge og voksne, etter kommunistørrelse

	Alle - PHA	Alle - KRA	Unge - PHA	Unge - KRA	Voksne - PHA	Voksne - KRA
Under 2000	3,53	0,75	3,65	0,88	4,46	1,07
2000-4999	3,15	0,65	2,94	0,71	4,04	0,96
5000-9999	2,56	0,65	2,53	0,80	3,31	0,96
10 000-19 999	2,28	0,65	2,18	0,70	3,00	0,98
20 000-50 000	2,39	0,70	2,71	0,70	3,10	1,04
Over 50 000	2,14	1,04	1,87	0,89	2,73	1,55

10.2.3 GEOGRAFISK FORDELING

Årsverk per 1000 innbyggere innen psykisk helsearbeid og kommunalt organisert rusarbeid



Figur 10.3. Geografisk fordeling av årsverk innen PHA og KRA i norske kommuner²⁴

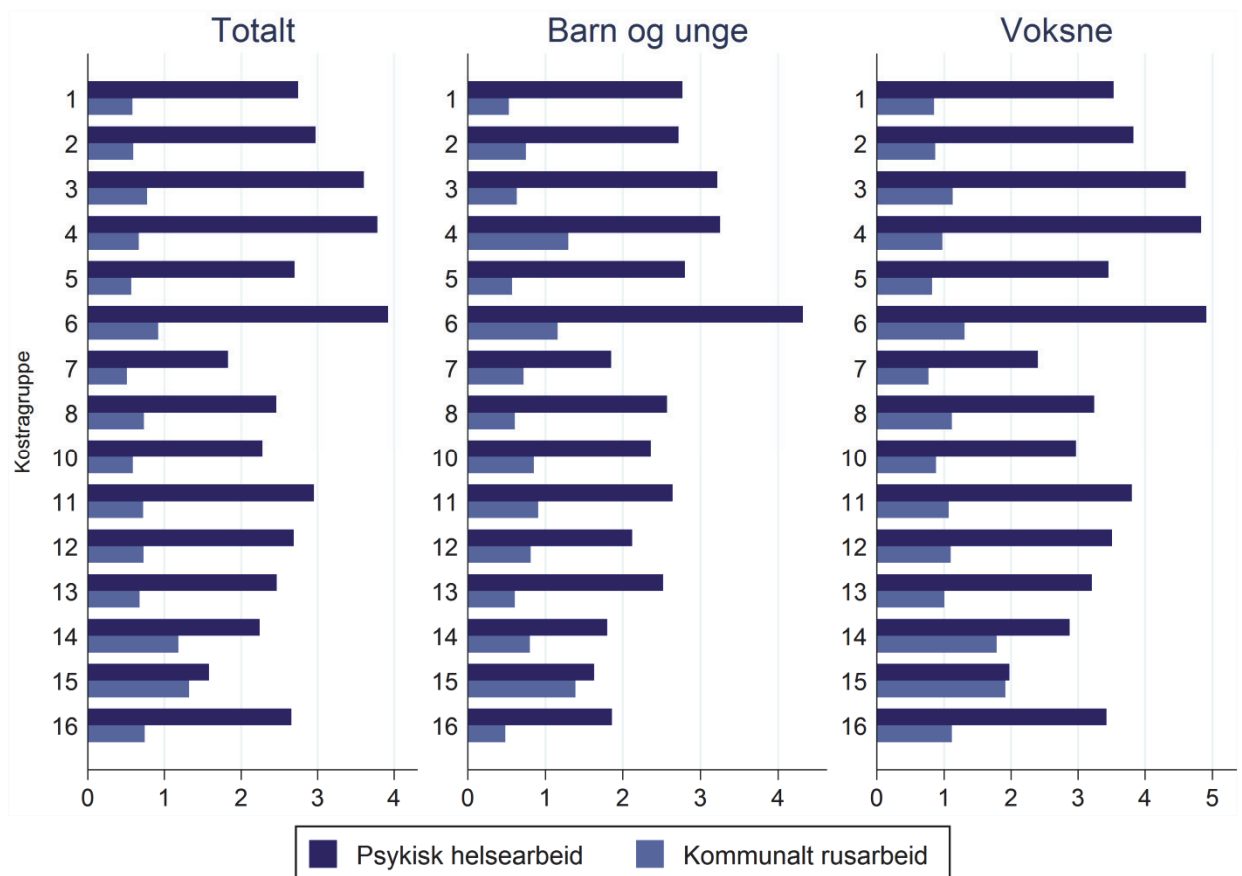
Figur 10.5 illustrerer fordelingen av årsverk innen PHA og KRA per innbygger i norske kommuner. I tillegg er fylkesgrensene tegnet inn for å gjøre kartene noe mer oversiktlige. Variasjonen er betydelig over korte

²⁴ Alt kartgrunnlag: Kartverket.

avstander, og nabokommuner kan gjerne ligge i motsatte ender av skalaen. Det er også tydelige forskjeller mellom PHA og KRA innen samme kommune.

10.2.4 KOSTRAGRUPPE

I to tilfeller har to kommuner, hhv. Hemne og Snillfjord og Oppdal og Rennebu, samrapportert for KRA. Disse kommunene er hhv. i Kostragruppene 2, 5, 11 og 2²⁵. I dette delkapitlet blir Hemne og Snillfjord behandlet som gruppe 2, mens Oppdal og Rennebu behandles som gruppe 11.



Figur 10.4. Årsverk per 1000 innbyggere, etter Kostragruppe

Fordelingen innen PHA-årsverk per Kostragruppe gjenspeiler i stor grad funnene fordelt på kommunestørrelse: Kostragruppe 1-6, som representerer små kommuner har – med et delvis unntak for gruppe 5 – en høy årsverksinnsats per innbygger. For KRA er det derimot gruppe 14 og 15 (hhv. Bergen, Trondheim og Stavanger og bydelene i Oslo) som har den høyeste innsatsen. Også her rangerer imidlertid Kostragruppe 6 på tredje plass når vi ser på samlet årsverksinnsats for både barn/unge og voksne.

Forskjellen mellom psykisk helse og rus illustreres tydelig i gruppe 15 (bydelene i Oslo), som har den laveste årsverksinnsatsen per innbygger innen PHA både for barn/unge og voksne, men samtidig den

²⁵ Kostragruppe 2: "Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter"

Kostragruppe 5: "Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter"

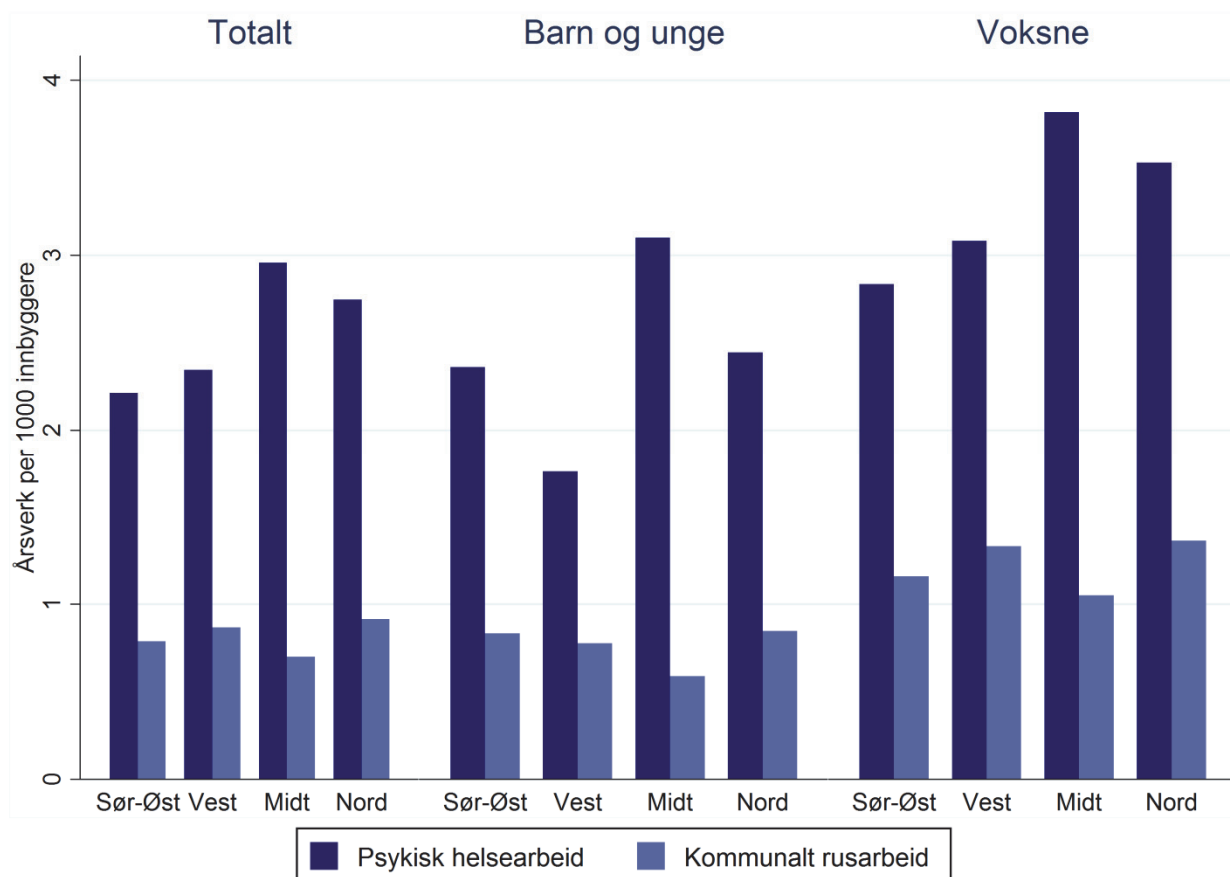
Kostragruppe 11: "Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter"

høyeste innsatsen innen KRA. Dette er den eneste gruppen hvor omfanget av KRA-innsatsen nærmer seg årsverksnivået til PHA-innsatsen.

Den laveste årsverksinnsatsen per innbygger innen PHA finner vi, i tillegg til gruppe 15, i gruppene 7 og 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger). Gruppe 7 rapporterer også lavest på total årsverksinnsats innen KRA, mens gruppe 14 er i motsatt ende av skalaen her.

Tabell 10.2. Årsverk per 1000 innbyggere, etter Kostragruppe

Kostragruppe	Alle – PHA	Alle – KRA	Unge – PHA	Unge - KRA	Voksne - PHA	Voksne - KRA
1	2,75	0,58	2,77	0,53	3,53	0,85
2	2,98	0,59	2,72	0,75	3,83	0,87
3	3,61	0,77	3,22	0,63	4,61	1,14
4	3,78	0,67	3,26	1,30	4,83	0,98
5	2,70	0,57	2,80	0,57	3,45	0,83
6	3,92	0,92	4,33	1,16	4,91	1,31
7	1,83	0,51	1,85	0,72	2,40	0,77
8	2,46	0,73	2,57	0,61	3,24	1,12
10	2,28	0,59	2,36	0,85	2,97	0,89
11	2,95	0,72	2,64	0,91	3,81	1,07
12	2,69	0,73	2,12	0,81	3,50	1,10
13	2,47	0,67	2,52	0,61	3,20	1,01
14	2,25	1,18	1,80	0,80	2,87	1,79
15	1,58	1,32	1,63	1,39	1,98	1,92
16	2,66	0,75	1,86	0,49	3,42	1,12



Figur 10.5. Årsverk per 1000 innbyggere, etter helseregion

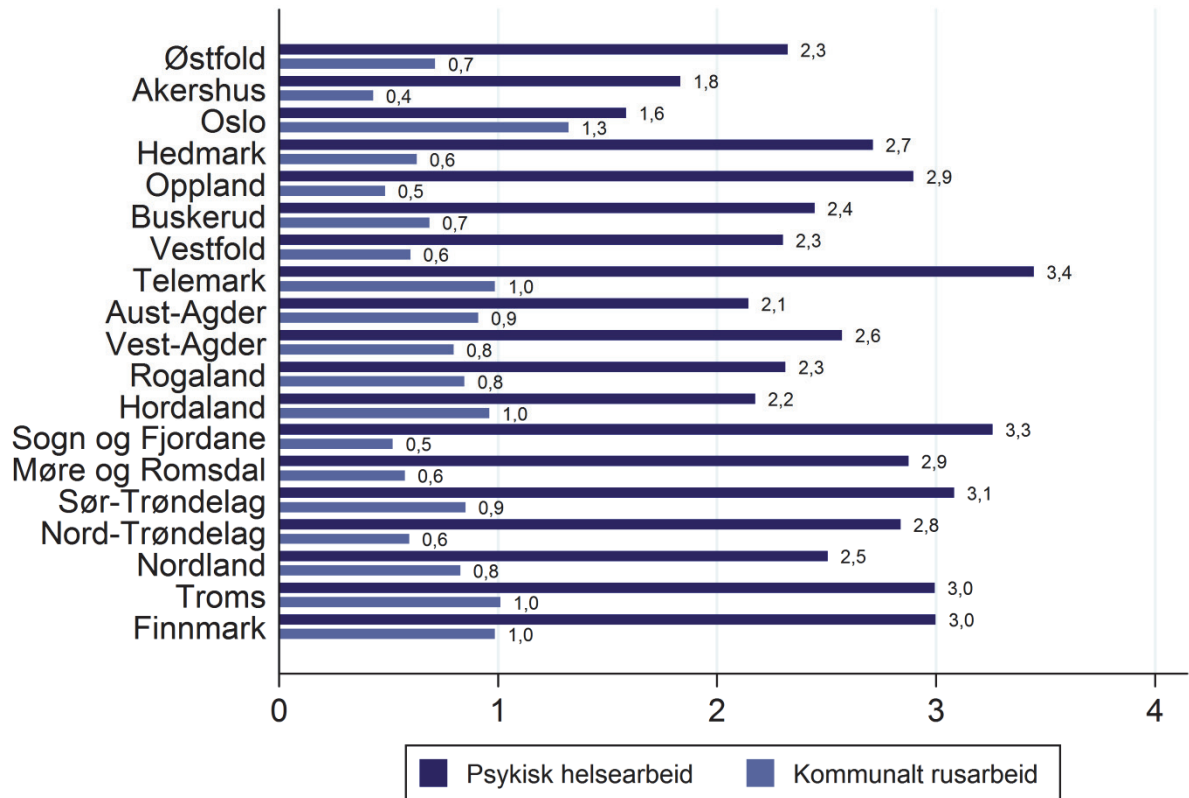
Innen total årsverksinnsats per innbygger i PHA rangerer Helse Midt høyest, fulgt av Helse Nord, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Dette mønsteret går også igjen for voksne, mens for barn og unge skiller Helse Vest seg ut med lav innsats, mens det er mindre forskjeller mellom Helse Sør-Øst og Helse Nord. For årsverksinnsatsen innen KRA rangerer Helse Nord høyest for både barn/unge og voksne, mens Helse Sør-Øst rangerer som nummer to for unge og Helse Vest for voksne. Den lave årsverksinnsatsen innen PHA for unge i Helse Vest speiles med andre ord ikke av KRA-innsatsen. Her er den Helse Midt som skiller seg ut, mens de tre andre regionale helseforetakene har relativt like tall. Innen KRA for voksne er det lite forskjell mellom Helse Nord og Helse Vest, mens Helse Sør-Øst og Helse Midt har en lavere innsats.

Tabell 10.3. Årsverk per 1000 innbyggere, etter helseregion

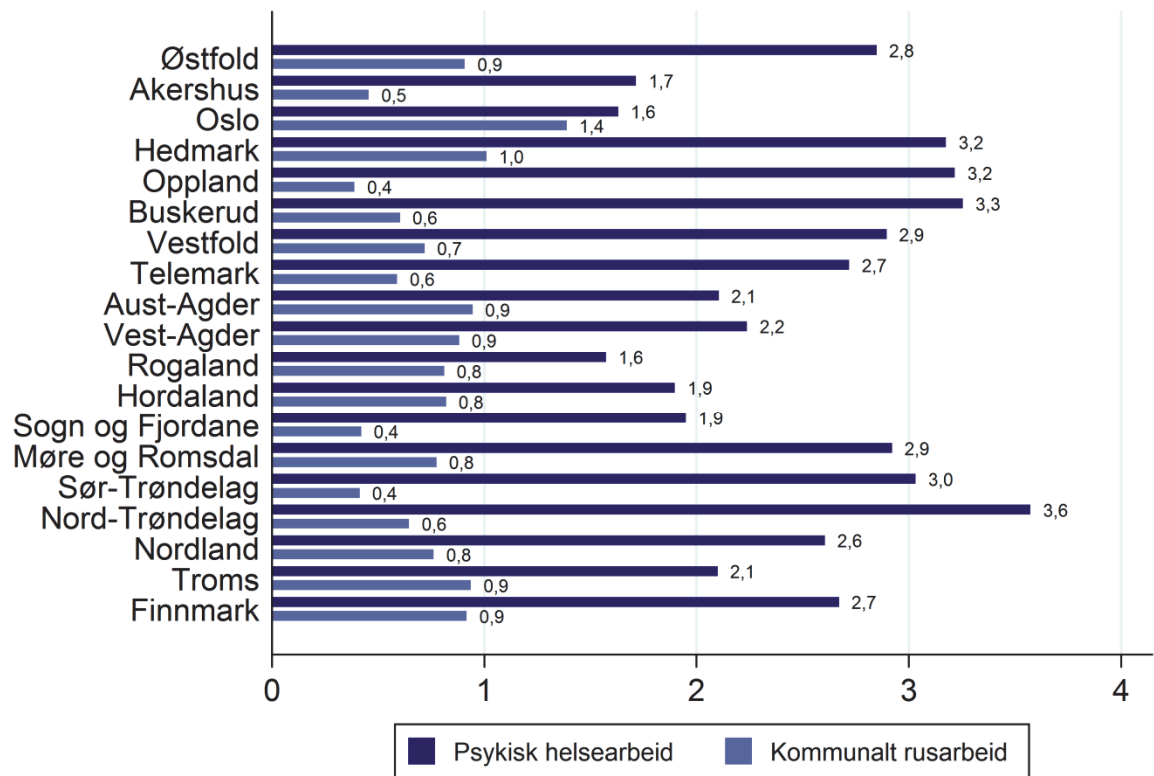
Regionalt helseforetak	Alle - PHA	Alle - KRA	Unge - PHA	Unge - KRA	Voksne - PHA	Voksne - KRA
Helse Sør-Øst	2,21	0,79	2,36	0,83	2,84	1,16
Helse Vest	2,35	0,87	1,76	0,78	3,08	1,33
Helse Midt	2,96	0,70	3,10	0,59	3,82	1,05
Helse Nord	2,75	0,92	2,44	0,85	3,53	1,36

10.2.6 FYLKE

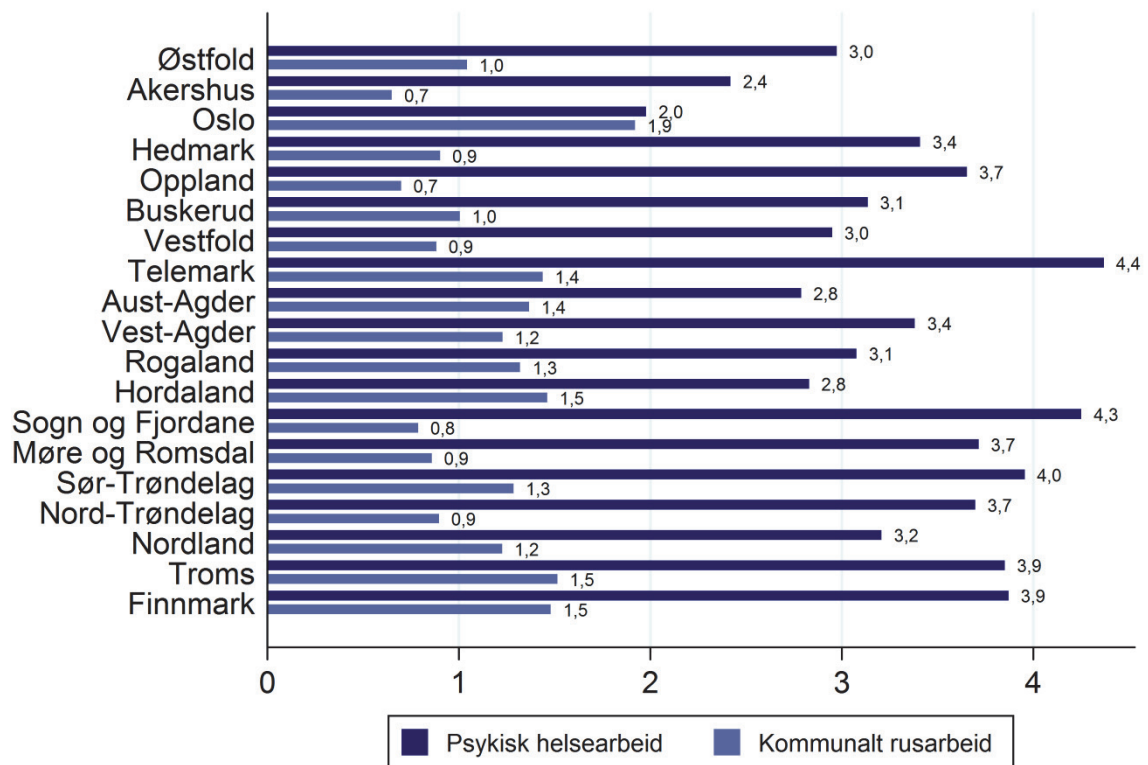
De fleste fylkene ligger mellom to og tre årsverk for voksne og barn/unge per 1000 innbyggere innen psykisk helsearbeid, og mellom et halvt og ett årsverk innen kommunalt rusarbeid.



Figur 10.6. Totalt antall årsverk innen PHA og KRA, etter fylke



Figur 10.7. Årsverk for barn og unge innen PHA og KRA, etter fylke



Figur 10.8. Årsverk innen PHA og KRA for voksne, etter fylke

Tabell 10.4. Årsverk innen PHA og KRA, etter fylke

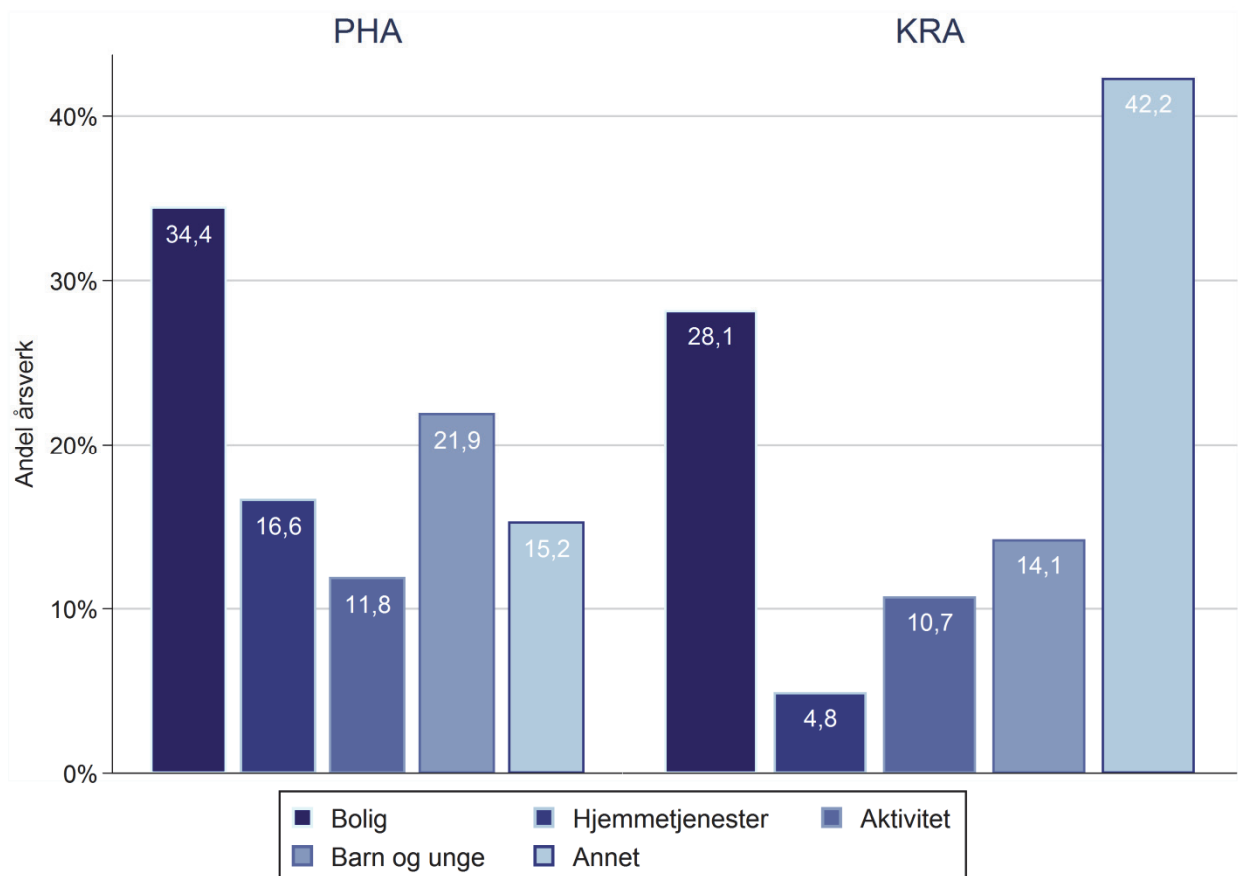
Fylke	Alle - PHA	Alle - KRA	Unge - PHA	Unge - KRA	Voksne - PHA	Voksne - KRA
Østfold	2,32	0,71	2,85	0,91	2,97	1,04
Akershus	1,83	0,43	1,72	0,46	2,42	0,65
Oslo	1,58	1,32	1,63	1,39	1,98	1,92
Hedmark	2,71	0,63	3,18	1,01	3,41	0,90
Oppland	2,90	0,48	3,22	0,39	3,65	0,70
Buskerud	2,45	0,69	3,26	0,60	3,14	1,01
Vestfold	2,30	0,60	2,90	0,72	2,95	0,88
Telemark	3,45	0,99	2,72	0,59	4,37	1,44
Aust-Agder	2,14	0,91	2,11	0,95	2,79	1,37
Vest-Agder	2,57	0,80	2,24	0,88	3,38	1,23
Rogaland	2,31	0,85	1,57	0,81	3,08	1,32
Hordaland	2,17	0,96	1,90	0,82	2,83	1,46
Sogn og Fjordane	3,26	0,52	1,95	0,42	4,25	0,79
Møre og Romsdal	2,87	0,58	2,92	0,78	3,71	0,86
Sør-Trøndelag	3,08	0,85	3,03	0,41	3,96	1,29
Nord-Trøndelag	2,84	0,60	3,57	0,65	3,70	0,90
Nordland	2,51	0,83	2,61	0,76	3,21	1,23
Troms	2,99	1,01	2,10	0,94	3,85	1,51
Finnmark	3,00	0,99	2,67	0,92	3,87	1,48

Telemark rapporterer den høyeste årsverksinnsatsen per innbygger innen PHA for voksne og totalt, med Sogn og Fjordane på andreplass og Sør-Trøndelag på tredje. For barn og unge er det derimot i henholdsvis Nord-Trøndelag, Buskerud og Oppland vi finner den høyeste årsverksinnsatsen per innbygger. Buskerud er også det eneste fylket som rapporterer en høyere årsverksinnsats per innbygger for barn og unge enn voksne. I motsatt ende av skalaen finner vi Oslo, Akershus og Aust-Agder. For unge er det imidlertid Rogaland som rapporterer den laveste årsverksinnsatsen, fulgt av Oslo og Akershus.

For KRA-innsats rapporterer Oslo de høyeste tallene per innbygger, fulgt av Troms og Finnmark. Også for barn og unge rapporterer Oslo de høyeste KRA-tallene per innbygger, fulgt av Hedmark, Aust-Agder, Troms og Finnmark. Hedmark er det eneste fylket som rapporterer en høyere KRA-innsats per innbygger for barn og unge enn voksne. Den laveste KRA-innsatsen per innbygger for voksne finner vi i Akershus, Oppland og Sogn og Fjordane, mens for unge er det Oppland, Sør-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Sogn og Fjordane er også det fylket som rapporterer størst forskjell mellom årsverksinnsatsen innen PHA og KRA, med hhv. 3,3 og 0,5 årsverk per 1 000 innbyggere.

10.2.7 FORDELING AV TJENESTETILBUD

I dette delkapitlet ser vi på andelen av årsverkene innen psykisk helsearbeid og kommunalt organisert rusarbeid som går til ulike tjenestetilbud. Ikke alle tilbudene er direkte sammenlignbare. Dette gjør at en del tjenester²⁶ er inkludert som "annet", samt at PHA-årsverkene innen aktivitetssenter og/eller dagsenter (spm. 5), andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud (spm. 6) og kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak (spm. 7) behandles sammen for å sammenligne med KRA-årsverk innen arbeids- og aktivitetsrettede tiltak (spm. 4). Disse angis som "Aktivitet" i figurene og tabellene under.



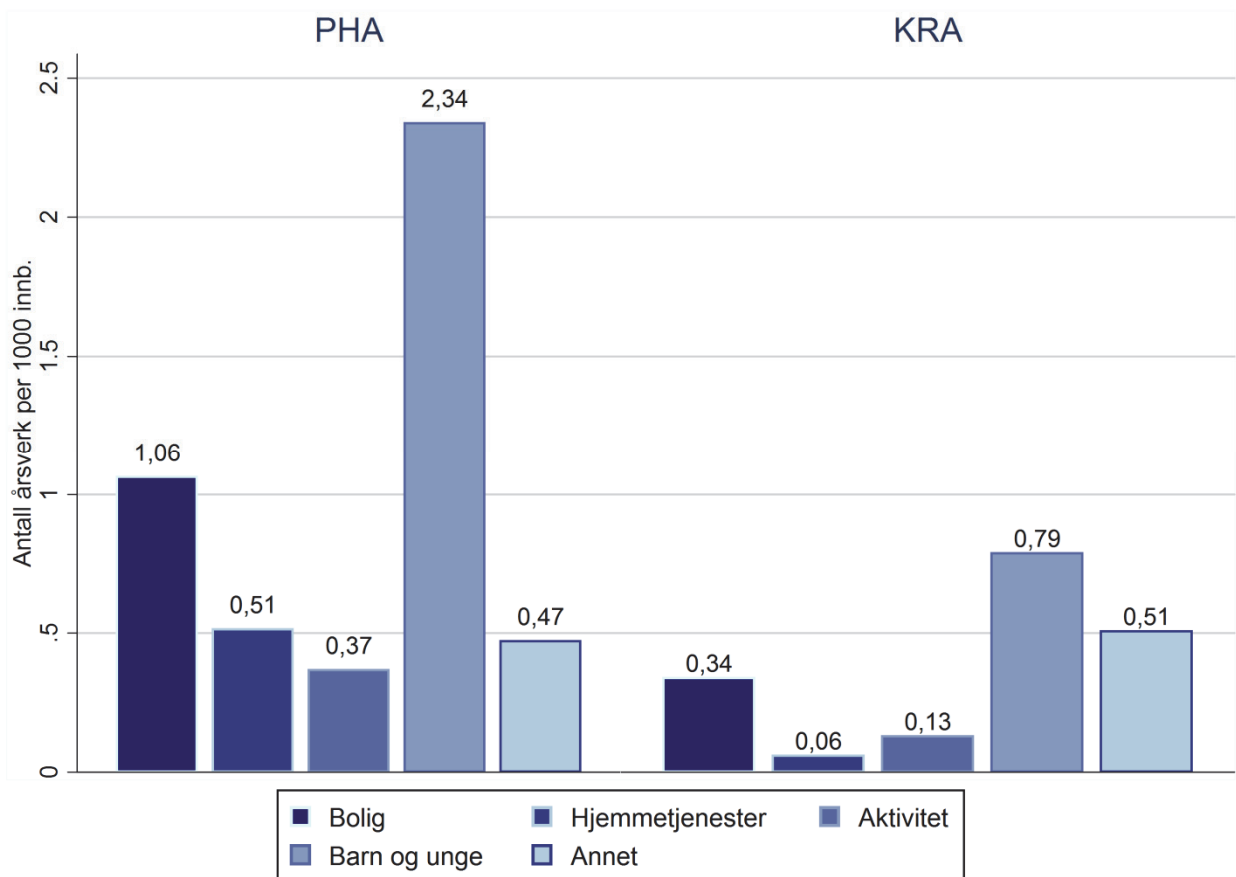
Figur 10.9. Andel av årsverksinnsatsen i sammenlignbare tjenester innen PHA og KRA

Tabell 10.5. Andel av årsverksinnsatsen i sammenlignbare tjenester innen PHA og KRA

	Bolig	Hjemme- tjenester	Aktivitet	Barn og unge	Annet	Sum
PHA	34,4	16,6	11,9	21,9	15,2	100
KRA	28,1	4,8	10,7	14,1	42,2	100

²⁶ For PHA er årsverk til behandling, rehabilitering og koordinering/faglig ledelse (spm. 4), utelatt, mens for KRA er årsverk til oppsøkende/ambulante tjenester/tiltak (spm. 5), årsverk til ruskonsulenttjenester (spm. 7) og andre typer tjenester (spm. 8) utelatt.

Blant tjenestene som anses som sammenlignbare går de klart største andelene innen både PHA og KRA til boligjenester, fulgt av tiltak for barn og unge. Andelen tiltak innen KRA som ikke anses som sammenlignbar er imidlertid betydelig større enn innen PHA. Her er det særlig årsverk til ruskonsulenttjenester som drar opp, med 22,4 prosent. Den tydeligste forskjellen er det ulike fokuset på hjemmetjenester, som har en mer enn tre ganger så stor andel av PHA-årsverkene i forhold til innsatsen innen KRA.



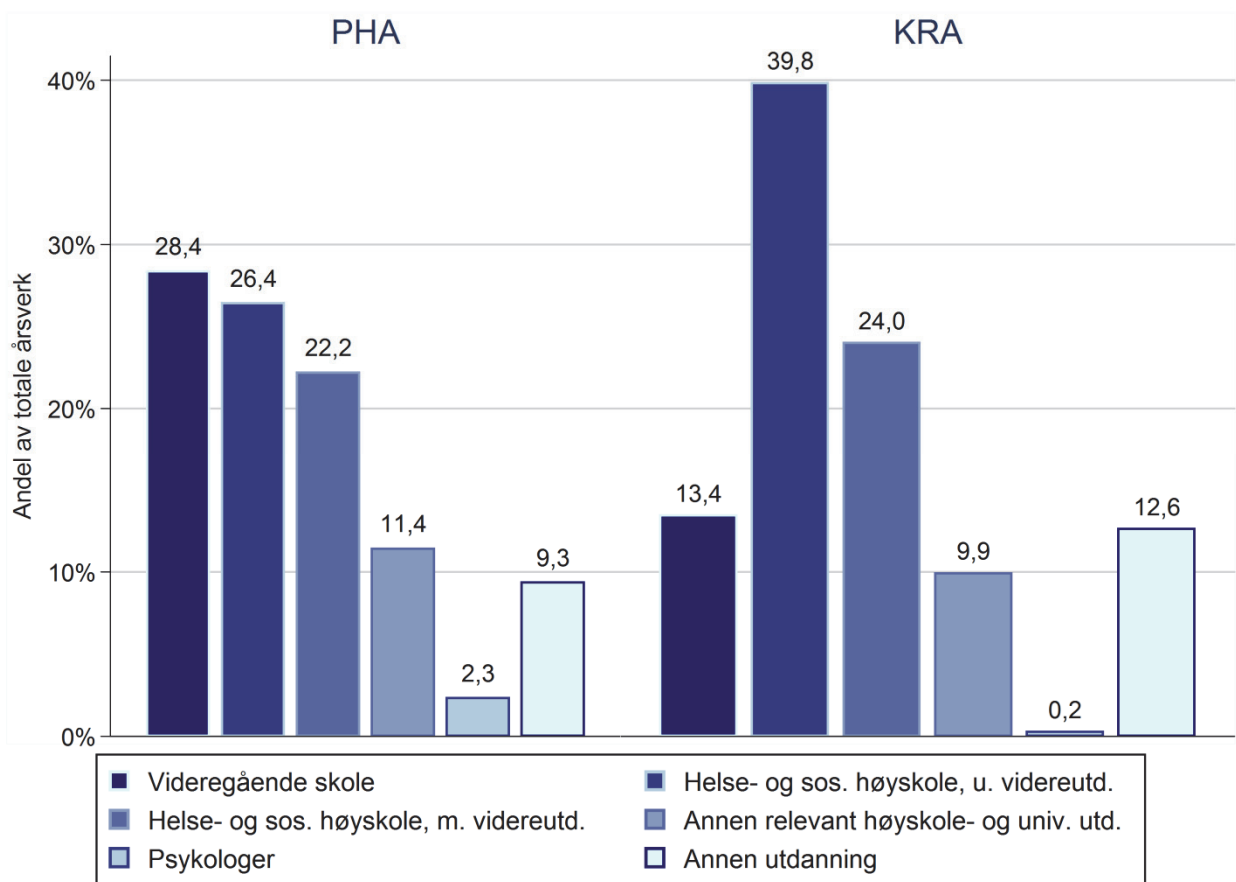
Figur 10.10. Antall årsverk per 1000 innbyggere til sammenlignbare tjenester innen PHA og KRA

Barn og unge framstår høy sammenlignet med de andre kategoriene på grunn av at de andre er tjenester for voksne som er fordelt på flere kategorier, mens alle årsverk som går til barn og unge behandles som en egen kategori.

Tabell 10.6. Antall årsverk per 1000 innbyggere til sammenlignbare tjenester innen PHA og KRA

	Bolig	Hjemmetjenester	Aktivitet	Barn og unge	Annet	Sum voksne
PHA	1,06	0,51	0,37	2,34	0,47	2,41
KRA	0,34	0,06	0,13	0,79	0,51	1,04

10.2.8 UTDANNING

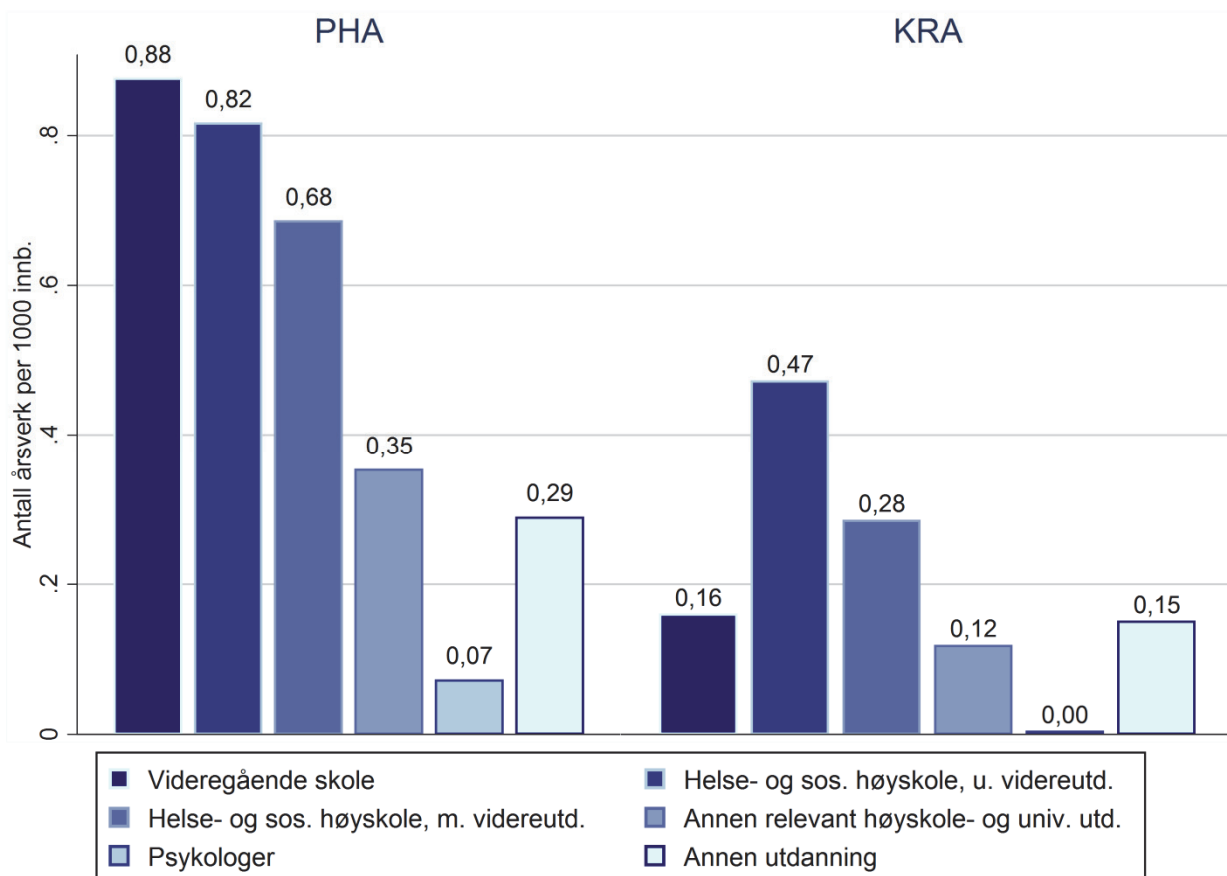


Figur 10.11. Utdanningsbakgrunn for personell innen PHA og KRA, andel av totale årsverk

Hovedforskjellene mellom utdanningsnivåene innen PHA og KRA er en mer enn dobbelt så stor andel med videregående skole som høyeste utdanning innen PHA, og en betydelig høyere andel innen KRA som har helse/sosialfaglig høyskoleutdannelse uten videreutdanning. I tillegg er det få psykologer som jobber innen rusbehandling, mens 2,3 prosent av årsverkene innen PHA utføres av psykologer. Ut over dette er det relativt små forskjeller mellom utdanningsbakgrunnen til personellet som jobber innen PHA og KRA.

Tabell 10.7. Utdanningsbakgrunn for personell innen PHA og KRA, andel av totale årsverk

	Relevant videregående opplæring	Helse/sos-faglig høyskoleutd. u. videreutd.	Helse/sos-faglig høyskoleutd. m. videreutd.	Annen relevant høyskoleutdanning	Psykologer	Annen utdanning	Sum
PHA	28,36	26,41	22,19	11,41	2,31	9,34	100
KRA	13,43	39,81	23,99	9,91	0,25	12,61	100



Figur 10.12. Utdanningsbakgrunn innen PHA og KRA, årsverk per 1000 innbyggere.

Fordelingen av antall årsverk per 1000 innbyggere etter utdanning speiler andelene av totale årsverk, men viser samtidig den totalt sett høyere årsverksinnsatsen innen PHA. Det er totalt rapportert om 9,75 psykologårsverk innen KRA, noe som gir 0,003 årsverk per 1000 innbyggere.

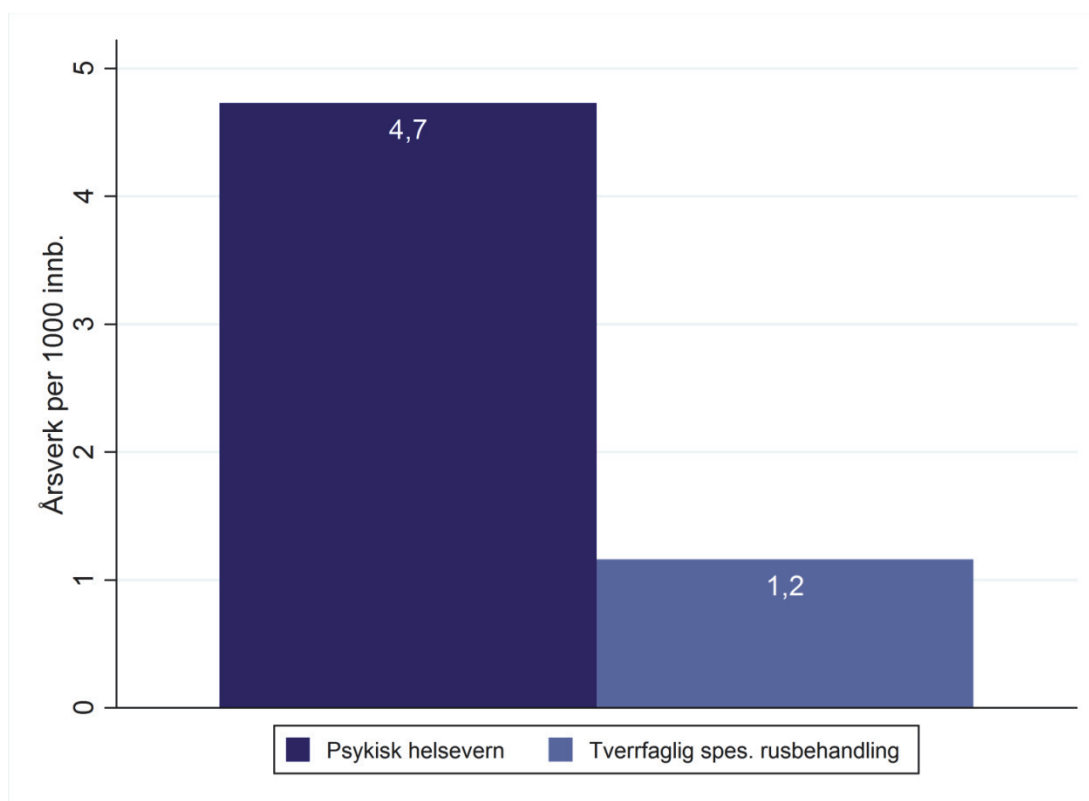
Tabell 10.8. Utdanningsbakgrunn innen PHA og KRA, årsverk per 1000 innbyggere.

	Relevant videregående opplæring	Helse/sosialfaglig høyskoleutd. u. videreutd.	Helse/sos-faglig høyskoleutd. m. videreutd.	Annen relevant høyskoleutd.	Psykologer	Annen utdanning
PHA	0,88	0,82	0,68	0,35	0,07	0,29
KRA	0,16	0,47	0,28	0,12	0,003	0,15

10.3 SAMMENLIGNING AV ÅRSVERKSINNSATS INNEN PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

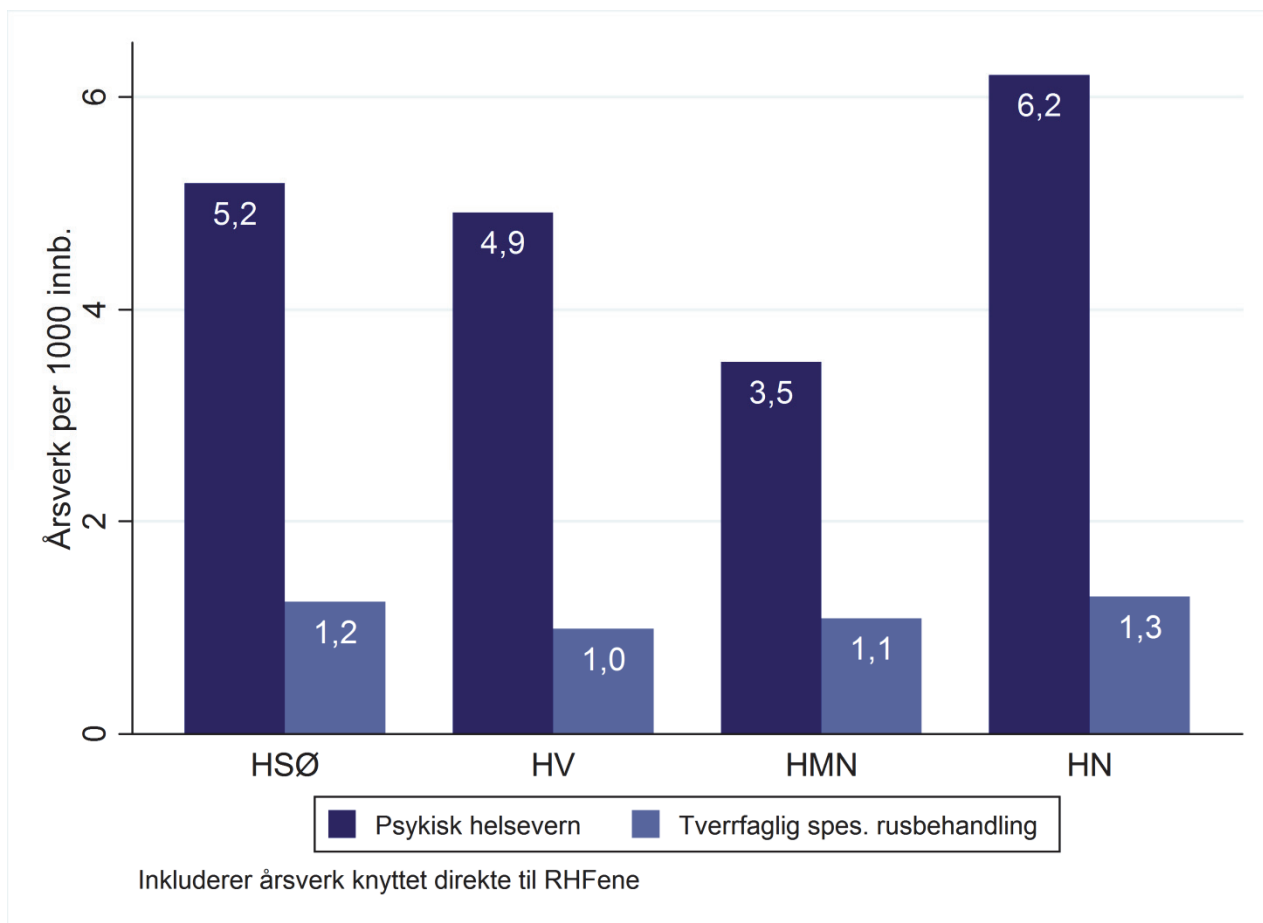
I dette delkaptilet presenteres og sammenlignes årsverksinnsatsen innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Disse tiltakene rettes mot personer i alderen 18 år og oppover, og er knyttet til helseforetakene, i noen tilfeller direkte til de regionale helseforetakene. Årsverkene som er knyttet direkte til de regionale helseforetakene tas bare med i beregninger av totaltall og for regionale helseforetak. Tall fra både SSB og Norsk pasientregister brukes for å estimere årsverksinnsatsen innen TSB. Tidligere år har det vært enkelte problemer med samsvaret mellom disse datakildene, men i rapporteringen for 2011 er samsvaret bedre enn for tidligere år (Helsedirektoratet 2011b). Dette tolkes som at datakvaliteten for 2011 er bedre enn for tidligere årganger.

St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF rapporterer sammen som Rusbehandling Midt-Norge innen TSB. For å bedre sammenlignbarheten behandles derfor disse helseforetakene sammen også for PHV.



Figur 10.13. Total årsverksinnsats innen PHV og TSB

På samme måte som for PHA og KRA er årsverksinnsatsen per innbygger innen PHV klart høyere enn innen TSB. Forskjellene mellom PHV og TSB er enda mer uttalt: mens det innen PHA for voksne er 2,4 årsverk for hvert årsverk innen KRA er det 3,9 årsverk innen PHV for hvert årsverk innen TSB.

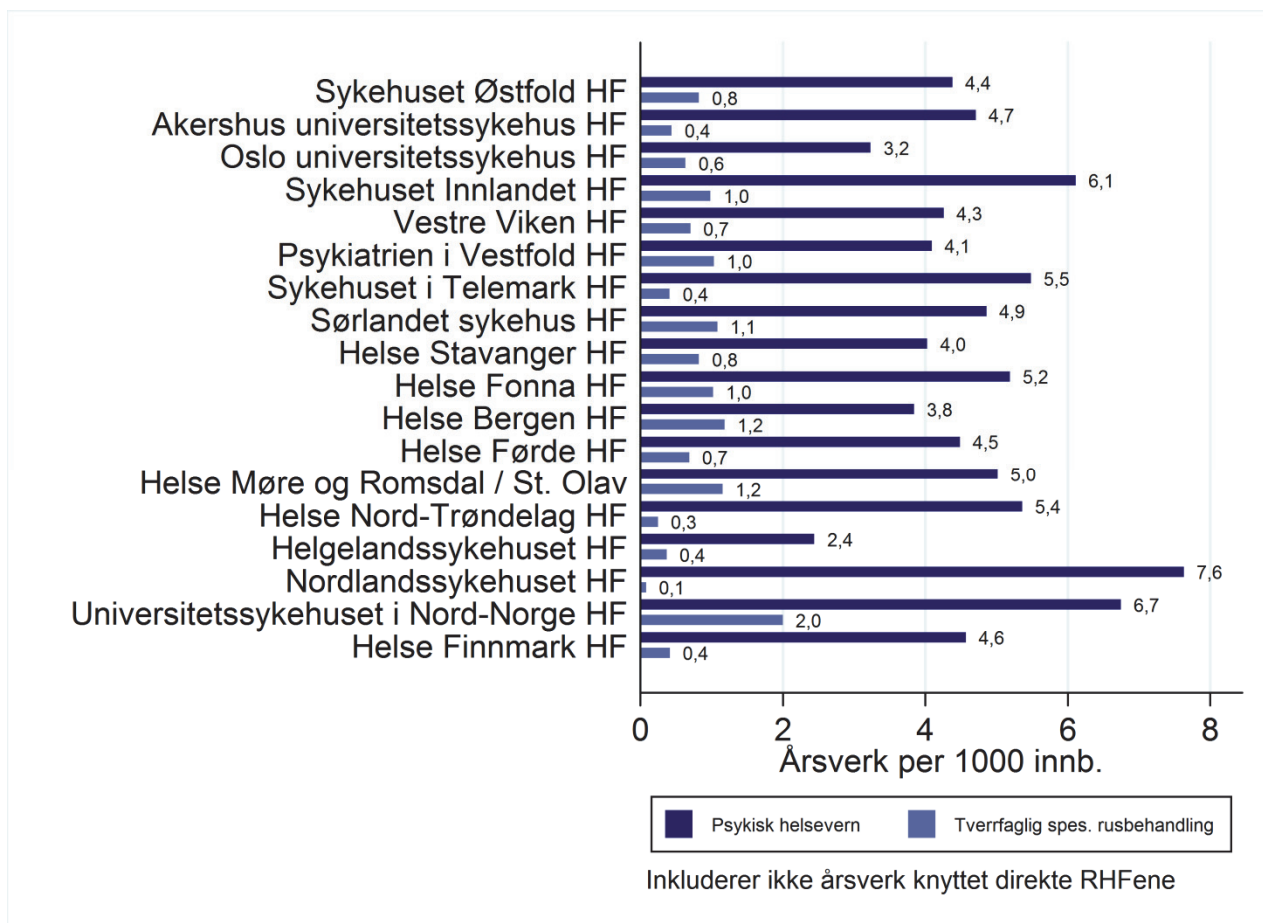


Figur 10.14. Fordeling av årsverk innen PHV og TSB per regionalt helseforetak

Helse Nord har den høyeste årsverksinnsatsen innen både PHV og TSB. Forskjellene innen TSB er forholdsvis små med 0,3 årsverk mellom Helse Nord og Helse Vest, som ligger lavest. Innen PHV er variasjonen mer uttalt, med et spenn fra 3,5 årsverk per 1000 innbyggere i Helse Midt-Norge til 6,2 i Helse Nord. Helse Sør-Øst og Helse Vest skiller seg mindre fra hverandre, med hhv. 5,2 og 4,9 årsverk per 1000 innbyggere.

Tabell 10.9. Fordeling av årsverk innen PHV og TSB per regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak	PHV	TSB
Helse Sør-Øst	5,2	1,2
Helse Vest	4,9	1,0
Helse Midt-Norge	3,5	1,1
Helse Nord	6,2	1,3

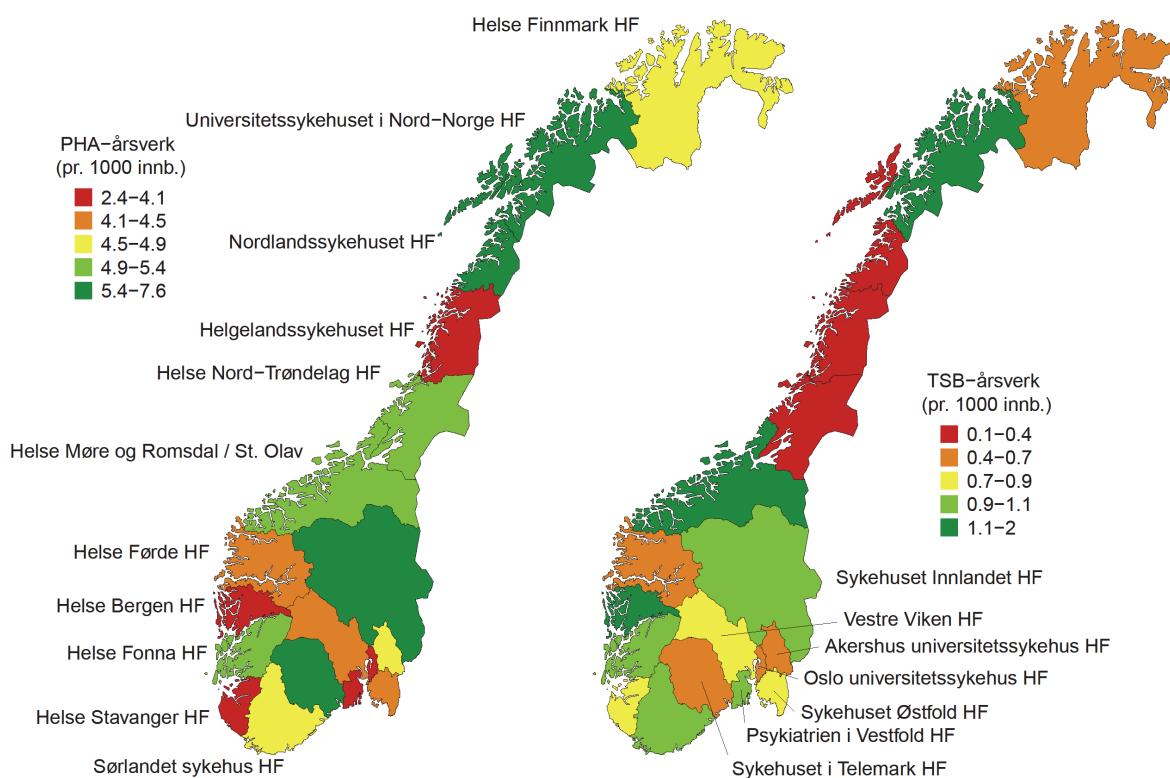


Figur 10.15. Årsverksfordeling per helseforetak

Fordelingen per helseforetak viser en betydelig heterogenitet både mellom helseforetakene og innenfor de regionale helseforetakene. Nordlandssykehuset rapporterer den høyeste årsverksinnsatsen per innbygger innen PHV og den laveste innen TSB, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge ligger nest høyest innenfor PHV og høyest innenfor TSB. Også Sykehuset Innlandet skiller seg ut med høy innsats innen PHV. For TSB er det bare UNN som skiller seg ut med verdier betydelig over hovedtendensen, mens Nordlandssykehuset samt Helse Nord-Trøndelag, Akershus Universitetssykehus, Sykehuset i Telemark, Helgelandssykehuset og Helse Finnmark skiller seg ut med 0,4 eller færre årsverk per 1000 innbyggere.

Tabell 10.10. Årsverk innen PHV og TSB per 1000 innbyggere, etter helseforetak

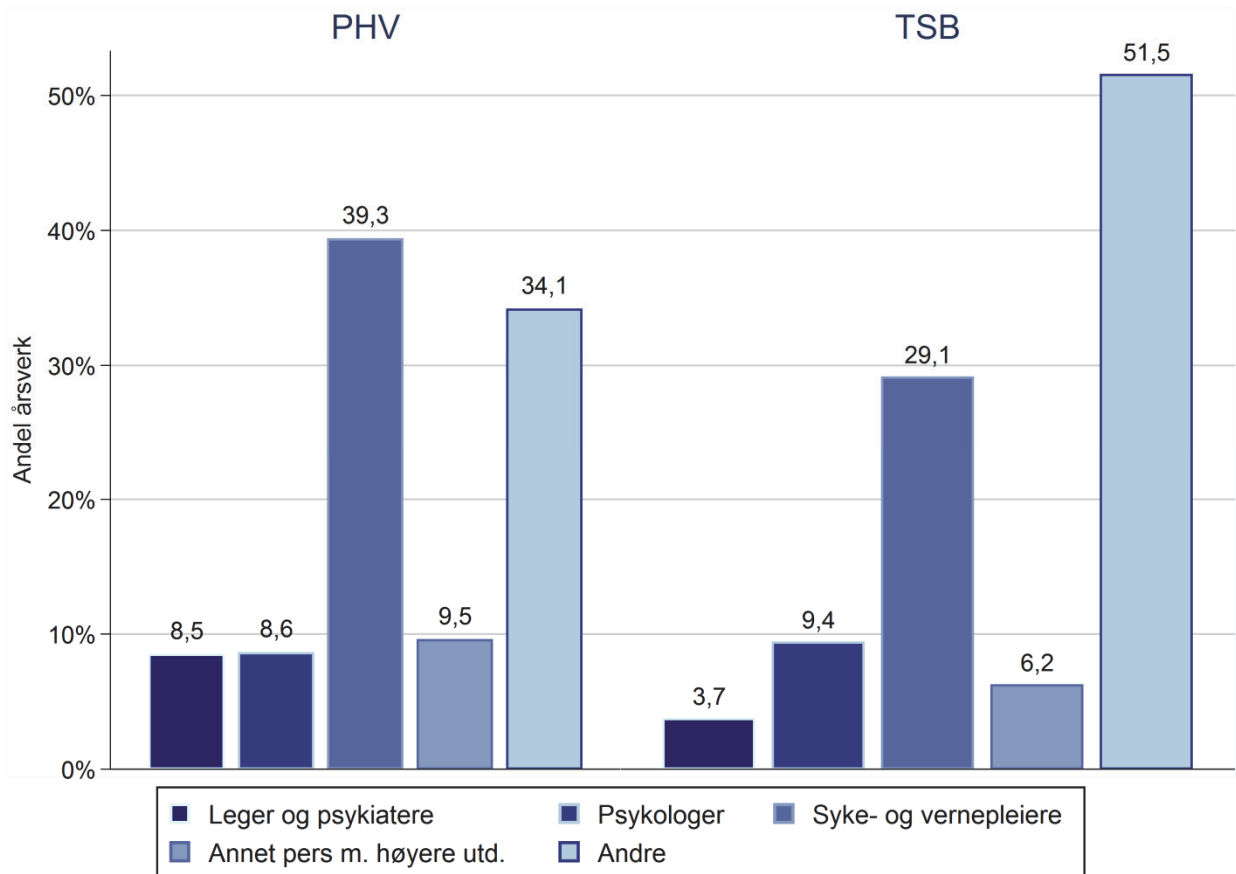
Helseforetak	PHV	TSB
Sykehuset Østfold HF	4,4	0,8
Akershus universitetssykehus HF	4,7	0,4
Oslo universitetssykehus HF	3,2	0,6
Sykehuset Innlandet HF	6,1	1,0
Vestre Viken HF	4,3	0,7
Psykiatrien i Vestfold HF	4,1	1,0
Sykehuset i Telemark HF	5,5	0,4
Sørlandet sykehus HF	4,9	1,1
Helse Stavanger HF	4,0	0,8
Helse Fonna HF	5,2	1,0
Helse Bergen HF	3,8	1,2
Helse Førde HF	4,5	0,7
Helse Møre og Romsdal / St. Olav	5,0	1,2
Helse Nord-Trøndelag HF	5,4	0,3
Helgelandssykehuset HF	2,4	0,4
Nordlandssykehuset HF	7,6	0,1
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	6,8	2,0
Helse Finnmark HF	4,6	0,4



Figur 10.16. Geografisk fordeling av årsverksinnsats per helseforetak for PHA og TSB

Figur 10.18 viser årsverksinnsatsen per 1000 innbyggere for hvert helseforetak. Siden Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF behandles sammen skiller heller ikke kartene mellom disse. Som

kartene illustrerer er det en del helseforetak som skårer lavt/høyt på begge (f.eks Helgelandssykehuset HF og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF), mens andre skifter fra den ene enden av skalaen til den andre (f.eks Helse Bergen HF eller Nordlandssykehuset HF). Innen PHA ser vi ingen klar regional trend, mens Nord-Trøndelag og Nordland rommer de tre helseforetakene som har den laveste årsverksinnsatsen i forhold til befolkningen.

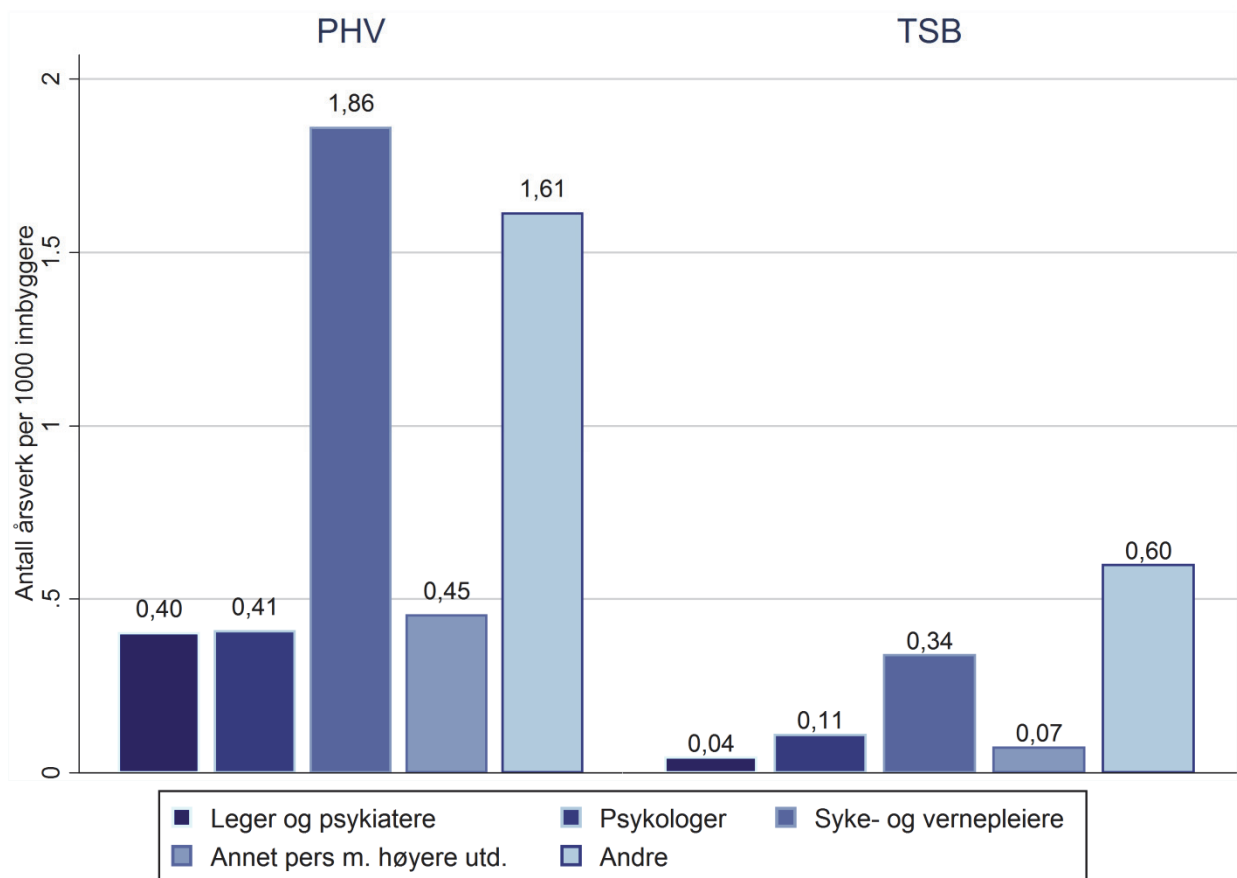


Figur 10.17. Andel årsverk innen sammenlignbare utdanningsgrupper, PHV og TSB

Tabell 10.11. Andel årsverk innen sammenlignbare utdanningsgrupper, PHV og TSB

	Leger og psykiatere	Psykologer	Syke- og vernepleiere	Annet pers. m. høyere utd.	Andre	Sum
PHV	8,5	8,6	39,3	9,6	34,1	100
TSB	3,7	9,4	29,1	6,2	51,5	100

Om vi ser bort fra "andre"-kategorien er syke- og vernepleiere er den klart største av de sammenlignbare yrkeskategoriene innen både PHV og TSB. Innen PHV utgjør "andre"-kategorien kategoriene "annet helsepersonell" og "annet personell", mens den for TSB dekker barnevernspedagoger, sosionomer, annet personell med helse og sosialfaglig bakgrunn fra videregående skole og "annet personell". Sammenlignet med fordelingene innen PHA og KRA er det ikke lenger noen egen kategori for bakgrunn fra videregående skole, mens leger og psykiatere og annet personell med høyere utdanning har egne kategorier. Psykologer, som utgjorde 0,2 prosent av årsverkene innen KRA er den tredje største kategorien innen TSB, etter "andre" og syke- og vernepleiere.



Figur 10.18. Antall årsverk per 1000 innbyggere innen sammenlignbare utdanningsgrupper, PHV og TSB

Fordelingen av antall årsverk per 1000 innbyggere speiler naturlig nok andelen i de ulike utanningsgruppene, men illustrerer samtidig forskjellen i årsverksinnsats mellom PHV og TSB.

Tabell 10.12. Antall årsverk per 1000 innbyggere innen sammenlignbare utdanningsgrupper, PHV og TSB

	Leger og psykiatere	Psykologer	Syke- og vernepleiere	Annet pers. m. høyere utd.	Andre
PHV	0,40	0,41	1,86	0,45	1,61
TSB	0,04	0,11	0,34	0,07	0,60

10.4 OPPSUMMERING

Totalinntrykket av forholdet mellom årsverksinnsatsen innen psykisk helsearbeid (PHA) og kommunalt rusarbeid (KRA) er at det innen psykisk helsearbeid brukes omtrent tre ganger så mange årsverk per innbygger som det gjøres innen kommunalt rusarbeid. Det er imidlertid betydelige variasjoner: den høyeste årsverksinnsatsen i forhold til innbyggertallet innen PHA finner vi i små kommuner, mens det er kommuner og bydeler med over 50 000 innbyggere som skiller seg ut med den høyeste årsverksinnsatsen per innbygger innen KRA. Her er bydelene i Oslo i en særstilling, med nesten innsats innen KRA som nærmer seg PHA-innsatsen (hhv. 1,3 og 1,6 årsverk per 1000 innbyggere). Dette skyldes kombinasjonen av at Oslo er det fylket med den høyeste årsverksinnsatsen per innbygger innen KRA, og samtidig den laveste innen PHA.

Mellom de regionale helseforetakene er det Helse Midt-Norge som har den høyeste årsverksinnsatsen per 1000 innbyggere innen PHA, mens Helse Nord rapporterer den største innsatsen innen KRA. Sammenlignet med PHA er det mindre tydelige forskjeller mellom helseforetakene innen KRA. Fylkesvis har Telemark og Sogn og Fjordane den høyeste innsatsen per innbygger innen PHA med hhv. 3,4 og 3,3 årsverk per 1000 innbyggere.

Blant de tjenestene innen PHA og KRA som vurderes som sammenlignbare er det boligjenester som tar den største delen av årsverkene innen begge områdene, med hhv. 34 og 28 prosent. Tjenester til barn og unge rangerer på andreplass, med hhv. 22 og 14 prosent. Når det gjelder utdanning er nivået jevnt over høyere innen KRA: de to største gruppene innen PHA er personell med utdanning kun fra videregående skole og helse og sosialfag fra høgskole uten videreutdanning (hhv. 28 og 26 prosent). Innen KRA er de to største gruppene helse og sosialfag fra høgskole, henholdsvis uten og med videreutdanning (40 og 24 prosent).

Årsverksinnsatsen for barn og unge i forhold til innbyggertallet²⁷ er jevnt over noe lavere for barn og unge enn for voksne. I gjennomsnitt rapporterer fylkene at årsverksinnsatsen per innbygger for unge utgjør 77 prosent av innsatsen for voksne innen PHA og 67 prosent innen KRA. Buskerud er det eneste fylket som har større PHA-innsats for barn og unge enn voksne, med 3,3 årsverk per 1000 innbyggere for barn og unge og 3,1 for voksne. Sogn og Fjordane utgjør det motsatte ytterpunktet med 2 årsverk for barn og unge mot 4,3 for voksne. Innen KRA er Hedmark det eneste fylket med større innsats for unge – 1 mot 0,9 årsverk per 1000 innbyggere. Her er det Sør-Trøndelag som utgjør det motsatte ytterpunktet, med 0,4 årsverk per 1000 innbyggere for barn og unge og 1,3 for voksne.

I tillegg til psykisk helsearbeid og kommunalt rusarbeid har vi presentert tall for årsverksinnsats innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Også her er årsverksinnsatsen høyere innen psykisk helse, totalt sett nesten fire ganger mer, med en total innsats innen PHV på 4,7 årsverk per 1000 innbyggere, mot 1,2 årsverk innen TSB. Også her er det betydelig heterogenitet, fra 7,6 PHV-årsverk per 1000 innbyggere innen Nordlandssykehusets opptaksområde til 2,4 i Helgelandssykehusets område. For KRA rapporterer Nordlandssykehuset den laveste årsverksinnsatsen med 0,1 årsverk per 1000 innbyggere, mens Universitetssykehuset i Nord-Norge rapporterer 2 årsverk per 1000 innbyggere.

²⁷ Vi minner om at innbyggertallet er beregnet ut fra målgruppene til de ulike ordningene, så dette avviket skyldes ikke at det er færre barn og unge enn voksne i befolkningen.

Innen oppgaver som er sammenlignbare for PHV og TSB er det syke- og vernepleierne som utfører de største andelene av årsverksinnsatsen, med hhv. 39 og 29 prosent. Begge områdene har i tillegg betydelige andeler "annet personell" som er vanskelige å sammenligne direkte – for TSB utgjør dette over 50 prosent av årsverkene. De tre andre gruppene – leger og psykiatere, psykologer og annet personell med relevant høyere utdanning – utgjør mellom 8,5 og 9,5 prosent av totalinnsatsen innen PHV og fra 3,7 til 9,4 prosent innen TSB.

REFERANSER

Andersson, H.W. og Tingvold, L. (2005) Hvordan fungerer fastlegen for barn og unge med psykiske problemer? SINTEF Helse, rapport STF78 A055019.

Andersson, H.W. og Ådnanes, M. (2006) Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter. SINTEF Helse, rapport A205.

Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R., & Jane-Llopis, E. (2009). Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes. Luxembourg: European Communities.

Dagens Medisin (2009): Opptappingsplanen ga nedtur. Dagens medisin 12.06.2009. www.dagensmedisin.no/nyheter/opptappingsplanen-ga-nedtur/

Gabrielsen B, Otnes B, Sundby B & P Strand (2010): Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2009. SSB-rapport 50/2010.

Gjertsen, A. (2007): Åpenhet og helhet ti år etter. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44, nr. 6, 2007, side 755-760.

Hegelstad, Wenche ten Velden; Tor K. Larsen; Bjørn Auestad; Julie Evensen; Ulrik Haahr; Inge Joa; Jan O. Johannesen; Johannes Langeveld; Ingrid Melle; Stein Opjordsmoen; Jan Ivar Rossberg; Bjørn Rishovd Rund; Erik Simonsen; Kjetil Sundet; Per Vaglum; Svein Friis; Thomas McGlashan (2012): "Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome", *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 169, No. 4

Helsedirektoratet (2005): ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Helsedirektoratet (2011a): Definisjonsvedlegg for pasientdata fra institusjoner i det psykiske helsevernet for voksne. Helsedirektoratet, Oslo. www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Documents/Definisjoner%20og%20grunnlagsdata%202011/Definisjonsvedlegg%20pasientdata%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne.pdf

Helsedirektoratet (2011b): Definisjonsvedlegg for pasientdata psykiske helsevern for barn og unge. Helsedirektoratet, Oslo. www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Documents/Definisjoner%20og%20grunnlagsdata%202011/Definisjonsvedlegg%20pasientdata%20psykisk%20helsevern%20barn%20og%20unge.pdf

Helsedirektoratet (2011c): SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2011 – Vedlegg tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helsedirektoratet, Oslo. www.helsedirektoratet.no/tall-analyse/samdata/datagrunnlag/Documents/Definisjoner%20og%20grunnlagsdata%202011/Definisjonsvedlegg%20aktivitetsdata%20TSB.pdf

HOD (2010a): Forslag til ny folkehelselov. Samhandlingsreformen. Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

HOD (2010b): Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Samhandlingsreformen. Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

Kalseth J & Eikemo T A (2008): Holdninger til virkemiddelbruken i Opptappingsplanen for psykisk helse - resultater fra en spørreundersøkelse blant rådmenn/administrasjonssjefer i kommunene i 2008. SINTEF-rapport A8276.

Kalseth J, Pettersen I & Kalseth B (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptappingsplanperioden. SINTEF-rapport A8823.

Kaspersen, S.L. og Ose, S.O. (2010): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av statlig øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. SINTEF-rapport A14135. Trondheim.

Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Hatling, T. (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2007. SINTEF-rapport A8811.

Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Kalseth, J. (2009): Sammenstilling av personellinnsats: Det psykiske helsearbeidet i kommunen og det psykiske helsevernet 2007. I Pedersen, P.B. (2009), SAMDATA sektorrappport for det psykiske helsevernet 2008 2/09. SINTEF-rapport A12373.

Kunnskapssenteret (2010): Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Notat. Oktober 2010. Oslo.

Langørgen A, Galloway T A & R Aaberge (2006): Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2003. SSB-rapport 2006/8.

Legeforeningen (2004): Statusrapport: Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Den norske legeforening, 2004. Oslo.

Lilleeng S, Ose S O, Bremnes R, Pedersen P B & T Hatling (2009a): Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007. SINTEF-Rapport A9712.

Lilleeng S, Ose S O, Hjort H, Bremnes R, Pettersen I & J Kalseth (2009b): Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008. SINTEF-Rapport A11408.

Major E F, Dalgard O S, Mathisen K S, Nord E, Ose S O, Rognerud M & Aarø L E (2011): Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Nasjonalt folkehelseinstitutt Rapport 2011:1.

McDaid, D. og Thornicroft, G. (2005): Policy brief. Mental Health II. Balancing institutional and community-based care. World Health Organization 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Myrvold T og Helgesen MK (2009): Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning. NIBR-rapport 2009:4. Oslo.

Norges forskningsråd (2009): Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Divisjon for vitenskap, Norges forskningsråd 2009. Oslo.

Nossen JP (2007): Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport 4, 2007. Arbeid- og velferdsdirektoratet, Statistikk og utredning.

Ose S O (2007): Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. SINTEF-rapport A1254.

Ose S O (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008: Nasjonale tall, kvalitet og kontrollarbeid av Rapporteringsskjema 2. SINTEF Helse Notat 1_2009.

Ose S O, Kaspersen S L, Pettersen I og Kalseth J (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A11269.

- Ose, S.O., Kaspersen, S.L., Lilleeng, S. og Kalseth, J. (2009): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2008. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A14167.
- Ose, S.O., Kaspersen, S.L. og Kalseth, J. (2010): Sammenstilling av personellinnsats: Psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern 2007-2009. Et grunnlag for samhandling. SINTEF-rapport A17027.
- Ose S O, Haus-Reve, S. og Kaspersen, S. (2011): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2009: Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. SINTEF-rapport A17039.
- Ose, S O. og Kalseth, J. (2004): Opptrappingsplanen for psykisk helse: Analyser av rapporteringen på bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. SINTEF-rapport STF78 A045028
- Prop. 124 S (2009-2010): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2010. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Prop. 1 S (2010-2011): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2011. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Prop. 1 S (2011-2012): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) fra Helse- og omsorgsdepartementet. For budsjettåret 2012.
- Rattsø J (1989): Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway, Environment and planning C: Government and policy, 1989, volume 7.
- Rundskriv IS-24/2010: Psykisk helsearbeid i kommunene – rapportering for 2010. Helsedirektoratet.
- St. meld. nr. 25 (1996-1997): Åpenhet og helhet. Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- St. prp. nr. 1 (2000-2001): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjetterminen 2002. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- St. prp. nr. 1 (2003-2004): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjetterminen 2004. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- St.prp. nr. 63 (1997-98): Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
- Steihaug, S. og Loeb, M. (2007) De ressurskrevende brukerne innen psykisk helsearbeid - samhandling og organisering. SINTEF Helse, Rapport A1367
- Tjerbo, T., Zeiner, Helgense, M. (2012): Kommunalt psykisk helsearbeid. NIBR-rapport 2012:4.
- World Health Organization (WHO) (2001): The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization 2001. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (2009): Improving Health Systems and Services for Mental Health. World Health Organization 2009. Geneva, Switzerland.
- Ørstavik, S. (2008): Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 5, Nr. 2 2008. Universitetsforlaget.

Ådnanes, Mariann, Silje L. Kaspersen, Tonje L. Husum og Solveig Osborg Ose (2013): Effektvurdering av Helsedirektoratets modellforsøk og tilskudd til psykologer i kommunen. SINTEF-rapport A23869. Trondheim

Ådnanes, M. og Halsteinli, V. (2009): Improving child and adolescent mental health services in Norway: Policy and results 1999-2008. Eurohealth, Volume 15 nr. 1 2009. London School of Economics and Political Science. London.

Ådnanes, M. og Sitter, M. (2007): Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. Nås Opptappingsplanens mål innen 2008? SINTEF-rapport A851. Trondheim.

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

Ådnanes, M., Hatling, T., og Grut, L. (2005) Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse, Rapport STF78 A055023

VEDLEGG 1: GRUNNLAGSDATA 2011

Kommune- nummer	Navn	Årsverk totalt	Årsverk i tjenester for voksne	Årsverk i tjenester til barn og unge	Årsverk totalt per 10 000 innbyggere	Årsverk i tjenester til barn og unge per 10 000 innbyggere	Årsverk i tjenester for voksne per 10 000 innbyggere
101	Halden	61.05	19.4	41.65	21	31	18
104	Moss	101.5	11.3	90.2	33	17	37
105	Sarpsborg	119.1	32.6	86.5	22	28	21
106	Fredrikstad	139.75	49.35	90.4	18	30	15
111	Hvaler	6.9	1.5	5.4	16	19	16
118	Aremark	5	1	4	35	31	36
119	Marker	7.9	2.1	5.8	22	29	21
121	Rømskog	1.1	0.4	0.7	16	28	13
122	Trøgstad	9.1	2.9	6.2	17	26	15
123	Spydeberg	9.9	2.1	7.8	19	17	19
124	Askim	76.8	26.9	49.9	51	80	43
125	Eidsberg	21.77	5.2	16.57	20	21	19
127	Skiptvet	12.3	3.5	8.8	34	39	32
128	Rakkestad	14.8	7.5	7.3	19	44	12
135	Råde	14.5	0.5	14	21	3	26
136	Rygge	27.1	2.1	25	18	6	22
137	Våler i Østfold	9.1	2.8	6.3	19	24	18
138	Hobøl	8.9	2.6	6.3	18	23	17
211	Vestby	21.2	3	18.2	14	8	16
213	Ski	46.4	17.3	29.1	16	24	13
214	Ås	37.78	9.3	28.48	22	23	22
215	Frogn	26.2	12.2	14	17	34	12
216	Nesodden	18	3.5	14.5	10	8	11
217	Oppegård	52.3	14.3	38	20	23	20
219	Bærum	333.4	46.4	287	29	17	33
220	Asker	113.9	11.2	102.7	20	8	24
221	Aurskog-Høland	14.48	2.8	11.68	10	9	10
226	Sørum	25.85	5.6	20.25	16	14	17
227	Fet	19.5	3.8	15.7	18	15	19
228	Rælingen	8.8	2.2	6.6	5	6	5
229	Enebakk	14.3	6	8.3	14	22	11
230	Lørenskog	64.3	29.3	35	19	37	14
231	Skedsmo	59.96	26	33.96	12	23	9
233	Nittedal	51	15.1	35.9	24	27	23
234	Gjerdrum	6.3	1.8	4.5	10	11	10
235	Ullensaker	31	6	25	10	8	11
236	Nes	31.2	5.5	25.7	16	13	17
237	Eidsvoll	25.9	4.9	21	12	10	13
238	Nannestad	14.4	5.4	9	13	19	11

239	Hurdal	2.88	0.2	2.68	11	4	13
301	Gamle Oslo	118.2	28.8	89.4	26	36	24
301	Grünerløkka	113.5	14.5	99	23	21	23
301	Sagene	108.4	12	96.4	30	24	31
301	St. Hanshaugen	32.5	8.3	24.2	9	20	8
301	Frogner	51.9	14.3	37.6	10	24	8
301	Ullern	22.5	6.7	15.8	7	10	6
301	Vestre Aker	58.5	20.7	37.8	13	19	11
301	Nordre Aker	35	4.5	30.5	7	4	8
301	Bjerke	52.4	9.5	42.9	18	13	19
301	Grorud	44.16	19.56	24.6	16	31	12
301	Stovner	57.3	11.6	45.7	19	15	20
301	Alna	73.05	18	55.05	15	16	15
301	Østensjø	61.6	11.3	50.3	13	10	14
301	Nordstrand	50.4	8.5	41.9	10	8	11
301	Søndre Nordstrand	42.3	6.5	35.8	12	6	13
301	Uoppgitt og marka	50.2	4.5	45.7			
301	Totalt Oslo	971.9	199.3	772.7	16	16	16
402	Kongsvinger	33.7	11.9	21.8	19	34	16
403	Hamar	113.7	29.6	84.1	39	52	36
412	Ringsaker	64.5	24.4	40.1	19	33	15
415	Løten	10.1	3.45	6.65	14	23	11
417	Stange	64.4	11.4	53	34	28	35
418	Nord-Odal	10.5	1.7	8.8	20	17	21
419	Sør-Odal	13.3	1	12.3	17	6	20
420	Eidskog	9	3	6	14	24	12
423	Grue	20.68	2	18.68	41	22	46
425	Åsnes	20.2	3.7	16.5	27	28	26
426	Våler	6.8	1.2	5.6	18	18	18
427	Elverum	72.3	14.7	57.6	36	34	36
428	Trysil	9.95	1.15	8.8	15	9	16
429	Åmot	5.8	1	4.8	13	11	14
430	Stor-Elvdal	8.8	2.6	6.2	33	56	28
432	Rendalen	15.7	1.8	13.9	80	51	86
434	Engerdal	3.4	1.5	1.9	24	57	17
436	Tolga	2.7	0.8	1.9	16	21	15
437	Tynset	21.9	1.7	20.2	39	13	47
438	Alvdal	9.1	4.6	4.5	37	82	24
439	Folldal	3.4	0.8	2.6	21	24	20
441	Os	2.9	1.3	1.6	14	29	10
501	Lillehammer	76.5	19.2	57.3	29	35	27
502	Gjøvik	73.12	16.87	56.25	25	28	24
511	Dovre	7.1	1.6	5.5	26	30	25
512	Lesja	4.4	1.4	3	20	29	17
513	Skjåk	5.6	1.4	4.2	24	30	23
514	Lom	6.5	0.6	5.9	27	13	31
515	Vågå	32.9	3.1	29.8	88	40	100
516	Nord-Fron	7.5	2.3	5.2	13	20	11

517	Sel	14.7	2.8	11.9	25	23	25
519	Sør-Fron	20.1	7.2	12.9	63	109	51
520	Ringeby	13.9	3.4	10.5	30	37	29
521	Øyer	17.3	4.5	12.8	34	42	32
522	Gausdal	18.3	4.1	14.2	30	32	29
528	Østre Toten	43	6	37	29	20	32
529	Vestre Toten	44.5	10	34.5	34	38	34
532	Jevnaker	11.6	1.9	9.7	18	13	19
533	Lunner	24.4	4.7	19.7	28	24	29
534	Gran	38	17	21	28	59	20
536	Søndre Land	23.7	2.1	21.6	41	18	47
538	Nordre Land	11.6	4.7	6.9	17	35	13
540	Sør-Aurdal	7.7	2.2	5.5	24	33	22
541	Etnedal	6.9	1	5.9	49	36	52
542	Nord-Aurdal	10.2	3.1	7.1	16	24	14
543	Vestre Slidre kommune	5.2	1.6	3.6	23	36	20
544	Øystre Slidre	14.3	1.4	12.9	45	22	51
545	Vang	3.1	0.5	2.6	19	16	20
602	Drammen	161.8	49.4	112.4	25	36	22
604	Kongsberg	45.9	13.9	32	18	25	16
605	Ringerike	92.6	13.5	79.1	32	23	34
612	Hole	18.1	7.3	10.8	29	51	22
615	Flå	5.1	1.5	3.6	49	73	43
616	Nes	9.4	0.8	8.6	27	12	31
617	Gol	8.9	1	7.9	19	10	22
618	Hemsedal	10.6	5.2	5.4	48	97	32
619	Ål	11.5	2.2	9.3	24	21	25
620	Hol	16.27	6	10.27	37	72	28
621	Sigdal	14	1.8	12.2	40	24	44
622	Krødsherad	8.05	1.6	6.45	37	40	36
623	Modum	48.6	25.48	23.12	37	96	22
624	Øvre Eiker	38.6	19.1	19.5	22	49	14
625	Nedre Eiker	37.7	11.3	26.4	16	20	15
626	Lier	44.87	9.9	34.97	19	17	19
627	Røyken	29.4	5.7	23.7	15	12	16
628	Hurum	27.2	9.1	18.1	30	44	25
631	Flesberg	11.8	2.9	8.9	45	49	43
632	Rollag	3.7	1	2.7	27	37	24
633	Nore og Uvdal	4.4	1.4	3	17	27	15
701	Horten	44.7	14	30.7	17	24	15
702	Holmestrand	22.9	2.8	20.1	22	13	25
704	Tønsberg	98.4	16.7	81.7	24	19	26
706	Sandefjord	90.7	6.8	83.9	21	7	24
709	Larvik	81.6	20	61.6	19	22	18
711	Svelvik	8.3	1.5	6.8	13	11	13
713	Sande	19.1	5.6	13.5	22	27	21
714	Hof	4	1.8	2.2	13	25	9
716	Re	26.1	6.1	20	29	28	30
719	Andebu	7.5	2.1	5.4	14	17	13

720	Stokke	18.3	2.2	16.1	16	9	19
722	Nøtterøy	99.6	65	34.6	47	138	21
723	Tjøme	16.8	4.3	12.5	35	44	33
728	Lardal	6	1.9	4.1	25	38	21
805	Porsgrunn	78.6	10.1	68.5	22	14	25
806	Skien	233.7	40.5	193.2	45	36	47
807	Notodden	33	5.5	27.5	26	22	28
811	Siljan	14.1	3.4	10.7	58	60	57
814	Bamble	36.4	7.6	28.8	26	25	26
815	Kragerø	53.8	9	44.8	50	42	52
817	Drangedal	8.7	0.8	7.9	21	9	24
819	Nome	21.8	1.7	20.1	33	13	38
821	Bø kommune	13.9	2	11.9	24	16	26
822	Sauherad	8.6	0.8	7.8	20	9	23
826	Tinn	28.2	2.6	25.6	47	22	54
827	Hjartdal	3.6	0.9	2.7	22	28	21
828	Seljord	5.7	0.5	5.2	19	8	22
829	Kviteseid	5.2	1.1	4.1	21	23	20
830	Nissedal	24.45	7.35	17.1	171	243	152
831	Fyresdal	4.3	0.7	3.6	32	24	35
833	Tokke	5.7	1.9	3.8	25	40	21
834	Vinje	6.1	1.3	4.8	16	17	16
901	Risør	18.6	5.5	13.1	27	39	24
904	Grimstad	38.4	10.2	28.2	18	19	18
906	Arendal	100.3	12.9	87.4	23	14	26
911	Gjerstad	9.1	3.9	5.2	37	72	27
912	Vegårshei	7.4	1.8	5.6	38	37	39
914	Tvedestrand	12.54	4.5	8.04	21	35	17
919	Froland	10.7	2.3	8.4	20	17	21
926	Lillesand	10.2	3.2	7	10	13	9
928	Birkenes	9.6	2.8	6.8	20	22	19
929	Åmli	3.4	0.8	2.6	19	20	18
935	Iveland	1.9	0.6	1.3	15	18	13
937	Evje og Hornnes	8.9	3.5	5.4	25	42	20
938	Bygland	2.6	0.6	2	21	24	21
940	Valle	3.3	1.1	2.2	26	39	22
941	Bykle	2.1	0.5	1.6	22	23	21
1001	Kristiansand	239.2	46.2	193	29	24	30
1002	Mandal	27.8	8.2	19.6	18	22	17
1003	Farsund	29.5	7	22.5	31	31	31
1004	Flekkefjord	22.2	5.6	16.6	25	28	24
1014	Vennesla	26.9	7.2	19.7	20	21	19
1017	Songdalen	11.6	4.4	7.2	19	28	16
1018	Søgne	20.7	4.6	16.1	19	16	20
1021	Marnardal	4.9	2	2.9	21	34	17
1026	Åseral	4.55	0.6	3.95	50	24	59
1027	Audnedal	5.6	1.2	4.4	33	27	35
1029	Lindesnes	8	1.3	6.7	17	11	19
1032	Lyngdal	17.2	2.2	15	22	10	26
1034	Hægebostad	4.95	0.8	4.15	30	19	33

1037	Kvinesdal	21	1.5	19.5	36	11	44
1046	Sirdal	4.2	0.7	3.5	23	16	25
1101	Eigersund	47.9	11.7	36.2	33	33	33
1102	Sandnes	209.4	23.2	186.2	31	13	37
1103	Stavanger	223.8	46.4	177.4	18	16	18
1106	Haugesund	55.8	11.5	44.3	16	15	16
1111	Sokndal	5.1	1	4.1	16	13	16
1112	Lund	11.5	1.1	10.4	36	13	44
1114	Bjerkreim	4.9	1	3.9	18	14	19
1119	Hå	45.9	8.8	37.1	27	18	30
1120	Klepp	29.6	6.7	22.9	17	14	18
1121	Time	46.1	5.5	40.6	27	12	33
1122	Gjesdal	20.9	3.3	17.6	19	11	23
1124	Sola	45.5	7.1	38.4	19	11	22
1127	Randaberg	36.5	12.7	23.8	36	45	32
1129	Forsand	2.7	0.3	2.4	23	9	28
1130	Strand	29.7	2.6	27.1	26	9	32
1133	Hjelmeland	6.1	1.3	4.8	22	19	23
1134	Suldal	10.6	1.3	9.3	28	14	32
1135	Sauda	14.9	2	12.9	31	20	34
1141	Finnøy	7.9	1.4	6.5	27	20	29
1142	Rennesøy	8.8	1.3	7.5	20	10	24
1144	Kvitsøy	0.5	0.2	0.3	10	17	7
1145	Bokn	2.4	0.7	1.7	28	32	27
1146	Tysvær	48.4	4.8	43.6	47	17	58
1149	Karmøy	72.4	10.9	61.5	18	11	20
1151	Utsira	0.6	0.3	0.3	28	65	17
1160	Vindafjord	36.9	6.2	30.7	44	29	49
1201	Bergen	465.9	64.9	401	18	11	19
1211	Etne	9.5	1.7	7.8	24	18	26
1216	Sveio	11.2	1.6	9.6	21	12	25
1219	Bømlo	26.3	5.1	21.2	23	17	25
1221	Stord	25.9	3.3	22.6	14	7	17
1222	Fitjar	16.4	0.5	15.9	56	6	73
1223	Tysnes	6.5	2.2	4.3	23	39	19
1224	Kvinnherad	41.6	11	30.6	31	34	30
1227	Jondal	3.4	1	2.4	32	46	29
1228	Odda	19.3	11.4	7.9	28	83	14
1231	Ullensvang	10.3	1.6	8.7	30	22	32
1232	Eidfjord	2.6	0.5	2.1	27	26	27
1233	Ulvik	6.5	3.1	3.4	58	136	38
1234	Granvin	1.1	0.6	0.5	12	34	7
1235	Voss	34.4	7.9	26.5	25	26	24
1238	Kvam	19.55	4.4	15.15	23	24	23
1241	Fusa	6.9	1.2	5.7	18	13	20
1242	Samnanger	3.3	0.8	2.5	14	15	13
1243	Os	24	1	23	14	2	18
1244	Austevoll	7.2	1.8	5.4	15	15	15
1245	Sund	26.3	7.8	18.5	41	47	39
1246	Fjell	54.4	28.1	26.3	24	44	16

1247	Askøy	125.3	28.8	96.5	48	40	51
1251	Vaksdal	9.5	1.5	8	23	16	25
1252	Modalen	2.7	0.7	2	73	74	72
1253	Osterøy	14.9	4.1	10.8	20	22	19
1256	Meland	13.2	4.8	8.4	19	25	16
1259	Øygarden	7.2	2.1	5.1	16	19	15
1260	Radøy	17.4	3.6	13.8	35	31	36
1263	Lindås	32.2	4	28.2	22	11	26
1264	Austrheim	8.8	1.6	7.2	32	28	33
1265	Fedje	2.4	0.4	2	42	31	45
1266	Masfjorden	10.7	2.6	8.1	64	71	62
1401	Flora	76.8	8.4	68.4	66	29	79
1411	Gulen	8.6	0.4	8.2	37	8	46
1412	Solund	2.7	0.8	1.9	32	49	28
1413	Hyllestad	1.5	0.2	1.3	10	7	11
1416	Høyanger	17.2	1.2	16	41	13	49
1417	Vik i Sogn	7.25	0.9	6.35	26	16	29
1418	Balestrand	5.7	0.8	4.9	43	28	47
1419	Leikanger	2.2	1	1.2	10	19	7
1420	Sogndal	11.2	1	10.2	15	6	18
1421	Aurland	5	0.2	4.8	29	6	35
1422	Lærdal	21.1	1.5	19.6	96	31	114
1424	Årdal	10.4	1.5	8.9	19	14	20
1426	Luster	9.5	3.1	6.4	19	26	17
1428	Askvoll	17.8	2.2	15.6	59	35	65
1429	Fjaler	7.5	2.8	4.7	26	45	21
1430	Gaular	7.9	2.7	5.2	28	39	24
1431	Jølster	14.5	1	13.5	48	13	59
1432	Førde	38.5	5.6	32.9	31	17	36
1433	Naustdal	4.8	1.1	3.7	18	17	18
1438	Bremanger	3	1	2	8	12	7
1439	Vågsøy	12.4	1.9	10.5	20	14	22
1441	Selje	13.5	1.1	12.4	48	17	57
1443	Eid	17	2.7	14.3	29	19	32
1444	Hornindal	0.9	0.3	0.6	7	10	7
1445	Gloppen	13.25	3.35	9.9	23	26	23
1449	Stryn	22.27	2.57	19.7	32	15	37
1502	Molde	58.88	6.65	52.23	23	12	26
1504	Ålesund	111	39	72	25	39	21
1505	Kristiansund	60.6	8.3	52.3	25	16	28
1511	Vanylven	29.1	4.4	24.7	86	64	91
1514	Sande	4	0.5	3.5	15	10	17
1515	Herøy	44.3	10	34.3	51	49	51
1516	Ulstein	30.5	4.6	25.9	39	23	44
1517	Hareid	12.6	2.5	10.1	25	21	26
1519	Volda	34.65	7.7	26.95	40	38	40
1520	Ørsta	16.2	4	12.2	16	17	15
1523	Ørskog	6.2	1.4	4.8	28	29	28
1524	Norddal	5.1	2.5	2.6	29	61	20
1525	Stranda	11.5	0.7	10.8	25	7	30

1526	Stordal	2.3	1.2	1.1	22	47	14
1528	Sykkylven	12.1	3.8	8.3	16	21	14
1529	Skodje	11.1	4.7	6.4	27	43	21
1531	Sula	20.4	3.5	16.9	25	17	27
1532	Giske	16.3	1.7	14.6	22	9	27
1534	Haram	25.3	6.8	18.5	28	33	27
1535	Vestnes	12.9	3.6	9.3	20	25	18
1539	Rauma	12	3	9	16	19	15
1543	Nesset	5.3	0.8	4.5	18	13	19
1545	Midsund	3.9	1.3	2.6	20	26	18
1546	Sandøy	2.75	0.75	2	21	25	20
1547	Aukra	21.4	3.6	17.8	65	46	71
1548	Fræna	54.5	13	41.5	57	58	57
1551	Eide	25.6	8.6	17	74	100	66
1554	Averøy	6	1.5	4.5	11	12	10
1557	Gjemnes	3.2	0.6	2.6	12	11	13
1560	Tingvoll	4.1	1.7	2.4	13	27	10
1563	Sunndal	19.7	3.5	16.2	27	24	28
1566	Surnadal	27.8	7.2	20.6	47	55	44
1567	Rindal	8.6	3.8	4.8	41	79	30
1571	Halsa	4.85	0.8	4.05	30	25	31
1573	Smøla	8.3	1	7.3	38	24	42
1576	Aure	4.5	1	3.5	13	14	12
1601	Trondheim	585.9	111.7	474.2	33	30	34
1612	Hemne	17.1	2.9	14.2	41	30	44
1613	Snillfjord	3.2	0.9	2.3	33	45	30
1617	Hitra	16.7	5.1	11.6	38	57	33
1620	Frøya	16.7	4	12.7	38	43	37
1621	Ørland	31.9	14.6	17.3	62	130	43
1622	Agdenes	11.2	2	9.2	65	57	67
1624	Rissa	15.4	2.9	12.5	24	19	25
1627	Bjugn	11.6	3.1	8.5	25	31	24
1630	Åfjord	22	2.9	19.1	68	43	74
1632	Roan	4.8	0.7	4.1	49	39	51
1633	Osen	1.2	0.2	1	12	10	12
1634	Oppdal	19.8	5.7	14.1	29	38	27
1635	Rennebu	6.8	2.3	4.5	26	43	22
1636	Meldal	12	4.2	7.8	31	53	25
1638	Orkdal	35.6	10	25.6	31	38	29
1640	Røros	9	1.9	7.1	16	16	16
1644	Holtålen	3.1	0.8	2.3	15	21	14
1648	Midtre Gauldal	7.4	1	6.4	12	8	13
1653	Melhus	22.3	4	18.3	14	10	16
1657	Skaun	12.3	4.3	8	18	24	16
1662	Klæbu	12.9	6	6.9	22	35	16
1663	Malvik	30.75	5.9	24.85	24	17	26
1664	Selbu	6.3	1.6	4.7	16	18	15
1665	Tydal	2.6	0.6	2	30	38	28
1702	Steinkjer	94.78	40.14	54.64	44	86	33
1703	Namsos	38.7	10.3	28.4	30	33	29

1711	Meråker	5.1	1.7	3.4	20	33	17
1714	Stjørdal	80.8	16	64.8	37	29	39
1717	Frosta	3.4	1.5	1.9	13	25	9
1718	Leksvik	9.1	3.6	5.5	26	45	20
1719	Levanger	38.2	16.5	21.7	20	37	15
1721	Verdal	20.5	5.7	14.8	14	17	13
1723	Mosvik	2.1	0.8	1.3	26	46	20
1724	Verran	3.7	0.6	3.1	14	12	14
1725	Namdalseid	7.4	0.8	6.6	44	22	50
1729	Inderøy	5.25	1	4.25	9	7	10
1736	Snåsa	8.6	1.3	7.3	40	28	43
1738	Lierne	7.08	1.08	6	50	36	54
1739	Røyrvik	1.3	0.1	1.2	26	10	30
1740	Namsskogan	4.31	0.9	3.41	47	46	47
1742	Grong	6.2	3.2	3	26	62	16
1743	Høylandet	4.1	1	3.1	32	33	32
1744	Overhalla	6.1	1.9	4.2	17	22	15
1748	Fosnes	0.5	0	0.5	7	0	9
1749	Flatanger	3.2	0.1	3.1	28	4	34
1750	Vikna	7.1	0.4	6.7	17	4	21
1751	Nærøy	20.2	1.7	18.5	40	15	47
1755	Leka	1	0.4	0.6	17	43	12
1804	Bodø	127.85	50.5	77.35	26	45	21
1805	Narvik	27.5	3.5	24	15	9	16
1811	Bindal	15.8	0.7	15.1	101	23	120
1812	Sømna	6.9	0.8	6.1	34	18	38
1813	Brønnøy kommune	25.4	10	15.4	33	54	26
1815	Vega	0.9	0.3	0.6	7	11	6
1816	Vevelstad	0.7	0.2	0.5	14	20	12
1818	Herøy	8.9	1	7.9	52	29	58
1820	Alstahaug	13	1	12	18	6	21
1822	Leirfjord	6.46	1.2	5.26	31	29	31
1824	Vefsn	21.5	2	19.5	16	7	19
1825	Grane	3.9	0.7	3.2	27	24	27
1826	Hattfjelldal	6	1	5	41	33	43
1827	Dønna	3.65	0.75	2.9	25	23	26
1828	Nesna	3.3	1	2.3	18	24	16
1832	Hemnes	7.5	1.7	5.8	16	17	16
1833	Rana	43	7	36	17	12	18
1834	Lurøy	7.6	1.7	5.9	39	42	38
1835	Træna	1.8	0.5	1.3	36	41	35
1836	Rødøy	4.5	2	2.5	34	60	25
1837	Meløy	16.9	0	16.9	25	0	33
1838	Gildeskål	3.9	1	2.9	20	26	18
1839	Beiarn	5	0.8	4.2	46	43	46
1840	Saltdal	10.5	3.2	7.3	22	34	19
1841	Fauske	16.2	7	9.2	17	35	12
1845	Sørfold	5.6	1.3	4.3	28	32	27
1848	Steigen	14.3	5.4	8.9	55	106	42

1849	Hamarøy	7	1.7	5.3	39	52	36
1850	Tysfjord	5.75	1	4.75	29	27	30
1851	Lødingen	5.3	0.7	4.6	24	18	26
1852	Tjeldsund	2.1	1.1	1	16	44	10
1853	Evenes	3.3	1.3	2	24	48	18
1854	Ballangen	8.1	0.8	7.3	31	15	35
1856	Røst	1.55	0.4	1.15	26	31	25
1857	Værøy	0.8	0.3	0.5	11	18	9
1859	Flakstad	3.5	0.5	3	25	17	28
1860	Vestvågøy	15.54	4.2	11.34	14	16	14
1865	Vågan kommune	21.3	5.8	15.5	23	29	22
1866	Hadsel	22.7	3	19.7	29	18	31
1867	Bø	8.6	1	7.6	32	20	34
1868	Øksnes	23.9	1.5	22.4	54	15	65
1870	Sortland	17.6	4	13.6	18	17	18
1871	Andøy	33.8	2	31.8	67	19	80
1874	Moskenes	7.6	0.5	7.1	68	24	78
1901	Harstad	121.19	18	103.19	51	35	56
1902	Tromsø	92.8	16	76.8	13	10	14
1911	Kvæfjord	9.9	3	6.9	33	46	29
1913	Skånland	13.5	0.8	12.7	45	14	52
1915	Bjarkøy	0.35	0.05	0.3	8	5	8
1917	Ibestad	4.1	0.4	3.7	29	18	31
1919	Gratangen	3.5	0.4	3.1	31	19	34
1920	Lavangen	7.7	0.5	7.2	76	22	92
1922	Bardu	17.3	1.5	15.8	45	17	53
1923	Salangen	35.9	3.8	32.1	162	74	189
1924	Målselv	29	6.6	22.4	44	45	44
1925	Sørreisa	4	1	3	12	12	12
1926	Dyrøy	7.7	1.6	6.1	65	71	63
1927	Tranøy	0.7	0.05	0.65	5	2	5
1928	Torsken	1.5	0.1	1.4	17	7	19
1929	Berg	4.3	0.8	3.5	48	56	47
1931	Lenvik	30.4	4.8	25.6	27	17	30
1933	Balsfjord	14.65	1.4	13.25	27	12	30
1936	Karlsøy	6.9	1.3	5.6	29	30	29
1938	Lyngen	13.4	0.5	12.9	44	8	54
1939	Storfjord	6.2	1.5	4.7	32	35	32
1940	Kåfjord	12.2	1.2	11	55	28	62
1941	Skjervøy	14.9	3.2	11.7	52	49	53
1942	Nordreisa	20.9	5.5	15.4	43	51	41
1943	Kvænangen	1.95	0.2	1.75	15	8	17
2002	Vardø	3.6	0.2	3.4	17	5	19
2003	Vadsø	13	3.5	9.5	21	25	20
2004	Hammerfest	12.8	1.8	11	13	8	14
2011	Guovdageainnu suohkkan Kautokeino	20.4	3.5	16.9	70	52	75
2012	Alta	38.3	8	30.3	20	16	21

2014	Loppa	2.45	0.2	2.25	23	10	25
2015	Hasvik	3.5	0.9	2.6	35	48	32
2017	Kvalsund	6.5	0.5	6	64	28	72
2018	Måsøy	4.3	1.5	2.8	35	67	27
2019	Nordkapp	20.2	4	16.2	63	59	64
2020	Porsanger	10.5	1	9.5	27	13	30
2021	Karášjohka/ Karasjok	10.2	3.5	6.7	37	55	32
2022	Lebesby	2.6	1	1.6	19	34	15
2023	Gamvik	9.2	2.8	6.4	91	162	77
2024	Berlevåg	7	3.6	3.4	69	188	41
2025	Tana	26.2	2.9	23.3	90	48	101
2027	Nesseby	2.2	0.5	1.7	24	31	23
2028	Båtsfjord	8.6	2	6.6	41	46	40
2030	Sør-Varanger	19.7	3	16.7	20	14	22

VEDLEGG 2: RAPPORTERINGSSKJEMA FOR 2011

Vedlagt følger IS-24/2011 fra Helsedirektoratet.

Psykisk helsearbeid i kommunene
-rapportering for 2011

Heftets tittel: Psykisk helsearbeid i kommunene –rapportering for 2011

Utgitt: Desember 2011

Bestillingsnummer: IS-24/2011

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse og rus
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-24/2011

Forfattere: Kari Aanjesen Dahle
Jan Tvedt

Landets kommuner
Landets fylkesmenn

1. Bakgrunn

Dette rundskrivet omhandler rapporteringsskjemaet "Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid" som kommunene skal rapportere på for 2010. Skjemaet er en videreføring av Helsedirektoratets rundskriv IS-24 for tidligere år. Skjemaet for rapporteringsåret 2011 er endret noe sammenliknet med 2010. Det er stilt flere åpne spørsmål, der kommunene, i større grad enn tidligere år, gis rom til å beskrive tjenestene i psykisk helsearbeid. Dataene som innhentes i de åpne spørsmålene vil bli analysert etter kvalitative metodeprinsipper, og vil bidra til å belyse resultater fra de kvantitative dataene.

Gjennom de øremerkede midlene som landets kommuner har blitt tildelt også før Opptappingsplanen er fagfeltet styrket med nær 7 000 nye årsverk. En betydelig del, av kommunenes aktivitet på psykisk helsefeltet i opptappingsperioden, ble finansiert av kommunenes øvrige midler. Den totale årsverksinnsatsen innenfor kommunalt psykisk helsearbeid, uavhengig av om dette er finansiert av øremerkede midler eller kommunenes øvrige midler, var 12 121 årsverk ved utløpet av 2010.

For å følge utviklingen ble kommunene bedt om å rapportere sin innsats overfor mennesker med psykiske lidelser og problemer. For helsemyndighetene er det sentrale siktemålet med rapporteringen å følge med på at tjenestetilbudet som har blitt bygget opp i kommunene sikres høy prioritet og ikke bygges ned. En annen viktig målsetting med rapporteringen er at kommunene gis et verktøy for å følge utviklingen og synliggjøre årsverksinnsatsen i det psykiske helsearbeidet.

2. Rapporteringsskjemaets innhold

Kommunalt psykisk helsearbeid utføres innen mange områder i kommunene, det kan

være innen egne enheter eller avdelinger der også eksempelvis allmennlegetjenesten

og annen helsetjeneste, sosiale tjenester og skole deltar. Rapporteringsskjemaet som kommunene skal fylle ut omfatter ikke alle tjenester hvor det utføres psykisk helsearbeid. Et sentralt eksempel på et område som ikke omfattes av rapporteringen er legetjenestene. For å begrense kommunenes rapporteringsmengde

vil nødvendig informasjon om eksempelvis legetjenestene hentes inn fra KOSTRA og HELFO. En nærmere beskrivelse av hvilke tjenester det skal rapporteres for fremgår av det enkelte spørsmål i rapporteringsskjemaet.

Det elektroniske skjemaet inneholder fire deler som i Excel-filen ligger på hvert sitt ark:

- "Informasjon" er en kort beskrivelse av rapporteringen. Her skal kommunenavn og kommunenummer oppgis, samt kontaktperson i kommunen. Det skal også opplyses om rådmann eller administrasjonssjef har godkjent rapporteringen.
- "Spørreskjema" – her skal kommunen fylle ut opplysninger om bl.a. årsverksinnsats fordelt på ulike tjenester til voksne og barn/unge, og

- årsverksinnsats fordelt etter utdanning.
- "Hjelp!" beskriver hvem som kan kontaktes ved faglige eller tekniske spørsmål til rapporteringsskjemaet.
 - "Kopigrunnlag – ikke fyll ut" – dette er kopi av tallene til videre bruk. Det skal ikke fylles ut. Tallene flyttes hit fra spørreskjemaet automatisk.

3. Elektronisk rapportering

Rapporteringsskjemaet er tilrettelagt for elektronisk rapportering fra den enkelte kommune til fylkesmannen. Elektronisk versjon formidles av fylkesmannen til den enkelte kommune. Fylkesmannens elektroniske innrapportering til Helsedirektoratet opprettholdes som tidligere. Det bes om at det utfylte skjemaet returneres til fylkesmannen som vedlegg til e-post. Dersom dette ikke er mulig kan papirskjemaet som følger med dette rundskrivet brukes. Elektronisk versjon av rapporteringsrundskrivet gjøres tilgjengelig på følgende måter:

- Rapporteringsskjemaet sendes som e-post til landets fylkesmenn som videreformidler det til kommunene, herunder kontaktpersonene i psykisk helsearbeid.
- Rapporteringsskjemaet legges også ut på Helsedirektoratets hjemmeside, www.helsedirektoratet.no

4. Utfylling, tidsfrister, og godkjenning av rådmann/administrasjonssjef

Helsedirektoratet ber om at dette rapporteringsrundskrivet formidles til den instans/person som forestår utfyllingen for det psykiske helsearbeidet i kommunen.

Frist for innsending av rapporteringsskjemaet er **15. februar 2011**. Det bes om at skjemaet fylles ut nøyaktig og at tidsfristen overholdes. Utfylt skjema skal være klarert av rådmann/administrasjonssjef. Det merkes av for dette på anvist sted i rapporteringsskjemaet.

Utfylt rapporteringsskjema sendes fylkesmannen, fortrinnsvis elektronisk.

Med vennlig hilsen

Bente Moe
fungerende divisjonsdirektør

Anette Mjelde
avdelingsdirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Vedlegg:

Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid – rapportering 2011

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet

Kommunal- og regionaldepartementet

Statens helsetilsyn

KS

Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid, rapportering 2011

Opplysninger om kommunen og ansvarlig for rapporteringen			
Kommunenr	Kommunens navn		
Bydelsnr	Bydelsnavn		
Ansvarlig for innholdet i skjemaet	E-postadresse skjemaansvarlig	Telefon	Klarert med rådmann / adm. sjef
<p>Dette skjemaet er en videreføring av Helsedirektoratets rundskriv IS-24 for tidligere år. Skjemaet for rapporteringsåret 2011 er endret noe sammenlignet med 2010. Det er stilt flere åpne spørsmål der kommunene, i større grad enn tidligere år, gis rom til å beskrive tjenestene i psykisk helsearbeid. Dataene som innhentes i de åpne spørsmålene vil bli analysert etter kvalitative metodeprinsipper, og vil kunne bidra til å belyse resultater fra de kvantitative dataene.</p> <p>Psykisk helsearbeid i kommunene er rettet mot mennesker med psykiske vansker og lidelser uavhengig av alder. Hensikten med tiltakene i det psykiske helsearbeidet er å bidra til mestring og bedring for den enkelte, deres familier og nettverk. Tiltakene skal være rettet mot konsekvensene av de psykiske vanskene/lidelsene. Årsverk skal kun telles dersom hovedårsaken til at brukeren mottar tjenesten eller tiltaket er psykiske vansker eller lidelser. Dette er den samme avgrensingen som er brukt tidligere.</p> <p>Det primærforebyggende arbeidet skal ikke inkluderes i rapporteringen. Primærforebygging betegnes også som universelle eller generelle tiltak. Dette er tiltak som rettes mot hele befolkningen eller store grupper i et område med sikte på å forebygge mulige vansker og lidelser før de oppstår.</p> <p>Tiltak og årsverk rettet mot beboere med psykiske vansker/lidelser i institusjon skal ikke telles med. Tjenester til mennesker med demens skal heller ikke inkluderes i rapporteringen.</p> <p>Noen vil ha psykiske vansker i kombinasjon med andre problemer/funksjons-/utviklingshemninger, som rusmiddelmisbruk eller psykisk utviklingshemming. Noen vil ha psykiske vansker på grunn av psykososiale belastninger, økonomiske problemer eller problemer på skole- og arbeidsplass. For disse er det bare tjenester rettet inn mot deres psykiske vansker/lidelser som skal regnes med.</p> <p>Spørsmål til rapporteringen kan rettes til Fylkesmannen ved rådgiver i psykisk helsearbeid.</p>			

Midler til brukermedvirkning

1. Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2011? Vennligst oppgi svaret i 1000 kr

Omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd ol.

Kommentarer til spørsmål 1:

Årsverk fordelt på ulike tjenester til personer med psykiske vansker/lidelser

I spørsmål 2 til 10 skal det oppgis hvor mange årsverk kommunen yter i ulike typer tjenester til hhv. voksne (2 til 7) og barn/unge (8 til 10).

Årsverkene skal deles etter hvem det psykiske helsearbeidet har vært rettet mot: voksne eller barn og unge. For ansatte som arbeider med oppgaver som faller inn under ulike spørsmål i skjemaet, fordeles årsverkene forholdsmessig mellom de ulike oppgavene. Tjenester som ikke er entydig rettet mot psykisk helsearbeid, må skjønsmessig oppgis i henhold til hva som går med til psykisk helsearbeid.

Beregning av årsverk:

Vennligst ta utgangspunkt i en representativ uke, fortrinnsvis uke 50, når årsverk beregnes. Dersom situasjonen i uke 50 ikke var representativ, vennligst velg en annen uke og legg inn merknad om dette i kommentarfeltet. Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte pluss antall deltidsansatte omregnet til heltidsansatte.

Følgende skal tas med:

- Faste ansatte
- Ansatte i engasjementer
- Ekstrahjelper og vikarer (gjelder også personell innleid fra vikarbyrå), hvis over 4 måneders varighet for hver enkelt.

Følgende skal ikke tas med:

- Ansatte i svangerskapspermisjon
- Overtid

Årsverksinnsats tjenester for voksne med psykiske vansker/lidelser

Spørsmål 2 til 7 gjelder antall årsverk som ytes i tjenester for voksne. Årsverk skal fordeles på ulike tjenester. Som voksne regnes personer på 18 år og over. Dersom kommunen har annen aldersavgrensning av tjenester for voksne, vennligst gi melding om dette i kommentarfelt.

Svarene skal oppgis med en desimal.

Legg merke til at svarene på spørsmål 2 til 7 summeres automatisk. Vennligst kontroller summen før du går videre med utfylling av skjemaet.

2. Hvor mange årsverk ytes i boliger med fast tilknyttet personell for personer med psykiske vansker/lidelser? Gjelder årsverk i alle typer boliger med stasjonært personell (dag og/eller natt), som kommunale bofellesskap, kommunale boliger og omsorgsboliger. Årsverk i boliger hvor det *betales husleie* skal telles, ikke institusjoner.

Kommentarer til spørsmål 2:

3. Hvor mange årsverk ytes i forbindelse med hjemmetjenester / ambulante tjenester (med enkeltvedtak) for hjemmeboende personer over 18 år med psykiske vansker/lidelser? Her skal ikke årsverk i boliger rapportert under spørsmål 2 tas med.

Kommentarer til spørsmål 3:

4. Hvor mange årsverk ytes til behandling, rehabilitering, koordinering/faglig ledelse? Her registreres både årsverk i tiltak organisert for grupper og individuelle tiltak overfor personer med psykiske vansker/lidelser. Omfatter også årsverk til støttesamtaler, ansvarsgrupper og veiledning. Oppfølging uten enkeltvedtak skal føres her. Årsverk tatt med under spørsmål 3 skal ikke registreres her.

Kommentarer til spørsmål 4:

5. Hvor mange årsverk ytes i aktivitetssenter og/eller dagsenter for personer med psykiske vansker/lidelser? Gjelder årsverk til aktivitetssentre og/eller dagsenter som en dag i uken eller mer er rettet mot målgruppen. Enkelte sentre kan også være rettet mot andre målgrupper, og da må årsverk til tjenester for personer med psykiske vansker/lidelser anslås.

Kommentarer til spørsmål 5:

6. Hvor mange årsverk ytes til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud rettet mot personer med psykiske vansker/lidelser? Her føres årsverk til andre typer aktiviteter, aktiviseringstiltak, kultur og fritidstilbud, f.eks. miljø- og fritidskontakter, trimtiltak, turgrupper, teater-/konsertdeltakelse, støttegrupper.

Kommentarer til spørsmål 6:

<p>7. Hvor mange årsverk ytes til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak for personer med psykiske vansker/lidelser? Her er det årsverk for kommunalt ansatte som tilrettelegger for kommunale arbeidstiltak som skal oppgis. Ved tiltak i samarbeid med NAV, er det kun årsverk i kommunen som skal tas med, og ikke årsverk utført av NAV.</p> <p>Merk at det er årsverk knyttet til rene arbeidstiltak og arbeidsforberedende aktiviteter, ikke aktivisering, som skal oppgis. Aktivisering skal oppgis i spørsmål 6.</p>	
Kommentarer til spørsmål 7:	
Autosummering årsverk tjenester for voksne	0,0

<p>Årsverksinnsats tjenester for barn og unge med psykiske vansker/lidelser</p>	
<p>Spørsmål 8 til 10 gjelder antall årsverk som ytes i tjenester for barn og ungdom, som skal fordeles på ulike tjenester. Som barn og unge regnes personer i alderen 0-17 år. Årsverk i forbindelse med tiltak til barn av psykisk syke foresatte skal også tas med her.</p> <p>Dersom tjenestene som er spesifisert i spørsmålene har en annen aldersinnretning, f.eks. opp til 23 år, skal de likevel føres i denne delen av skjemaet. Gi i så fall tilleggsopplysninger (hvor mange årsverk som gjelder aldersgruppen 18-23 år) i kommentarfelt.</p> <p>Svarene skal oppgis med en desimal.</p> <p>Legg merke til at svarene på spørsmål 8 til 10 blir summert automatisk. Vennligst kontroller summen før du går videre med utfylling av skjemaet.</p> <p>For detaljer om beregning av årsverk, se innledning til spørsmål 2 til 10.</p>	
<p>8. Hvor mange årsverk ytes i helsestasjons- og skolehelsetjeneste rettet inn mot psykiske vansker/lidelser hos barn og unge? Her skal årsverk til samtaler, behandling, oppfølging og lignende som ut fra arbeidets innhold er å forstå som helsestasjons-/skolehelsetjeneste oppgis. Dersom slike årsverk av praktiske årsaker er fysisk plassert eller blir utført av andre etater (som barnehage, barnevern og oppvekst/kulturetat), skal de likevel regnes med her.</p>	
Kommentarer til spørsmål 8:	
<p>9. Hvor mange årsverk ytes i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid? Her skal årsverk utenfor helsestasjons-/skolehelsetjenesten, som arbeider overfor barn og unge med psykiske vansker/lidelser føres opp. Dette kan være innen egen enhet, PP-tjenesten mm.</p>	
Kommentarer til spørsmål 9:	
<p>10. Hvor mange årsverk ytes innen aktiviteter, kultur og fritidstiltak til barn og ungdom med psykiske vansker eller lidelser? Her føres årsverk som tilrettelegger for deltakelse på arenaer som fritidsklubb, idrettslag mv.</p>	
Kommentarer til spørsmål 10:	
Autosummering årsverk tjenester for barn og unge	0,0

Årsverk fordelt etter utdanning

I spørsmålene 11 til 18 ber vi deg om å fordele årsverkene som er oppgitt i tiltak for hhv. voksne og barn/unge etter hvilken utdanning personellet har. Det er laget samlekategorier som omfatter ulike utdanninger.

Merk at ved fravær utover 4 måneder, hvor det er ansatt vikar, må vikarens utdanning registreres.

Med videreutdanning menes utdanning med minst ett års normert studietid.

Svarene skal oppgis med en desimal.

Legg merke til at svarene på spørsmål 11 til 18 summeres automatisk. Vennligst kontroller summen før du går videre med utfylling av skjemaet.

For detaljer om beregning av årsverk, se innledning til spørsmål 2 til 10.

Hvor mange av årsverkene i hhv. tiltak for voksne og barn/unge utføres av personer med...	Årsverk voksne	Årsverk barn og unge
11. ... helse- og sosialfag fra videregående skole <i>med</i> videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
12. ... helse- og sosialfag fra videregående skole, <i>uten</i> videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
13. ... helse- /sosialfag fra høgskole <i>med</i> videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
14. ... helse- /sosialfag fra høgskole <i>uten</i> videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
15a. ...psykologer?		
15b. ...psykologspesialister?		
16. ...annen høgskole-/universitetsutdanning <i>med</i> videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
17. ... annen høgskole-/universitetsutdanning <i>uten</i> videreutdanning i psykisk helsearbeid?		
18. ...annen utdanning enn spesifisert i spørsmål 11-17, eller personell uten formell utdanning? Spesifiser i kommentarfeltet under eventuelle andre utdanninger som inngår		
Autosummering årsverk	0,0	0,0

Kommentarer til spørsmål 11-18:

Kjøp av tjenester fra private/andre aktører i det psykiske helsearbeidet	
Vi vil gjerne vite mer om kjøp av tjenester fra private og andre aktører i det kommunale psykiske helsearbeidet i Norge. I de følgende spørsmålene ber vi deg oppgi om kommunen kjøper tjenester i psykisk helsearbeid fra private aktører eller andre (for eksempel andre kommuner), og hvilke typer tjenester de private aktørene eller andre bidrar med hos dere.	
19. Har kommunen inngått avtale med én eller flere fastleger om deltakelse i kommunens psykiske helsearbeid? Svar ja eller nei:	
20. Uavhengig av om du svarte ja eller nei på spørsmål 19: beskriv hvordan fastlegene i praksis bidrar i det psykiske helsearbeidet i din kommune. Svar under:	
Svar på spørsmål 20:	
21. Kjøper din kommune tjenester i psykisk helsearbeid fra private eller andre aktører (for eksempel andre kommuner)? Svar ja eller nei:	
22. Hvis ja på spørsmål 21, beskriv hvilke type tjenester som eventuelt kjøpes fra private aktører, og hvilke typer tjenester som eventuelt kjøpes fra andre aktører enn de private? Du kan svare i kommentarfeltet under.	
Svar på spørsmål 22:	

Støttekontaktmottakere med psykiske vansker/lidelser	
Spørsmål 23-27 dreier seg om antall mottakere av støttekontakt og gruppebaserte tilbud. Vennligst ta utgangspunkt i den samme representative uka som i spørsmål om årsverk (spørsmål 2 til 18).	
Som barn og unge regnes personer i alderen 0-17 år. Dersom kommunen definerer barn og unge annerledes, f.eks. opp til 23 år, skal man registrere også disse som barn/unge, men det er svært viktig at en i så fall gir opplysninger i kommentarfeltet om hvilken aldersinndeling som er lagt til grunn.	
23. Hvor mange voksne med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt? Deltakere i gruppebaserte fritidstilbud skal ikke registreres her, kun mottakere av individuell støttekontakt. Hvis kommunen bruker benevnelsene treningskontakt eller fritidskontakt, skal disse også telles her – så lenge tilbudet gis individuelt til den enkelte bruker	
24. Hvor mange barn og unge med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt? Deltakere i gruppebaserte fritidstilbud skal ikke registreres her, kun mottakere av individuell støttekontakt. Hvis kommunen bruker benevnelsene treningskontakt eller fritidskontakt, skal disse også telles her – så lenge tilbudet gis individuelt til den enkelte bruker	

<p>25. Vi ønsker at du beskriver hvordan dere organiserer og driver støttekontakttjenestene for voksne og barn og unge med psykiske lidelser/vansker i din kommune. Kom gjerne med innspill på organisering/tiltak som har fungert spesielt godt hos dere. Beskriv i kommentarfeltet under spørsmål 25</p>	
Svar på spørsmål 25:	
<p>26. Har kommunen organisert gruppebaserte fritidstilbud, hvor personer får tilbud om fritidsaktivitet som følge av at de har psykiske lidelser/vansker? Svar ja eller nei</p>	
<p>27. Hvis ja i spørsmålet over, beskriv i kommentarfeltet under hvordan dere har organisert det gruppebaserte tilbudet. Hvis kommunen har egne gruppebaserte tjenester til hhv. barn/unge og voksne, beskriv gjerne tjenestene hver for seg.</p>	
Svar på spørsmål 27	

Organisering av det psykiske helsearbeidet	
I spørsmål 28 og 29 skal du oppgi hvordan arbeidet med psykisk helse, for hhv. voksne og barn/unge, er organisert i din kommune.	
<p>28. Hvilken organisering har kommunen for arbeid med psykisk helse for voksne? Kryss av for det alternativet som passer (<i>kun ett kryss; X for mest relevant kategori, la de andre være åpne</i>).</p>	
<p><i>Egen enhet/tjeneste</i></p> <p>Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på linje med andre enheter f.eks. pleie og omsorg eller sosiale tjenester. Dette alternativet velges også dersom kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell.</p>	
<p><i>Integrerte tjenester</i></p> <p>Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert egen enhet for psykisk helsearbeid.</p>	
<p><i>Ansvar hos rådmann/helsesjef</i></p> <p>Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid for voksne i stab hos rådmannen eller hos helsesjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.</p>	
<p><i>Annen organisering</i></p> <p>Gjelder for arbeid med psykisk helse for voksne</p>	
<p>29. Hvilken organisering har kommunen for arbeid med psykisk helse for barn og unge? Kryss av for det alternativet som passer (<i>kun ett kryss; X for mest relevant kategori, la de andre være åpne</i>).</p>	
<p><i>Egen enhet/tjeneste</i></p> <p>Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på linje med andre enheter f.eks. pleie og omsorg eller sosiale tjenester. Dette alternativet velges også dersom kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell.</p>	

<p>Integrerte tjenester</p> <p>Psykisk helsearbeid ivaretas av de ansatte innenfor de ulike kommunale tjenestene som innbyggerne med psykiske vansker/lidelser benytter. De enkelte sektorene har et selvstendig ansvar for å drive psykisk helsearbeid. Det er ikke etablert egen enhet for psykisk helsearbeid.</p>	
<p>Ansvar hos rådmann/helsesjef</p> <p>Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid for barn og unge i stab hos rådmannen eller hos helsesjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.</p>	
<p>Annen organisering</p> <p>Gjelder for arbeid med psykisk helse for barn og unge</p>	
<p>Kommentarer til spørsmål 28 og 29:</p>	

<p>Mer om organisering av det psykiske helsearbeidet</p>
<p>Det finnes mange ulike former for organisering av det psykiske helsearbeidet i kommunene. En del kommuner organiserer tjenestene til voksne og tjenestene til barn og unge ulikt. Vi er interessert i hvordan dere opplever at <u>selve organiseringen av det psykiske helsearbeidet</u> fremmer eller hemmer kvaliteten på det tilbudet dere gir. Hvis kommunen har endret organiseringsform de senere år, er vi også interessert i hvordan disse endringene har gitt seg utslag.</p>
<p>30. Beskriv hvordan din kommune har valgt å organisere det psykiske helsearbeidet for voksne og det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Hvis tjenestene til voksne og barn og unge er organisert ulikt, ser vi gjerne at du beskriver tjenestene hver for seg. Skriv under:</p>
<p>Svar på spørsmål 30:</p>
<p>31. Hvordan vil du si at organiseringen av kommunale tjenester til voksne med psykiske vansker/lidelser i din kommune, hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis? Her må du gjerne også kommentere opplevde effekter av eventuelle endringer i organiseringen fra starten av Opptappingsplanperioden (1999) og fram til nå. Skriv under:</p>
<p>Svar på spørsmål 31:</p>
<p>32. Hvordan vil du si at organiseringen av kommunale tjenester til barn og unge med psykiske vansker/lidelser i din kommune, hemmer eller fremmer kvaliteten på det tilbudet som gis? Her må du gjerne også kommentere opplevde effekter av eventuelle endringer i organiseringen fra starten av Opptappingsplanperioden (1999) og fram til nå.</p>
<p>Svar på spørsmål 32:</p>
<p>33. Hva er de viktigste utfordringene i psykisk helsearbeid i din kommune i forhold til fag, brukere, organisering, lovverk og lignende? Svar i feltet under.</p>
<p>Svar på spørsmål 33:</p>
<p>Kommentarer til spørsmål 30-33:</p>



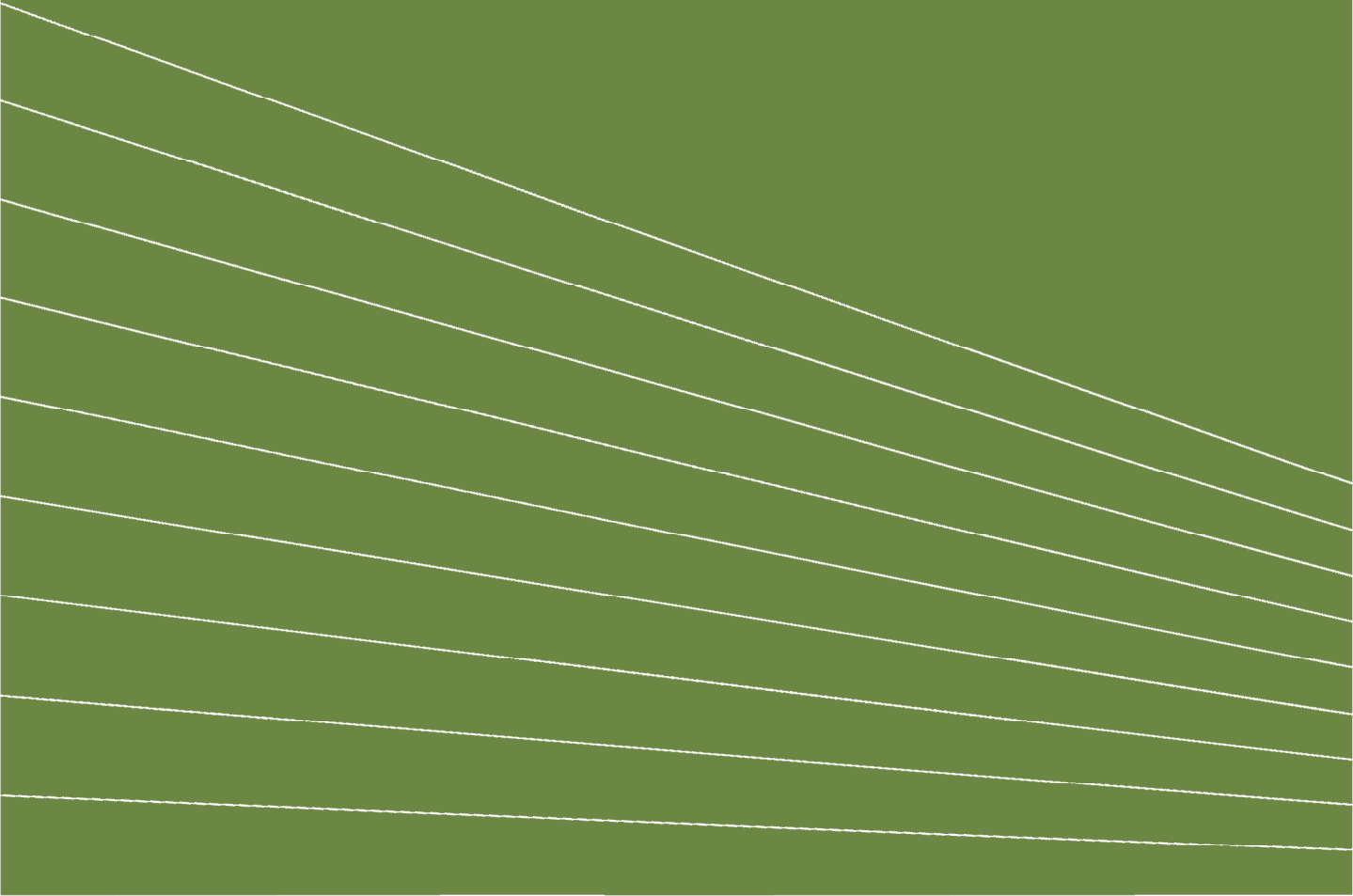
Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no



Dette er femte SINTEF-rapport i serien som dokumenterer og analyserer utviklingen i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene. Rapporten sammenstiller også årsverksdata fra kommunene med tall fra spesialisthelsetjenesten og vi ser for eksempel på utvikling i begge tjenestenivå for hvert helseforetaksområde. For 2011 rapporterte landets kommuner om totalt 11 940 årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid. Av disse var 9 326 (78 %) knyttet til tjenester for voksne, mens 2 614 (22 %) var knyttet til tjenester for barn og unge. Det er omtrent som tidligere år.

I denne rapporten ser vi også på konsekvenser av oppgaveforskyvning i forhold til spesialisthelsetjenesten gjennom samhandlingsreformen og vi vurderer om kommunene har forutsetninger for å få til det forebyggende arbeidet jf. den nye folkehelseloven.

Vi finner at mange kommuner opplever at de står i et vanskelig dilemma. Det er sterk økning i etterspørselen etter tjenester til personer med psykiske lidelser fordi spesialisthelsetjenesten gir korte behandlingsopphold i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen og fordi det kommunale tjenestetilbudet er mer utviklet og mer kjent nå enn før slik at flere henvises og flere søker direkte hjelp selv. Kommunale tjenester rettet mot psykisk helse bruker nå nesten alle ressursene sine på svært syke mennesker med omfattende sammensatte behov, som ofte har et begrenset tilbud i spesialisthelsetjenesten. Kommunene melder for eksempel om store behov for utbygging av boligtilbud med døgnbemanning, og dette er sannsynligvis en direkte konsekvens av oppgaveforskyvning. I denne situasjonen opplever kommunene at de ikke har tilstrekkelig finansiering til å ha ressurser til det forebyggende arbeidet. Mange kommuner sliter med å få prioritert tidlig oppfølging av barn og unge gjennom barnevern, barnehager, grunnskoler og videregående skoler. I tillegg går ressursmangelen ut over dagtilbud og andre støttetiltak til voksne brukere med psykiske lidelser og problemer, fordi tjenestene som kommunene ikke er lovforpliktet til å tilby reduseres først.

I kampen om ressursene vil behovene i eldreomsorgen og de finansielle ordningene i samhandlingsreformen innen somatikk sannsynligvis føre til at forebygging av psykiske helseproblemer i kommunene blir svært vanskelig å få prioritert lokalt. Vi konkluderer derfor med at det er derfor behov for å vurdere om statlige midler bør tilføres spesifikt til forebygging av psykiske lidelser.

