

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

Solveig Osborg Ose og Rune T. Slettebak



Rapport

Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon



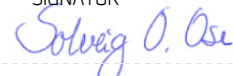
EMNEORD:
Psykisk helsearbeid
Kommunale tjenester
Dokumentasjon
Deskriptiv statistikk
Paneldataanalyser
TverrsnittsanalyserVERSJON
1DATO
20. januar 2014FORFATTERE
Solveig Osborg Ose og Rune T. SlettebakOPPDRAKSGIVER
HelsedirektoratetOPPDRAKSGIVERS REF.
Thor Hållgeir JohansenPROSJEKTNR
60H215/ 102001067ANTALL SIDER OG VEDLEGG:
187+vedlegg**SAMMENDRAG**

I denne rapporten presenteres analyser og deskriptive framstillinger av årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene for årene 2007 til 2012. I 2012 ble det rapportert om 11 955 årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid for hele landet totalt, og 22 prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. 95 prosent av kommunene har rapportert og for de som ikke har rapportert, er det gjort anslag basert på årsverksinnsats i sammenliknbare kommuner.

Basert på kartlegginger som er gjort i 127 av landets kommuner, har vi estimert at det er behov for 1780 nye årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, der 275 av årsverkene i følge fagpersonene i kommunene bør være psykologer. Det er altså ikke tilstrekkelig kun å satse på flere psykologer i kommunene, det er også behov for flere årsverk blant annet til å bemanne boliger for mennesker med psykiske lidelser.

Vi finner at det er vanskelig for kommunene å prioritere forebyggingsarbeid i form av ulike aktivitetstilbud. Trenden er at det blir færre og færre årsverk i disse tjenestene innen kommunalt psykisk helsearbeid. Vi anbefaler derfor å vurdere øremerking av statlige midler til forebygging gjennom ulike aktivitetstilbud til voksne (dagsenter, fritids- og kulturtilbud tilpasset målgruppen) og til tidlig innsats mot barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser.

Rapporten konkluderer med at kort og effektiv behandling i spesialiserte tjenester med et godt utbygd kommunalt tilbud og utnyttelse av spesialistkompetanse inn i de kommunale tjenestene, fortsatt ser ut til å være riktig vei å gå. Det største potensialet ligger sannsynligvis i at pasienten samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Noen får det til, og da oppnår man samarbeid, stabilitet og effektivitet i tjenestene i den forstand at det er den best egnede aktøren som har oppgaven. Det er sannsynligvis i området mellom tjenestenivåene det store utviklingspotensialet ligger.

PROSJEKTLEDER
Solveig Osborg OseSIGNATUR
KONTROLLERT AV
Marian ÅdnanesSIGNATUR
GODKJENT AV
Randi Eidsmo ReinertsenSIGNATUR
RAPPORTNR
SINTEF A25834ISBN
978-82-14-05664-8GRADERING
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*. Dette er et forskningsprosjekt som SINTEF utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Rapporten inneholder beskrivelser og analyser av data som er rapportert fra landets kommuner, jf. tidligere rundskriv IS-24: Psykisk helsearbeid i kommunene. Dette er den sjettede rapporten i rekken. Egne rapporter finnes for rapporteringene fra 2007, 2008, 2009, 2010 og 2011. Vi har fokus på utvikling de siste seks årene, men 2012-tallene presenteres 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 2012. Tall fra spesialisthelsetjenesten hentes fra Helsedirektoratet og SSB.

SINTEF har siden 2006 hatt ansvaret for å gjennomføre datakontroll av innsamlet materiale, sammenstille tallene og gjøre nødvendige analyser. SINTEF har i hele perioden bidratt til skjema utvikling og gitt faglige innspill til Helsedirektoratet i ulike faser i prosjektet. Skjemagrunnlaget for 2012 rapporteringen er i stor grad utviklet av Sintef, men godkjent av Helsedirektoratet.


I 2012 gikk Sintef over til å samle inn data gjennom et eget kartleggingsverktøy utviklet i samarbeid med Sentio AS. Den tekniske løsningen har bidratt til at rådgiverne hos Fylkesmannen i mindre grad har vært belastet med rundene med kvalitetssikring enn tidligere. Rådgiverne er fortsatt viktige aktører i innsamlingsfasen og alle har fått tilgang på data innsamlet i kommunene i eget fylke. Vi takker for et godt samarbeid med Sentio og med flinke fagfolk hos Fylkesmannen.

95 prosent av kommunene rapporterer data. Vi retter en stor takk til alle kommuner som bidrar til økt kunnskap om psykisk helsearbeid gjennom samvittighetsfull og god rapportering. 538 fagfolk har deltatt i utfyllingen fra kommunene og vi er ydmyk i forhold til det store arbeidet som er lagt ned. Det kvalitative datagrunnlaget vurderes å være av svært høy kvalitet, og de kvantitative anslagene som gjøres er godt kvalitetssikret.

Rapporten er i helhet utarbeidet av Sintef og takket være vår flinke assistent Kamilla Elise Hobber, har alle tabeller og figurer riktig format.

Vår kontaktperson i Helsedirektoratet har for denne rapporten vært seniorrådgiver Thor Hallgeir Johansen, og vi takker for et godt samarbeid.

Trondheim 20. januar 2014


Solveig Osborg Ose (prosjektleder)

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	7
1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAGGRUNN	13
1.1 Utbygging av kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser	13
1.2 Funn fra tidligere rapporter i serien	15
1.2.1 Hovedutfordringer i kommunalt psykisk helsearbeid	15
1.2.2 Fastlegens rolle i psykisk helsearbeid	21
1.2.3 Personell i kommuner og i spesialisthelsetjenester sett i sammenheng	22
1.2.4 Forklaring på variasjon i årsverksinnsats mellom kommuner	23
1.2.5 Overgang fra øremerking til rammefinansiering	23
1.2.6 Individuell plan	24
1.2.7 Uføre med psykiske lidelser	25
1.2.8 Pasienter i psykisk helsevern og brukere i kommunalt psykisk helse arbeid	25
1.2.9 Kommunale årsverk etter helseforetaksområde	26
1.2.10 Avgrensninger til rusfeltet	26
1.2.11 Konklusjon fra forrige rapport	26
2 DATAGRUNNLAG	29
2.1 Innledning	29
2.2 Datainnsamling	31
2.3 Om respondentene – 538 involverte fagpersoner	32
2.4 Kvalitetskontroll av datagrunnlaget	33
2.5 Innhold i kartleggingen	35
3 NASJONALE TALL	37
3.1 Brukermedvirkning	37
3.2 Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	38
3.3 Årsverksinnsats – Fordelt på tiltak	40
3.3.1 Tiltak og tjenester til voksne med psykiske lidelser og vansker	40
3.3.2 Tiltak og tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og vansker	41
3.4 Årsverksinnsats – Fordelt på utdanning	43
3.4.1 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til voksne	43
3.4.2 Utdanningsgrupper innen tiltak og tjenester til barn og unge	45
3.5 Organisering av tjenestene	46
3.5.1 Organisering av rus og psykisk helse	47
3.5.2 Organiseringsmodell	48
3.6 Oppsummering	50
4 SAMARBEID MED FASTLEGENE	51
4.1 Innledning	51
4.2 Legeårsverk i kommunehelsetjenesten	52
4.3 Tidligere forskning på fastleger og psykisk helsearbeid	54
4.4 Fastlegene og psykisk helse	56
4.5 Omfang og nivå på samarbeid med fastlegen	60
4.6 Innholdet i samarbeidet	64
4.7 Oppsummering	69
5 KJØP AV TJENESTER FRA PRIVATE/ANDRE AKTØRER I DET PSYKISKE HELSEARBEIDET	71
5.1 Innledning	71
5.2 Tjenester som kjøpes til voksne	74

5.3	Tjenester som kjøpes til barn og unge	75
5.4	Oppsummering	76
6	BEHOV FOR FLERE ÅRSVERK I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID	77
6.1	Innledning	77
6.2	Vurdering av kompetansebehov og beregnede nasjonale tall	77
6.3	Hvor mangler kommunene kompetanse?	78
6.4	Oppsummering	82
7	STØTTETILBUD SOM STØTTEKONTAKT, DAGSENTER OG ANNET	85
7.1	ANTALL MOTTAKERE AV STØTTEKONTAKT	85
7.2	Aktiviteter på dagtid	86
7.3	Fritidstilbud om kvelden/i helga	86
7.4	Oppsummering	87
8	UTVIKLING I ÅRSVERKSINNSATSEN I PSYKISK HELSEARBEID 2007-2012	89
8.1	Årsverk 2007-2012 etter fylke	89
8.2	Årsverk 2007-2012 etter kommunestørrelse	91
8.3	Årsverk 2007-2012 etter KOSTRA-gruppe	92
8.4	Årsverk 2007-2012 etter helseforetaksområde	93
8.5	Oppsummering	94
9	PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALISTHELSETJENESTEN	95
9.1	Innledning	95
9.2	Utvikling i PHV og PHA i perioden 2007-2012 etter helseregion – tjenester til voksne	98
9.3	Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2012 etter helseregion – tjenester til barn og unge	100
9.4	Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2012 etter helseforetaksområde – tjenester til voksne	102
9.5	Utvikling PHV og PHA i perioden 2007-2012 etter helseforetaksområde – tjenester til barn og unge	105
9.6	Oppsummering	108
10	HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?	109
10.1	Innledning	109
10.2	Tidligere forskning	109
10.3	Teoretisk modell	110
10.4	Operasjonalisering og empirisk tilnærming	112
10.5	Resultater	114
10.5.1	Tverrsnittsanalyser	114
10.5.2	Paneldataanalyse	117
10.6	Oppsummering	119
11	VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2012	121
11.1	Hvordan sammenlikne kommuner	121
11.2	Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid	123
11.2.1	Fylkesvise forskjeller	123
11.2.2	KOMMUNESTØRRELSE	125
11.2.3	KOSTRA-Gruppe	126
11.2.4	Helseregion	128
11.3	Andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge	130
11.3.1	Fylkesforskjeller	130
11.3.2	Kommunestørrelse	131
11.3.3	KOSTRA-gruppe	131
11.3.4	Helseregion	132
11.4	Årsverk fordelt på ulike tiltak og tjenester	133
11.4.1	Årsverk til voksne fordelt på ulike tiltak	133
11.4.2	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak	139

11.5	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper	144
11.5.1	Årsverk totalt	144
11.5.2	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne	154
11.5.3	Årsverk i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge	163
11.6	Antall mottakere av individuell støttekontakt	173
11.6.1	Fylkesforskjeller	173
11.6.2	Kommunestørrelse	174
11.6.3	KOSTRA-gruppe	175
11.7	Organisering av tjenestene	177
11.7.1	Fylkesforskjeller	177
11.7.2	Kommunestørrelse	178
11.7.3	KOSTRA-gruppe	179
11.7.4	Helseregion	180
11.8	Oppsummering	181
	REFERANSER	185
	VEDLEGG 1: GRUNNLAGSDATA 2012	189
	VEDLEGG 2: RAPPORTERINGSSKJEMA FOR 2011	199

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

Vårt forskningsprosjekt følger utviklingen i psykisk helsearbeid i kommunene gjennom en egen årlig kartlegging i landets kommuner. Sintef utfører oppdraget på vegne av Helsedirektoratet. I tillegg til å følge utviklingen i årsverksinnsatsen på feltet, er dette en dynamisk kartlegging for at helsemyndighetene skal kunne følge utviklingen på feltet tett. Sintef utvikler hvert år kartleggingskjemaet i tråd med hva det er nødvendig å innhente informasjon om. Kommunene, representert ved fagfolk fra psykisk helsearbeid, svarer på vegne av kommunen. Kartleggingen sendes ut via fylkesmannen til kommunene og Sintef tar i mot datagrunnlaget og kvalitetssikrer, analyserer og presenterer resultat i rapportform hvert år. Dette er sjette rapport i rekken. Det er frivillig for kommunene å delta, men i 2012 har 95 prosent av kommunene deltatt. Prosjektet er dermed en direktekanal for fagfolk i kommunene opp til Helsedirektoratet.

Årsverkene telles også med i ordinær rapportering fra kommunene, men det er ikke mulig å trekke ut årsverkene som går til tjenester og tiltak til mennesker med psykiske lidelser og vansker fra den ordinære statistikken. Årsverkene utføres av mange ulike yrkesgrupper og i mange ulike tjenester så det er en kompleks datainnsamling som gjøres. Kommunene anslår årsverksinnsatsen sin basert på en detaljert veiledning. For 2012 rapporteringen er det 538 fagfolk som har vært involvert fra kommunene og det er et verdifullt datagrunnlag som hentes inn.

I 2012-kartleggingen (innsamlet i begynnelsen av 2013) var det i tillegg til spørsmål om antall årsverk, også spurt en rekke spørsmål om fastlegens bidrag inn i det kommunale psykiske helsearbeidet, om kjøp av tjenester fra private og andre aktører, hvilke årsverksbehov kommunene har innenfor psykisk helse, støttetiltak som støttekontakt, aktivitet og fritidstilbud. Både avkryssninger og åpne svar er mulig. Disse temaene inngår som egne kapitler i rapporten og resultatene er gitt i slutten av sammendraget. I tillegg er det spurt om samarbeid med spesialisthelsetjenesten og en del spørsmål knyttet til den nye folkehelseloven, men dette kommer i egne rapporter første halvdel av 2014.

Vi finner at mange kommuner jobber godt med psykisk helsearbeid, og har etablert tilbud til en bredt sammensatt brukergruppe. Små kommuner kan ikke forventes å bygge opp et godt og robust fagmiljø på egenhånd, og flere kommuner har etablert interkommunale samarbeid for å få mer solide fagmiljø å spille på. Mange steder er det etablert et godt samarbeid med ulike team i DPS-er og sykehusavdelinger, slik at kommunalt ansatte knyttes opp mot et godt fagmiljø på en mer systematisk måte. Flere steder har personell fra spesialisthelsetjenesten avtale om å ha en eller flere dager i måneden i kommunen for å drive veiledning og være med på å tilpasse det kommunale tilbudet til pasientene.

Det foregår mye diskusjoner rundt i kommunene om hvilken kompetanse kommunene forventes å ha på området psykisk helse og rus. Mange mener de har behov for å ansette psykiatere fordi brukerne, eller kanskje heller pasientene, i mange tilfeller har behov for hjelp fra en spesialisert medisinsk fagperson. Dette gjelder kanskje særlig i kommuner som ikke har fått på plass en godt fungerende avtale med spesialisthelsetjenesten. Noen steder oppleves det store endringer i spesialisthelsetjenestetilbudet som skaper stor usikkerhet rundt kompetansebehovene til kommunene, for eksempel når et DPS avvikles eller døgnplasser legges ned. Hele to av tre kommuner opplever at pasienter skrives ut for tidlig fra spesialisthelsetjenesten og ofte mangler kommunene både kompetanse og kapasitet til å gi et godt tilbud. Det er lite kunnskap om det faktiske innholdet i tjenestene som pasienter som skrives ut fra et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten faktisk får i kommunene, og vi antar det er stor variasjon i tilbudet den enkelte

kommune kan gi. Tilbudet i spesialisthelsetjenesten bør ikke kunne reduseres eller endres uten en grundig utredning om hva det alternative tilbudet til pasientene er, og at kommunene får tid og ressurser til å bygge opp et alternativt tilbud.

Samhandlingsreformen oppleves i mange kommuner å ikke gjelde for psykisk helse ennå. Årsaken er at kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er innført for somatiske pasienter og ikke for pasienter innen rus og psykisk helsevern. Kommunene var i begynnelsen av 2013 avventende til hva som ville skje rundt samhandlingsreformen på psykisk helse og rus, og vi observerer at det er stor usikkerhet rundt hva som forventes av kommunene.

En annen måte å se samhandlingsreformen på innen psykisk helse, er at dette området har kommet lenger enn somatikken fordi man allerede har gått gjennom en opptrappingsperiode for å styrke tjenestene. Opptrappingsplanperioden for psykisk helse (1999-2008) førte til at kommunene fikk bygget opp tjenestene, og kommunene nådde i stor grad målene som var satt. Mange kommuner hadde et godt utgangspunkt i eksisterende tilbud, mens andre kommuner fikk etablert ett eller flere årsverk gjennom øremerkede midler og kom på denne måten i gang med et mer definert tilbud til brukergruppen. Ett av målene i opptrappingsplanen for psykisk helse var å styrke tilbudet i kommunene med vekt på forebygging og tidlig hjelp, men tiltakene var først og fremst rettet mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Planen skulle bidra til at pasientene fikk bedre oppfølging etter utskrivning og at utskrivningene skulle planlegges bedre. I 2013 er det, i følge fagpersoner i kommunene, fortsatt mange utskrivninger som er dårlig planlagt, og mange opplever at ikke spesialisthelsetjenesten tar kontakt med de kommunale tjenestene før pasientene skrives ut. Andre ganger opplever kommunene at forventningene til innholdet i tjenestetilbudet er for høye i forhold til det kommunene er i stand til å levere. Vi skal som nevnt gå grundigere inn på samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten i en annen rapport, men her er tydelige utfordringer i samhandlingen.

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. Mennesker med psykiske lidelser/vansker mottar også tjenester og tiltak fra kommunetjenester som ikke er omfattet av kartleggingen. Et betydelig antall årsverk må legges til fra allmennelegetjenesten (om lag 5 000 legeårsverk i kommunehelsetjenesten) som yter hjelp til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Psykiske lidelser oppgis som en hyppig kontaktårsak. I tillegg kommer også fysioterapitjenester, barnevernets innsats eller barnehage-/skoleinnsats som for eksempel arbeid med primærforebyggende tiltak. Disse årsverkene telles ikke med i IS-24 kartleggingen.

Etter en periode med sterk vekst i årsverksinnsatsen gjennom Opptrappingsplanen, har veksten flatet ut. Fra 2008 til 2012 var det kun en marginal endring i årsverksinnsatsen når vi ser på landet under ett, men det er store variasjoner mellom kommunene. I tidligere kartlegginger har det kommet frem at det er behov for en ytterligere opptrapping i kommunene, men at det er vanskelig å få prioritert dette innenfor dagens økonomiske rammer. I kartleggingen for 2012 har vi identifisert kommuner som har gjort en vurdering av kompetansebehovet knyttet til forsvarlig utøvelse av nåværende og fremtidige oppgaver på psykisk helse-området. Basert på informasjon fra de 127 kommunene som har gjort en slik kartlegging, har vi kunnet estimere et nasjonalt anslag for behovet. Vi kommer frem til at det i dag totalt mangler 1780 årsverk. Av disse er 275 (eller 17 prosent) psykologer. Det er altså ikke tilstrekkelig å satse på å øke

antall psykologer i kommunene, det er behov for mye øvrig personell også. Kommunene har stort fokus på kompetanseutvikling, og et stort antall kommuner har en bevisst strategi på for eksempel å vri bruken av ufaglært arbeidskraft i boligene til høyskoleutdannet eller fagutdannet personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Når kommunene beskriver kompetansebehovene er det flere områder som grenser opp mot spesialisthelsetjenesten sine oppgaver, så det kan ligge et stort potensial i å videreutvikle samarbeidsformene inn mot spesialisthelsetjenesten for at kommunene bedre skal nyttiggjøres seg kompetansen som ligger der.

Vi ser tydelig at flere og flere årsverk går inn i boliger med bemanning. På nasjonalt nivå går 45 prosent av årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak nå inn i boliger og andelen har økt i perioden. Dette settes i sammenheng med at antall døgnplasser i psykisk helsevern går ned og gjennomsnittlig oppholdslengde reduseres. Dette er i tråd med både Opptappingsplanen for psykisk helse og for Samhandlingsreformen. Konsekvensen er at kommunene må ta i mot pasienter som er sykere enn tidligere og det er flere som trenger et bemannet døgntilbud. At flere og flere av årsverkene brukes i boliger, betyr (når årsverksinnsatsen er uendret) at færre årsverk går til hjemmetjenester og ulike aktivitetstilbud. Dette er ofte viktige sekundærforebyggende tiltak, som kommunene selv mener det er svært viktig å kunne tilby.

Innen tjenester og tiltak til barn og unge har vi de siste årene sett en gradvis reduksjon i årsverksinnsatsen. Nå i 2012 ser vi en liten økning og flere kommuner sier de forsøker å bygge opp tjenestene. De fleste årsverkene settes inn i behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, men også mange årsverk ligger i helsestasjons- og skolehelsetjenestene. Stadig færre årsverk brukes til ulike aktivitetstilbud og kultur- og fritidstilbud. Dette er viktige sekundærforebyggende tiltak også for barn og unge, men kommunene sliter med å prioritere dette. Vi har tidligere anbefalt at det bør vurderes å øremerke statlige midler til dette formålet, fordi det er vanskelig å få prioritert disse tilbudene.

Kompetansen i kommunalt psykisk helsearbeid er relativt høy. I tjenester og tiltak til voksne utføres nå 57 prosent av årsverkene av personell med høyskoleutdanning. Tilsvarende andel i tjenester og tiltak til barn og unge er 84 prosent. Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid øker jevnt både i tjenester til voksne (nå 39 prosent) og i tjenester til barn og unge (nå 27 prosent). Antall psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid går noe ned fra 2011 både innen tjenester til barn og unge og i tjenester til voksne. Det kan hende at disse årsverkene i større grad enn tidligere går inn i folkehelsesatsningene heller enn i psykisk helsearbeid, men dette har vi ikke undersøkt. De aller fleste psykologene i kommunalt psykisk helsearbeid finnes i tjenester og tiltak til barn og unge (83 prosent), og det er også her etterspørselen etter flere psykologer er størst. Det er særlig behov for psykologer for å komme tidlig inn med utredninger og diagnoser til barn som sliter. Flere kommuner sier de vil inngå interkommunalt samarbeid for å rekruttere psykologer.

Kommunene organiserer tjenestene ulikt. I 2012 var det 22 prosent av kommunene som hadde organisert rus og psykisk helsearbeid sammen, mens 65 prosent av kommunene har egen tjeneste, avdeling, team eller etat til psykisk helsearbeid. Fordelene og ulempene med felles organisering av psykisk helsearbeid og rustjenestene bør utredes. Det er stor usikkerhet i forhold til valg av modell, og det er lite forskningskunnskap tilgjengelig for kommunene som skal beslutte organiseringsform. Vi vet fra tidligere forskning at det er mange med psykiske lidelser som ikke oppsøker det kommunale hjelpeapparatet, og dermed ender med akuttinnleggelser og tvangsinnleggelser i psykisk helsevern. Hvorvidt dette har sammenheng med hvordan kommunen velger å organisere tjenestene er usikkert, men vi vet at noen av

barrierene handler om manglende opplevd anonymitet. Hvorvidt dette sikres i dagens tjenestetilbud er uklart.

Vi finner at 44 prosent av kommunene kjøper tjenester fra private og andre aktører innen psykisk helsearbeid. Dette er særlig bo- og omsorgstilbud og aktivitetstilbud til voksne brukere. Andel av kommunene som kjøper tjenester øker nær systematisk med kommunestørrelse. Mens bare 28 prosent av de minste kommunene kjøper tjenester, gjelder dette 71 prosent av de største kommunene.

For barn og unge er det avlastningstjenester som er mest vanlig å kjøpe utenfra, men omfanget er relativt lite. 6 prosent av kommune kjøper avlastningstjenester for barn og unge (for 5 personer i gjennomsnitt), mens 4 prosent av kommunene kjøper bo- og omsorgstilbud til barn og unge (for 2 personer i gjennomsnitt for hver kommune som kjøper tjenesten).

Vi har også kartlagt om kommunene har ulike aktivitetstilbud tilpasset brukergruppen. Vi finner at nesten 80 prosent av kommunene har et dagsentertilbud, og 2 av 3 kommuner har tilbud om arbeidstrening (ofte begrenset selv om de har) og tilbud om treffsteder. Betydelig færre har et aktivitetstilbud på kveldstid og i helgene. 36 prosent av kommunene har tilbud om fysisk aktivitet (trim, turer mm) og hver fjerde har et kulturtilbud tilpasset brukergruppen. En del kommuner planlegger slike tilbud, men det kan være vanskelig å få prioritert det når kommuneøkonomien er trang. Vi har tidligere funnet at dette er viktige tilbud til brukergruppen og at mange innleggelses i psykisk helsevern kunne vært unngått om kommunene har et bedre og bredere tilbud som brukergruppen kunne nyttiggjøre seg.

Fastlegene har en viktig rolle i det kommunale psykiske helsearbeidet. 80 prosent av kommunene svarer at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene. Det er likevel stor variasjon mellom fastleger i hvor god kompetanse de har på psykiske lidelser og problemer og hvor interessert de er i problemstillinger rundt psykisk helse. Fastlegene er generelt godt involvert i enkeltpasienter, men de er i mindre grad involvert i utviklingsarbeid i tjenesten og i plan- og systemarbeid. En del små kommuner sliter med at fastlegene skifter hyppig, noe som går ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud. Faste samarbeidsmøter med fastlegene er et ønske fra kommunene og de som har etablert et slikt samarbeid, ser i større grad ut til å være fornøyd med legens involvering. Kommunalt ansatte leger ser også ut til å gi større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet.

Konklusjon

Vi har estimert at det er behov for 1780 nye årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, der 275 av årsverkene i følge fagpersonene i kommunene bør være psykologer. Det er altså ikke tilstrekkelig å kun satse på psykologer i kommunene, det er behov for flere årsverk blant annet til å bemanne boliger for mennesker med psykiske lidelser og vansker.

Det er vanskelig for kommunene å prioritere forebyggingsarbeidet i form av ulike aktivitetstilbud. Trenden er at det blir færre og færre årsverk i disse tjenestene i kommunalt psykisk helsearbeid. Vi anbefaler derfor å vurdere øremerking av statlige midler til forebygging gjennom ulike aktivitetstilbud til voksne (dagsenter, fritids- og kulturtilbud tilpasset målgruppen) og til tidlig innsats mot barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser.

Det er i en del kommuner behov for å få på plass et godt system for fastlegens involvering i det kommunale psykiske helsearbeidet. Det bør utvikles kunnskap om hvilken måte samarbeidet med

fastlegene best kan ivaretas og hvordan deres kompetanse kan utnyttes på en mest mulig effektiv måte for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Generelt bygges døgnplassene i psykisk helsevern ned alt for raskt, uten at kommunene har økt ressursinnsatsen. Med en nullvekst i årsverksinnsatsen i kommunene fra 2008 og færre døgnplasser i psykisk helsevern og kortere oppholdstid, er det vanskelig å forvente at kvaliteten i tilbudet til brukergruppen har økt. Det er kommunene som forventes å bygge tilbudet ut ytterligere, og løsningen er sannsynligvis ikke å bygge opp igjen døgntilbudene i psykisk helsevern. Vi advarer mot ytterligere nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern. I alle fall ikke før kommunene har fått tid og ressurser til å bygge ut tjenestene videre. Man må også se på kostnadsdelen i overføring av oppgaver til kommunene. Samme tjenester utført av samme kompetanse vil sannsynligvis koste det samme uansett på hvilket nivå tjenesten ytes på. Det kan også bli vesentlig dyrere om hver kommune skal bygge ut tjenester som ligger innholdsmessig nært et døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er stor forskjell på somatiske pasienter som ofte trenger en rask og effektiv behandling i sykehus, og mennesker med psykiske lidelser som ofte trenger et omfattende og kontinuerlig tjenestetilbud. Det er ulike virkemidler som er effektive for å få til gode tjenester for ulike brukergrupper. Vi har tidligere advart mot innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og TSB. Det handler fortsatt om å få til et godt faglig samarbeid rundt hver enkelt pasient, og til det må både spesialisthelsetjenesten og kommunene bidra. Mange har kommet langt i dette arbeidet, mens potensialet andre steder ikke utnyttes, fordi det mangler kapasitet i de kommunale tjenestene.

Kort og effektiv behandling i spesialiserte tjenester med et godt utbygd kommunalt tilbud og utnyttelse av spesialistkompetanse inn i de kommunale tjenestene - ser fortsatt ut til å være riktig vei å gå. Det største potensialet ligger sannsynligvis i at pasienten samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Noen får det til, og da oppnår man samarbeid, stabilitet og effektivitet i tjenestene i den forstand at det er den best egnede aktøren som har oppgaven. Det er sannsynligvis i området mellom tjenestenivåene det store utviklingspotensialet ligger.

1 INNLEDNING OG KUNNSKAPSBAKGRUNN

I dette kapitlet går vi gjennom historikken i psykisk helsearbeid i tillegg til å oppsummere funn fra våre tidligere rapporter i serien.

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 og effekt (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 tjenestoområdet 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 FUNN FRA TIDLIGERE 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 HOVEDUTFORDRINGER I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

I forrige datainnsamling (IS-24/2011) ba vi kommunene besvare følgende spørsmål:

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 fikk mange svar. Nesten alle kommunene har svart på dette spørsmålet og det gav 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.

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.

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).

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).

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." (Relativ 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).

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.).

I 2012-rapporteringen har vi gått grundigere inn på kompetansebehovene i kommunene, se kapittel 6.

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).

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 relevante 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, gjennomslittige 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 gjennomslittighet 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).

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).

Nå i 2012 ser vi en forsterkning av disse utfordringene, heller enn en demping. Vi konkluderte i fjorårets rapport slik:

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 2011 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.

1.2.2 FASTLEGENS ROLLE I PSYKISK HELSEARBEID

I forrige rapport startet vi de første analysene av fastlegens rolle i psykisk helsearbeid. Hovedinntrykket fra de første kvalitative analysene basert på åpne spørsmål i IS-24 skjemaet, var at de fleste representantene fra kommunalt psykisk helsearbeid 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, tydet datagrunnlaget på at fastlegene er godt involvert i denne pasientgruppen og at de bidrar mye i kommunens psykiske helsearbeid. 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

I rapporteringen for 2011 fikk vi frem en bredde i innsatsen til fastlegen i kommunalt psykisk helsearbeid. I rapporteringen for 2012 har vi kartlagt i hvilken grad fastlegen henviser til psykisk helsearbeid og hvordan samarbeidet med fastlegene har utviklet seg de siste årene, se kapittel 4.

1.2.3 PERSONELL I KOMMUNER OG I SPESIALISTHELSETJENESTER SETT I SAMMENHENG

I 2011 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 8 og 9.

1.2.4 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. Familiesituasjonen 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.

1.2.5 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.

1.2.6 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.

1.2.7 UFØRE 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.

1.2.8 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.

1.2.9 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 (Ådnanes 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.

1.2.10 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. Basert på rapporteringen for 2008 fant vi at 30 prosent av kommunene oppgir at ingen av årsverkene de rapporterer innen psykisk helsearbeid faller inn under kommunalt rusarbeid. 70 prosent av kommunene opplever derfor at noen av årsverkene faller inn under rusfeltet, men totalt utgjør dette kun tre prosent av årsverkene. At dette ikke utgjorde flere på det tidspunktet skyldes nok delvis at kommunene gjennom en lang opptrappingsplan på psykisk helsearbeid skjønnsmessig har trukket ut det som er knyttet til rusarbeid før de rapporterer på psykisk helsearbeid. Vi bemerket at det er usikkert om de vil forstette å gjøre dette i fremtiden. Nå i 2012 er det fortsatt separat rapportering på rus og psykisk helse, men mange kommuner melder tilbake at det er behov for en samordning av rapporteringen. I kapittel X har vi sammenstilt data for kommunalt psykisk helsearbeid og for kommunalt rusarbeid.

1.2.11 KONKLUSJON FRA FORRIGE RAPPORT

Vi konkluderte i forrige rapport med at det var relativt marginale endringer i årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene fra 2010 til 2011, men årlig årsverksreduksjon i tjenester til barn og unge så 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.

2 DATAGRUNNLAG

Datagrunnlaget er basert på rapporteringsskjemaet IS-24/2012, og inneholder til sammen 48 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 som har tilsvarende data på psykisk helsearbeid i lokale tjenester.

Det finnes ikke årsverksdata som kan trekkes ut fra en liste, men det må anslås i de ulike tjenestene og deretter samles og rapporteres. Det er derfor dette ikke lett kan tas ut i fra tall som leveres gjennom ordinær rapportering. Det er en krevende registrering, men i 2012 var det fortsatt 95 prosent av kommunene som rapporterte. For å opprettholde interessen for rapporteringen som nå etter opptrappingsplanen er frivillig, er det nødvendig med nye grep. Vi har derfor laget et notat for hvert fylke som rådgiverne hos fylkesmannen distribuerer ut til kommunene som viser tall for kommunene i fylket sammenliknet med nasjonale tall. Dette skal videreutvikles neste år. I tillegg får alle kommunene tilsendt denne rapporten for å vise at tallene og informasjonen brukes på en systematisk måte.

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 tidligere rapporter.

Selv om datakontrollen gjennomføres på en grundig og systematisk måte, er tallene basert på *anslag* og *skjønnsmessige vurderinger* fra mer enn 429 forskjellige kommuneansatte. Det er likevel ikke hvem som helst som gjør disse anslagene, se kapittel 2.3. I mange kommuner er det flere personer som bidrar i rapporteringen fra de enkelte tjenestene. Det er opplagt at ikke alle 429 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 har meldt tilbake at de har behov for å formidle noe mer fra tjenestene enn kun årsverksinnsatsen. I revideringen av rapporteringsskjema for 2011 ble disse behovene hensyntatt, og skjemaet ble utvidet til å kunne fange opp mer av det kvalitative innholdet i tjenestene. I 2012 har vi gått ytterligere i retning av å innhente informasjon om kvaliteten i tjenestene, og vi har fått mange gode tilbakemeldinger fra kommunene om at det er viktig informasjon som nå rapporteres i IS-24. Å kun følge årsverksinnsatsen uten å følge kvalitetsarbeidet og utviklingen i dette, vil for mange kommuner bety lite relevant rapportering. Når vi i tillegg innhenter informasjon om barrierer og muligheter som ligger i de kommunale tjenestene, opplever respondentene at de får formidlet viktige forhold opp til styrende myndigheter.

Skjemaet revideres årlig av Sintef i samarbeid med Helsedirektoratet for at datagrunnlaget som hentes inn skal være så oppdatert og anvendbart som mulig. Gjennom egen og andres forskning på feltet fremkommer det stadig nye problemstillinger helsemyndighetene mangler informasjon om. Når datainnsamlingen oppleves å være dynamisk og aktuell, er det større rapporteringsvillighet. Mange kommuner har meldt tilbake at årets datainnsamling gav dem selv ny og nødvendig innsikt i egne tjenesters muligheter og barrierer. Sintef sitt mål med dette prosjektet er, og har hele tiden vært, å kunne nøye følge utviklingen i kommunene og systematisere kunnskapen på en slik måte at helsemyndighetene får nødvendig styringsinformasjon.

At det er Helsedirektoratet, som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen, og at det argumenteres for at dette er viktig styringsinformasjon til helsemyndighetene i vår kommunikasjon med kommunene, er sannsynligvis det som gjør at kommunene velger å rapportere selv om de ikke må. Høy dekningsgrad er også et resultat av et godt samarbeid mellom rådgiverne hos FM og forskere i Sintef.

2.2 DATAINNSAMLING

I perioden 2000-2008 har kommunene rapportert på bruk av øremerkede midler i forbindelse med Opptrappingsplanen 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 (Rapporteringskjema 1) og på totalinnsatsen (Rapporteringskjema 2). 2008 var siste året kommunene rapporterte på begge skjemaene.

Tidligere skjedde rapporteringen i form av Rundskriv IS-24. Dette rundskrivet finnes ikke lenger, men rapporteringen kalles fortsatt IS-24 rapporteringen. Det er Sintef som sender ut skjemaet via Fylkesmannen til kommunene. Skjemaet ble sendt ut i begynnelsen av januar 2013 og fristen for rapporteringen ble satt til 1. mars. Da fristen gikk ut, hadde 312 kommuner og bydeler (kun Oslo leverer bydelstall på IS-24) rapportert. Etter puring, er det 18 kommuner (4 prosent) som ikke har levert¹. For de 12 første av disse har vi brukt fjorårstall, mens de siste seks kommunene heller ikke har levert 2011. For disse har vi estimert antall årsverk ut i fra størrelsen på kommunen (antall innbyggere) basert på rapportering fra kommuner av samme kommunestørrelse.

Rapporteringen fra den siste av kommunene som har levert, mottok vi 13. mai. 15. mai sendte vi over råttallene (slik de var rapportert fra kommunene til Sintef) til alle fylkesmennene der både tall fra hver enkelt kommune og sammenstilte tall for fylket ble levert. Da var det foreløpig ikke gjort noen korrigeringer i datagrunnlaget.

28. mai sendte vi ut kontrollspørsmålene til kommunene. Totalt ble det sendt ut 158 spørsmål. 111 kommuner og bydeler mottok ett eller flere spørsmål fra Sintef. Det er seks kommuner som ikke har respondert på spørsmålene fra Sintef, men dette er svært små kommuner, og de vil uansett ikke påvirke nasjonale tall.

Basert på svarene fra kommunene, er det lagt inn korrigeringer i rapporterte tall for 63 kommuner, der åtte ikke gjelder årsverk. Korrigeringene og datakontrollen fra Sintef har medført totalt at antall årsverk denne gangen har økt med 154 for voksne og 126 for barn og unge. Det er ikke totaltallet som er viktig, men for noen kommuner er antall årsverk redusert gjennom kontrollen, og for andre kommuner har antall årsverk økt som følge av kontrollen. At det netto utgjør 180 årsverk mer, er tilfeldig. Det kunne like godt blitt mindre årsverk. Vi har samme tilnærming til kommuner som rapporterer om økning, som de som rapporterer om nedgang i årsverksinnsatsen.

¹ Ballangen, Hobøl, Etne, Trysil, Lillehammer, Jevnaker, Bjerkreim, Flatanger, Kvalsund, Meløy, Vestvågøy, Berg, Dønna, Træna, Nesna, Lødingen, Sortland og Hemnes. I tillegg var Austevoll i en vanskelig situasjon og ba tidlig om å få slippe rapportering. Det samme med Ibestad, men de leverte likevel.

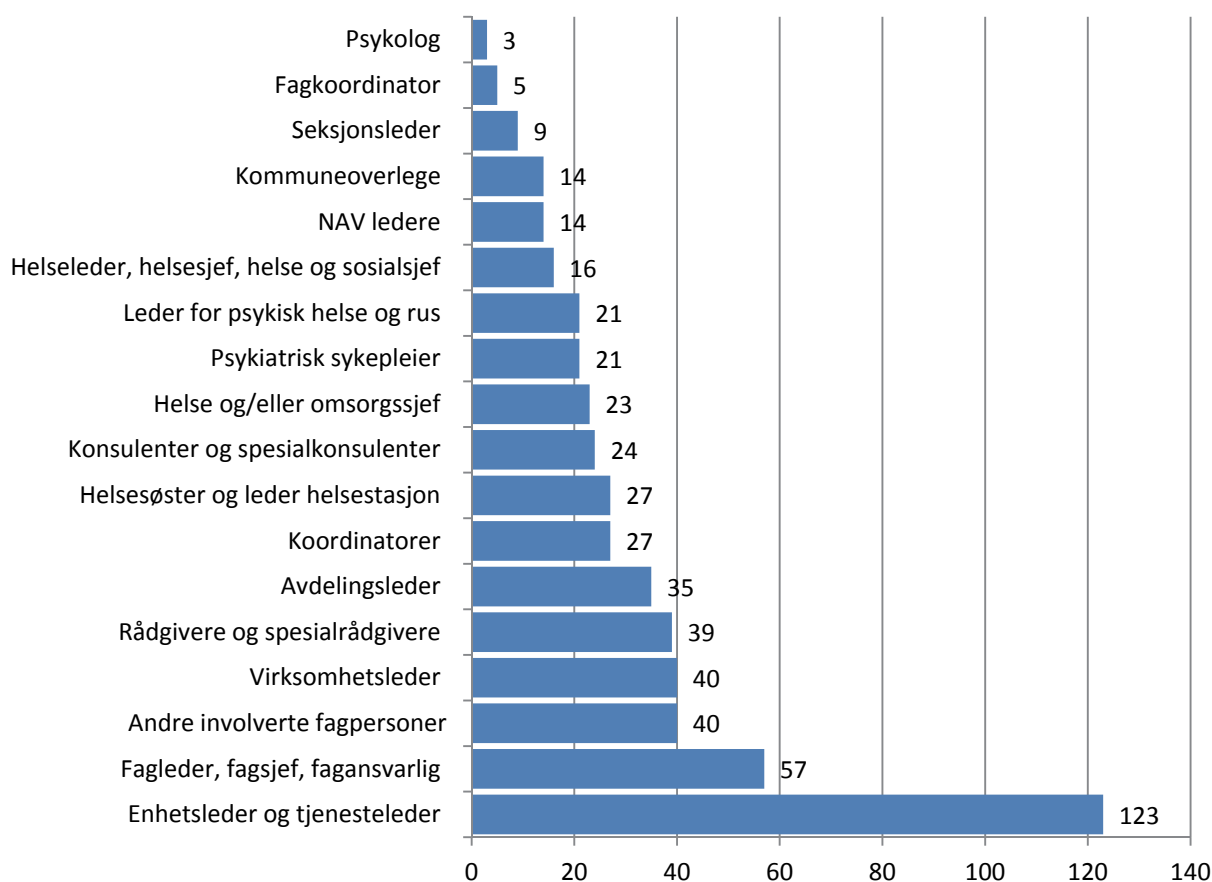
2.3 OM RESPONDENTENE – 538 INVOLVERTE FAGPERSONER

De som fyller ut IS-24 skjema er fagfolkene i tjenestene. Dette er ikke en ordinær rapportering som gjøres av administrativt personell, men en kartlegging som gjøres fra fagfeltet i kommunene for at Helsedirektoratet og helsemyndighetene skal få styringsinformasjon av høy kvalitet. Skjemaet inneholder som vist en rekke kvalitative spørsmål som fagfolkene skal besvare.

I 2012 har vi spurt hvem som har fylt ut skjemaet og det er sjelden det er en person som har gjort dette alene. Totalt er det 538 fagpersoner som har fylt ut skjema for de 95 prosent av kommunene som har deltatt. Dette er derfor et svært verdifullt datamateriale det sannsynligvis er vanskelig å overgå når det gjelder ett enkelt tjenesteområde. At så mange er involvert viser også hvor komplekst dette feltet er. Brukerne finnes i ulike tjenester og det er bare kommunene selv som kan gjøre et anslag på årsverksinnsatsen.

Det er en omfattende jobb å fylle ut skjemaet. De må ta kontakt med flere tjenester, enheter, avdelinger og tjenester som gir bistand og hjelp til personer som har psykiske helseproblemer eller lidelser. Når vi går gjennom titlene til de som har deltatt ser vi at det er mange med følgende stillinger:

Når vi går gjennom listen fra hvem som har deltatt i utfyllingen fra hver kommune, kan vi se hvilke stillinger og roller som er involvert i besvarelsen. Fordelingen er vist i figuren under.



Figur 2.1 Antall personer som har deltatt i utfyllingen av IS-24 skjema i de 95 prosent av kommunene som har svart.

Det er altså en imponerende samling med fagfolk som har bidratt til kunnskapsgrunnlaget som fremkommer fra IS-24 rapporteringen og i det tilhørende forskningsprosjektet. Datagrunnlaget er svært verdifullt og det er ikke slik at kommunene gjør tilfeldige anslag. Flere kommuner forteller at de har viktige fagsamlinger i forbindelse med kartleggingen, men det er også en del kommuner som ikke helt har sett nytten. Når 95 prosent av kommunene fortsatt velger å rapportere selv om det er frivillig, er en av årsakene at de mener dette er et viktig felt for myndighetene å følge nøye fremover.

2.4 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 2012 totalt 294 årsverk. For 2010 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 2012. Dette betyr en nedgang på 18 prosent. For årsverk for barn og unge ble det i 2011 rapportert totalt 65 årsverk, mens det i 2012 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 vedlegg til rapporten. Veiledning til de ulike spørsmålene vises under hovedpunktene i neste kapittel der de nasjonale tallene presenteres.

2.5 INNHOLD I KARTLEGGINGEN

Tabell 2.1 Innhold i IS-24 skjema i 2012

Bruker- medvirkning	1. Brukermedvirkning i organisert form - oppgis i hele kroner
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. Aktivitetscenter og/eller dagsenter 6. Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud 7. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålene
Årsverk i tjenester til barn og unge med psykiske vansker/ lidelser	8. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 9. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid 10. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålene
Årsverk fordelt på utdanningsgru pper (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 høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid 14. Helse-/sosialfag fra høyskole 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 <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålene
Kjøp av tjenester fra private/andre aktører i det psykiske helsearbeidet	19. Kjøper din kommune tjenester i psykisk helsearbeid fra private eller andre aktører 20. For hvor mange personer kjøper dere følgende tjenester til voksne/barn og unge <ul style="list-style-type: none"> • Bo og omsorgstjenester • Avlastning • Aktivitetstilbud (for eksempel Inn på tunet) • Arbeidstilbud/arbeidstrening privat • Privatpraktiserende psykolog • Veiledningstjenester • Annet: (hva)
Fastlegens rolle	21. Har kommunen inngått avtale med én eller flere fastleger om deltakelse i kommunens psykiske helsearbeid 22. I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helsearbeid i kommunen 23. Hvordan oppleves utviklingen i fastlegenes henvisninger til psykisk helsearbeid de siste årene 29. Ta stilling til følgende påstander om fastlegenes involvering i psykisk helsearbeid <ul style="list-style-type: none"> • Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle sakene • Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer • Fastlegene i kommunen bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykiske lidelser og problemer • Pasientene/brukerne er generelt godt fornøyd med hjelpen de får fra fastlegen sin • Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det • Fastlegene i kommunen har god kompetanse til å følge opp mennesker med psykiske lidelser og problemer • Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten • Fastlegene er våre viktigste støttespillere • Generelt har psykisk helsearbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune <p>Ytterligere kommentarer</p>

Kompetansebehov	<p>24. Har kommunen gjort en vurdering av kompetansebehovet knyttet til forsvarlig utøvelse av nåværende og fremtidige oppgaver på psykisk helseområdet</p> <p>25. Hvis ja, hvor mange årsverk utgjør dette (hvor mange flere årsverk enn det dere har i dag)</p> <p>26. Hvor mange årsverk psykologer vurderer dere at det er behov for (hvor mange flere årsverk enn det dere har i dag)</p> <p>27. Hvilken type kompetanse mener dere det ellers er behov for på psykisk helseområdet fremover?</p> <p>28. Legger dere opp til interkommunalt samarbeid eller andre tiltak for å dekke kompetansebehovet?</p>
Støttekontaktmottakere med psykiske vansker/lidelser, aktivitets- og fritidstilbud	<p>30. Hvor mange voksne med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt</p> <p>31. Hvor mange barn og unge med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt</p> <p>32. Beskriv organiseringen av støttekontakttjenestene</p> <p>33. Tilbyr kommunen gruppebaserte fritidstilbud for personer med psykiske vansker/ lidelser</p> <p>Dagtid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dagsenter med ulike aktivitetstilbud • Arbeidstrening • Treffsteder • Annet: (hva) <p>Kveldstid:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysisk aktivitet (trim, turer, med mer) • Kultur (teatergrupper, film, fotokurs etc.) • Bakegrupper og liknende • Annet: (hva) <p>34. Hvis ja på spm. 33, beskriv organiseringen av tilbudet</p>
Organisering av det psykiske helsearbeidet	<p>35. Organisering – tjenester til voksne</p> <p>Egen enhet/tjeneste</p> <p>Integrerte tjenester</p> <p>Ansvar hos rådmann/helsesjef</p> <p>Annen organisering (beskriv hvordan)</p> <p>36. Organisering – tjenester til barn og unge</p> <p>Egen enhet/tjeneste</p> <p>Integrerte tjenester</p> <p>Ansvar hos rådmann/helsesjef</p> <p>Annen organisering (beskriv hvordan)</p>
Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	<p>37. Får dere tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålet <p>38. Opplever dere at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at dere klarer å gi dem et godt nok tilbud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommentarer til spørsmålet <p>39. Hvordan opplever dere samarbeidet med spesialisthelsetjenesten rundt tjenestene til psykisk syke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidet rundt den enkelte pasient fungerer... • Samarbeidet på systemnivå fungerer... • Ytterligere kommentarer til samarbeidet <p>40. Hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året</p> <p>41. Kjenner behandlerne i psykisk helsevern (PHV) godt til tilbudet i kommunen</p>
Ny folkehelselov	<p>42. Hvordan har psykisk helsetjeneste blitt involvert i arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer?</p> <p>43. Hva er de største folkehelseutfordringene i kommunen generelt</p> <p>44. I forhold til mennesker med psykiske lidelser og problemer, får dere til å jobbe mer forebyggende nå enn tidligere</p> <p>45. Hvilke forebyggingstiltak i forhold til psykisk helse har kommunen iverksatt</p> <p>46. Hvilke forebyggingstiltak i forhold til psykisk helse planlegger kommunen å iverksette</p> <p>47. Andre kommentarer til forebyggingssatsningen i kommunen</p>
Annet	<p>48. Hva kaller dere tjenestene rettet mot psykisk helse for voksne/barn og unge i kommunen</p>

Datagrunnlaget som er innsamlet gjennom de to siste bolkene (samarbeid med spesialisthelsetjenesten og ny folkehelselov) kommer i egne rapporter første halvdel av 2014. Resten av datagrunnlaget er benyttet i denne rapporten.

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 12.

3.1 BRUKERMEDVIRKNING

IS-24 starter med et spørsmål om hvor mye penger kommunene har bevilget til brukermedvirkning². I 2012 bevilget kommunene 70 millioner kroner til brukermedvirkning i organisert form, en økning på 1,7 millioner fra 2011. Hvis vi tar hensyn til prisveksten, var den reelle nedgang i bevilgninger til brukermedvirkning på fire prosent fra 2011 til 2012.

Tabell 3.1 Beløp bevilget av kommunen til brukermedvirkning i organisert form 2007- 2012 (i 1 000 kroner)

År	Nominelt beløp	Nominell endring	Reelle tall*	Reell endring*
007	51 200	-	58 624	-
2008	58 800	15	66 562	14
2009	55 300	-6	59 779	-10
2010	66 695	21	73 765	23
2011	69 036	4	73 523	0
2012	70 747	2	70 747	-4

*Inflasjonsjustert til 2012-kroner basert på prisindeks for kommunalt helsekonsum (Statistisk sentralbyrå).

² 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.³

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 er derfor ikke nødvendigvis sammenliknbare med senere år. 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. I perioden 2008-2012 er det derimot ikke endringer i veiledningen annet enn språklige forbedringer.

Tabell 3.2 viser at kommunene for 2012 rapporterte om totalt 11 955 årsverk i psykisk helsearbeid. Dette er 15 flere årsverk enn i 2011, men utgjør en nedgang på en prosent i tjenester for voksne og en økning på 3 prosent i tjenester og tiltak til barn og unge. En del kommuner (21 kommuner) har gjennom datakontrollen svart at de har rapportert endring som ikke er reell fordi de anslår tallene på en annen måte. Når vi ser bort i fra disse finner vi at det er kun marginale reelle endringer fra 2011 til 2012.

Tabell 3.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267
Barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688
Totalt	12 029	12 546	12 136	12 195	11 940	11 955

Fra og med 2009 har de øremerkede midlene vært lagt inn i rammeoverføringene til kommunene. Det har derfor vært spesielt viktig å følge utviklingen fra 2008 og framover. Figuren på neste side viser at veksten flatet ut fram mot 2010 og avtok noe i 2011, for så å ligge stabilt fra 2011 til 2012. 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.

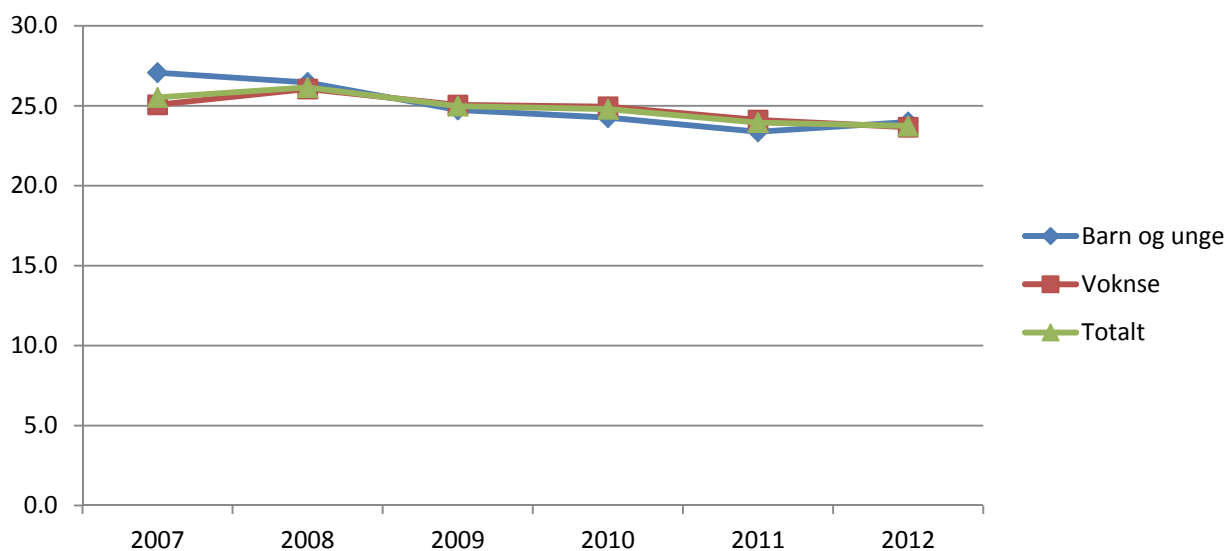
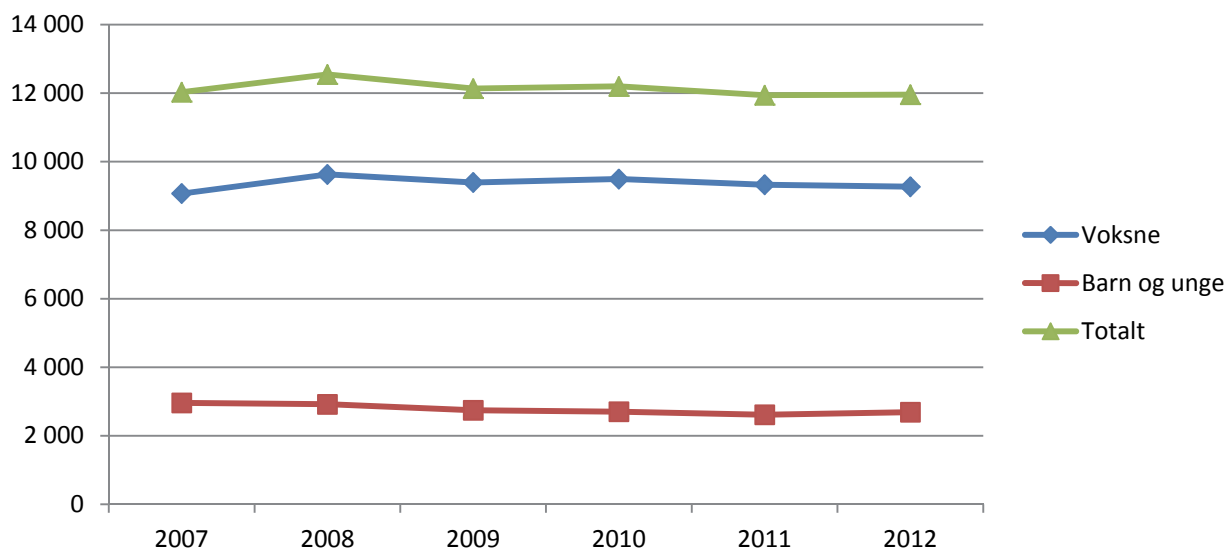
³ I veiledningen står det: Vennligst ta utgangspunkt i en representativ uke, fortrinnsvis uke 46, når årsverk beregnes. Dersom situasjonen i uke 46 ikke var representativ, vennligst velg en annen uke og legg inn merknad om dette i kommentarfeltet. Årsverk tar utgangspunkt i antall heltidsansatte pluss 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



Figur 3.1 Rapporterte årsverk 2007-2012 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 altså er stabilt.

Fra registerbasert sysselsettingsstatistikk (SSB) har vi informasjon om antall psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Der finner vi at i perioden 2008 til 2012 har det vært en vekst på 18 prosent. Dette kan stemme med at flere kommuner er i prosess med øke andelen av ansatte med høyskolekompetanse.

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 (kapittel 3.3.1)	<ol style="list-style-type: none"> 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 (kapittel 3.3.2)	<ol style="list-style-type: none"> 7. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 8. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid 9. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak

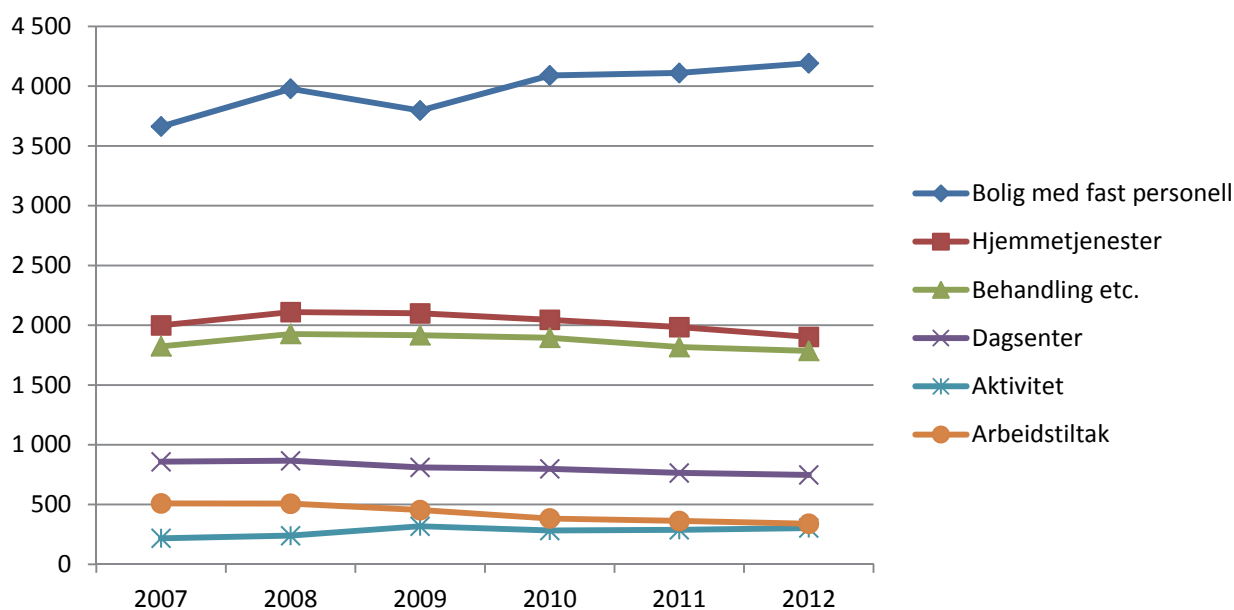
3.3.1 TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

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 3.3 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Endring 2011-2012
Bolig med fast personell	3 662	3 978	3 796	4 089	4 110	4 192	2 %
Hjemmetjenester	*	*	2 099	2 045	1 984	1 902	-4 %
Behandling etc.	3 824	4 037	1 917	1 895	1 818	1 785	-2 %
Dagsenter	858	866	810	798	764	747	-2 %
Aktivitet	217	239	318	282	288	303	5 %
Arbeidstiltak	509	507	453	383	362	339	-6 %
Sum voksne	9 069	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267	-1 %

Utviklingen er vist i neste figur. Her har vi estimert fordeling til hjemmetjenester og behandling etc. for 2007 og 2008 basert på faktisk fordeling i 2009.



Figur 3.2 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne brukere, 2007-2012

I tabellen under ser vi på den prosentvise fordelingen på ulike tiltak.

Tabell 3.4 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot voksne 2007-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bolig med fast personell	40	41	40	43	44	45
Hjemmetjenester	.	.	22	22	21	21
Behandling etc.	42	42	20	20	19	19
Dagsenter	9	9	9	8	8	8
Aktivitet	2	2	3	3	3	3
Arbeidstiltak	6	5	5	4	4	4
Sum voksne	100	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 årene. Bolig med fast personell har endret seg mest de siste årene, og dette er helt klart en tendens som stemmer med kommunenes erfaringer. Boligtjenester med fast personell er arbeidskraftintensive tjenester. Én bruker med døgnkontinuerlig oppfølging kan f.eks. ha behov for sju årsverk. Dette slår kraftig ut i de minste kommunene. Når pasientene generelt skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten, er det flere som har behov for døgn- eller dagbemannet bolig. At flere av årsverkene kanaliseres til bolig, er derfor naturlig.

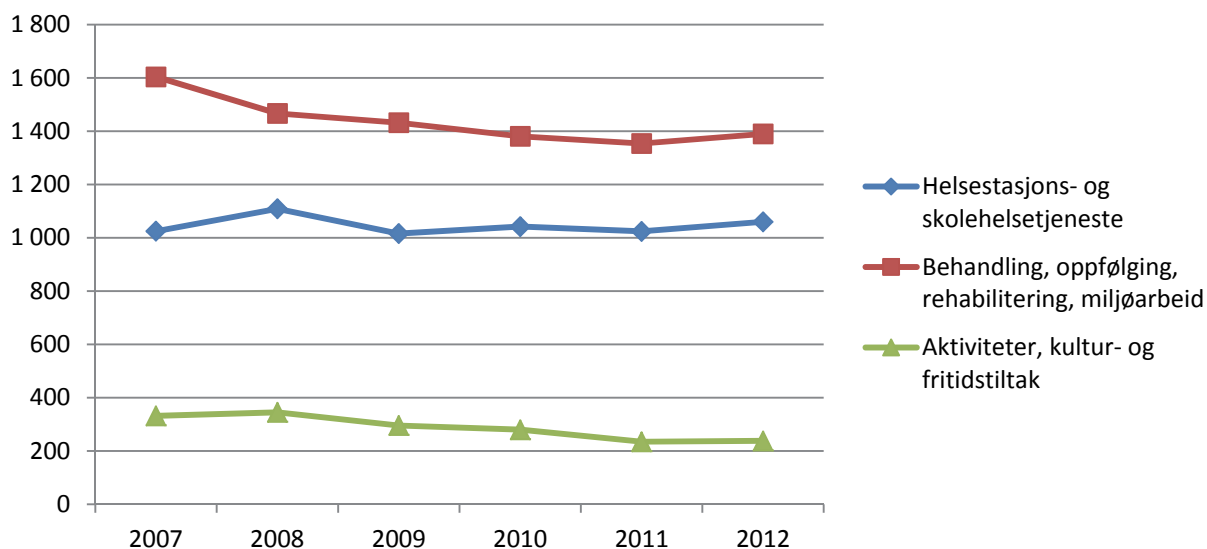
3.3.2 TILTAK OG TJENESTER TIL BARN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER OG VANSKER

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

Tabell 3.5 Antall årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Endring 2011- 2012
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	1 109	1 016	1 042	1 024	1 060	4 %
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	1 467	1 432	1 381	1 354	1 390	3 %
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	345	296	280	235	238	1 %
Sum årsverk barn og unge	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688	3 %

Utviklingen er vist i neste figur.



Figur 3.3 Antall årsverk i ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge, 2007-2012

Andel årsverk på ulike tiltak er vist i neste tabell. Der ser vi at andel av årsverkene som går til aktiviteter, kultur- og fritidstiltak har gått gradvis ned siden opptrappingsplanperioden var over. Tendensen som kan observeres nå er en økning i årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Dette stemmer også med nasjonale tall i tjenestene. Andelsmessig fordeler årsverkene seg likt på ulike tjenester i 2011 og i 2012.

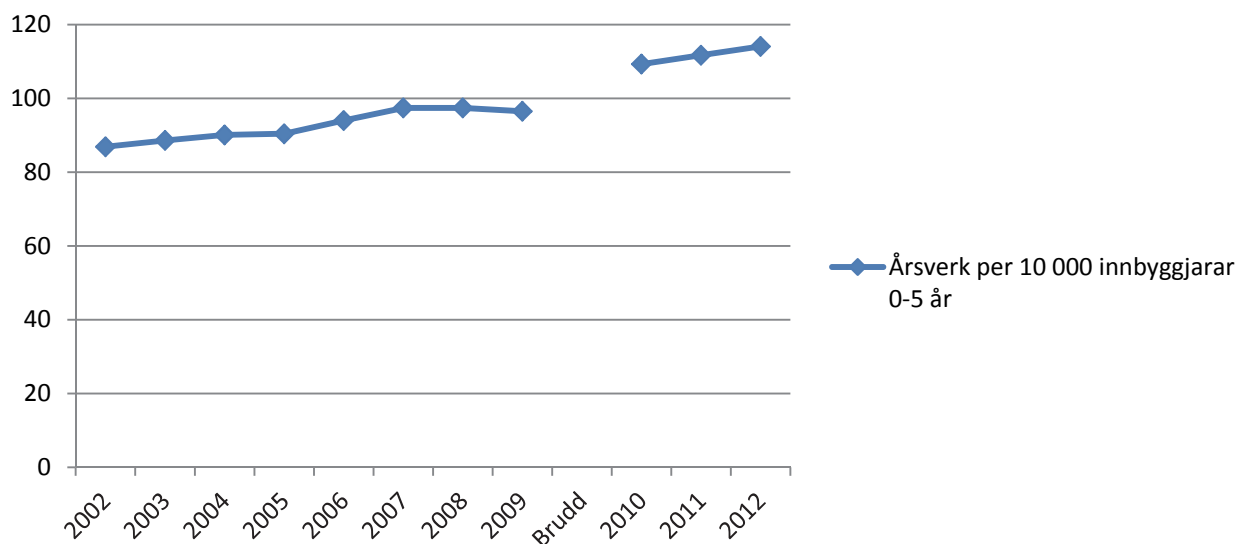
Tabell 3.6 Andel årsverk på ulike tiltak og tjenester rettet mot barn og unge 2007-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	35	38	37	39	39	39
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	54	50	52	51	52	52
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	11	12	11	10	9	9
Sum årsverk barn og unge	100	100	100	100	100	100
Antall årsverk	2 961	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688

I 2009 uttrykte helsedirektør Bjørn-Inge Larsen⁴ 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.

Når vi ser på de nasjonale tallene (gjennom AA-registeret og Kostra), ser vi at det er en vekst i årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten generelt og ikke bare årsverk som går med til psykisk helsearbeid.

⁴Se: 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



Figur 3.4 Årsverk per 10 000 innbyggjarar 0-5 år i helsestasjon- og skolehelsetjeneste (2002-2012). Kilde: SSB

Bruddet i tidsserien i 2010 skyldes overgang til registerbasert årsverksstatistikk i SSB og er ikke en reell endring.

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. Vi minner om at fastlegene kommer i tillegg til de som er rapportert gjennom IS-24.

3.4.1 UTDANNINGSGRUPPER INNEN TILTAK OG TJENESTER TIL VOKSNE

Tabell 3.7 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2008-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 074	1 082	1 174	1 130	1 175	1 180
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	1 973	2 213	2 069	2 119	1 967	1 874
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 796	2 017	2 024	2 150	2 200	2 205
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	2 287	2 466	2 299	2 317	2 206	2 261
Psykologer	23	19	22	31	41	37
Psykologspesialister	*	*	*	*	12	9
Andre med høgskole-/universitetsutd. m/v.utd i psykisk helsearbeid	207	188	208	229	215	194
Andre med høgskole-/universitetsutd. u/v.utd i psykisk helsearbeid	603	565	605	557	585	543
Andre	1 083	1 077	993	957	927	954
Totalt	9 048	9 627	9 392	9 492	9 328	9 258

Den prosentvise fordelingen i perioden 2007–2012 er vist i tabellen under, og vi ser også her at andelen i de ulike kategoriene er relativt konstant, tydelig slik at det blir færre årsverk både blant høgskoleutdannende og blant de med videregående utdanning som ikke har videreutdanning i psykisk

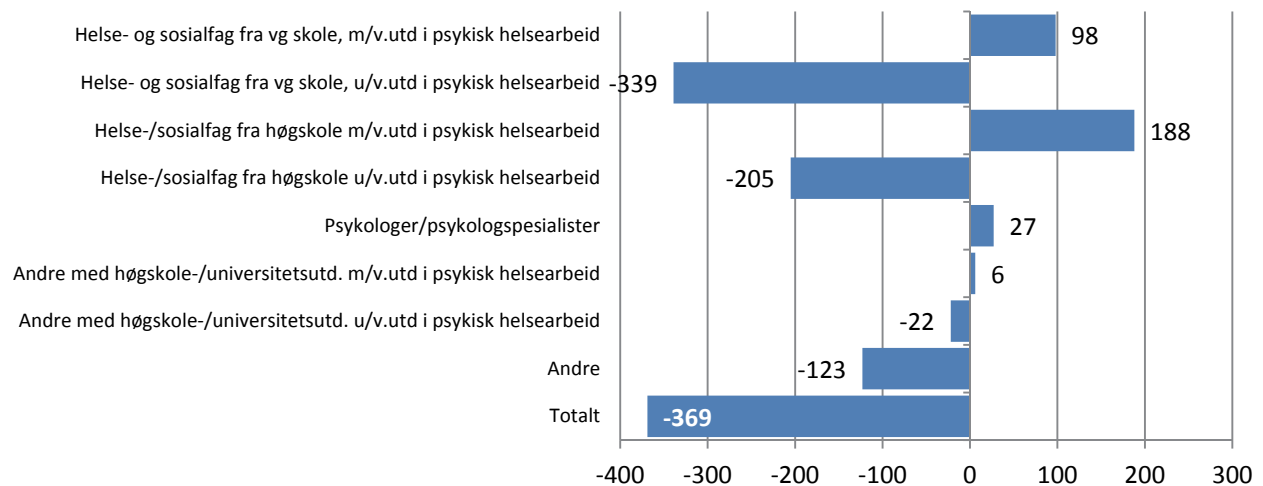
helsearbeid. Tendensen er også at personell med kompetanse på videregående skolenivå, erstattes av høyskolepersonell.

Tabell 3.8 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot voksne, 2007-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	12	11	13	12	13	13
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	22	23	22	22	21	20
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	20	21	22	23	24	24
Helse-/sosialfag fra høyskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	25	26	24	24	24	24
Psykologer	0.3	0.2	0.2	0.3	0.4	0.4
Psykologspesialister					0.1	0.1
Andre med høyskole-/universitetsutd. m/v.utd i psykisk helsearbeid	2	2	2	2	2	2
Andre med høyskole-/universitetsutd. u/v.utd i psykisk helsearbeid	7	6	6	6	6	6
Andre	12	11	11	10	10	10
Totalt	100	100	100	100	100	100

Vi ser også at det fortsatt er en svært liten andel psykologer og psykologspesialister i kommunalt psykisk helsearbeid. Fra forrige tabell ser vi at det er en nedgang fra 2011 til 2012 fra 53 årsverk til 46 årsverk. Vi kommer tilbake til kommunenes vurdering av behov for psykologer i kapittel 6.

Endring antall årsverk 2008-2012, tjenester og tiltak til voksne



3.4.2 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 3.9 Antall årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2008-2012. Alle kommuner

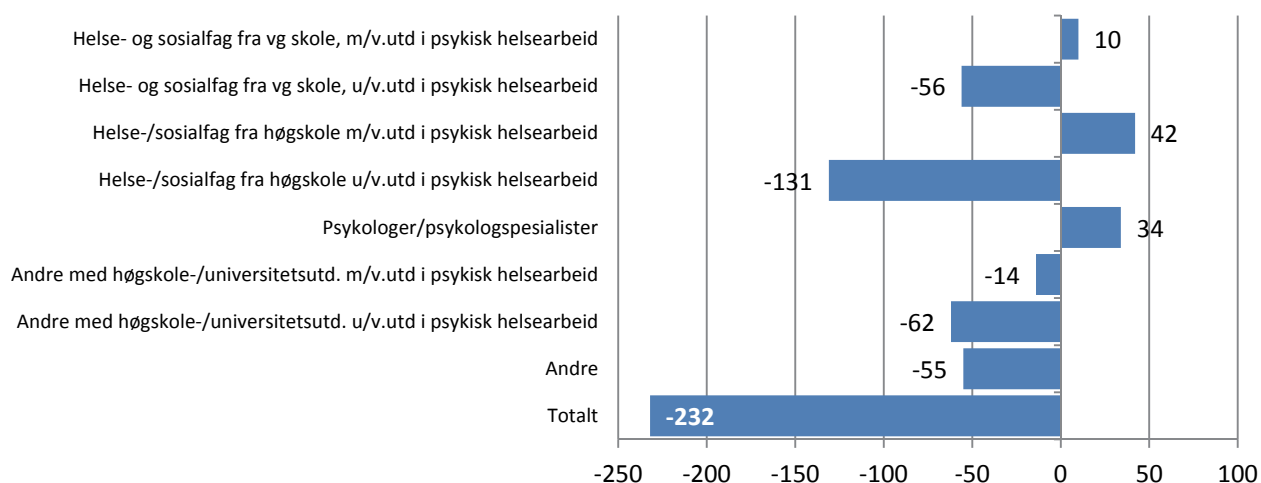
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	55	55	51	63	55	65
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	243	257	216	183	189	201
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	344	412	432	438	449	454
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	1 099	1 144	1 080	1 078	948	1013
Psykologer	156	179	183	181	173	168
Psykologspesialister	*	*	*	*	50	45
Andre med høgskole-/universitetsutd. m/v.utd i psykisk helsearbeid	150	172	142	139	153	158
Andre med høgskole-/universitetsutd. u/v.utd i psykisk helsearbeid	603	471	438	417	409	409
Andre	287	230	202	207	188	175
Totalt	2 937	2 920	2 744	2 703	2 615	2 688

Tabell 3.10 Andel årsverk på ulike utdanningsgrupper innen tjenester og tiltak rettet mot barn og unge, 2008-2012. Alle kommuner

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/v.utd i psykisk helsearbeid	2	2	2	2	2	2
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/v.utd i psykisk helsearbeid	8	9	8	7	7	7
Helse-/sosialfag fra høgskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	12	14	16	16	17	17
Helse-/sosialfag fra høgskole u/v.utd i psykisk helsearbeid	37	39	39	40	36	38
Psykologer	5	6	7	7	7	6
Psykologspesialister					2	2
Andre med høgskole-/universitetsutd. m/v.utd i psykisk helsearbeid	5	6	5	5	6	6
Andre med høgskole-/universitetsutd. u/v.utd i psykisk helsearbeid	21	16	16	15	16	15
Andre	10	8	7	8	7	7
Totalt	100	100	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. 82 prosent av de tilsammen 259 psykologårsverkene rapportert for 2012, jobbet med barn og unge. I likhet med årsverk for voksne er det rapportert en reduksjon i antall psykologiårsverk for barn og unge fra 2011 til 2012 (4 prosents reduksjon, 10 årsverk).

Endring antall årsverk 2008-2012, tjenester og tiltak til barn og unge



Fra tabell 3.11 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 3.11 Andel årsverk med høgskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid innen tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge, 2007-2012

	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
2012	57	39	84	27

3.5 ORGANISERING AV TJENESTENE

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>.

I dette delkapittelet undersøker vi to forhold:

- Er rus og psykisk helse organisert i en felles tjeneste?
- Hvilken organisasjonsmodell velger kommunene for tjenestene?

3.5.1 ORGANISERING AV RUS OG PSYKISK HELSE

Det kan være bedre å spørre hva kommunene kaller tjenestene sine heller enn å be de kategorisere tjenestene inn i forhåndsbestemte kategorier. Vi har, basert på et lukket og et åpent spørsmål, klart å kategorisere kommunene som har svart på dette (94 prosent av kommunene) i fire ulike kategorier. Disse er vist i neste tabell.

Tabell 3.12 Antall og andel kommuner i ulike kategorier etter hvordan de har organisert tjenestene, 2012.

	Antall	Andel
Vi har ikke en egen tjeneste, det er integrert i øvrige tjenester	24	6
Psykisk helsetjeneste/psykisk helsearbeid/psykiatritjeneste/psykisk helse (avd., enhet, etat)	261	65
Psykisk helse + rus i samme enhet/avdeling/etat	87	22
Annet (interkommunalt, habilitering, rehabilitering, oppfølgingstjeneste, mestringstjeneste, voksne og barn fellestjeneste)	32	8
Totalt	404	100
Ikke svart	25	

Nesten to av tre kommuner har en egen tjeneste rettet mot psykiske helseutfordringer. Disse kan også ha innslag av rusproblematikk, men har altså ikke valgt å danne en felles rus og psykisk helse tjeneste. Flere av de som har felles tjeneste har nylig omorganisert, så det kan hende flere vil gjøre dette etter hvert. Jo flere som slår sammen psykisk helse og rustjenestene, jo mer behov vil det være for å samordne IS-24 og IS-8 rapporteringen. Foreløpig er det 22 prosent av kommune som har fellestjenester.

Vi kommer til å fortsette å følge utviklingen i måten kommunen organiserer rus og psykisk helsetjenestene etter de tre første kategoriene, mens annet holdes åpent for å følge med på variasjonen i neste års rapportering.

3.5.2 ORGANISERINGSMODELL

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 og 2012 har kommunene i tillegg kunnet krysse av for en kategori "Annen organisering".

I 2012 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:

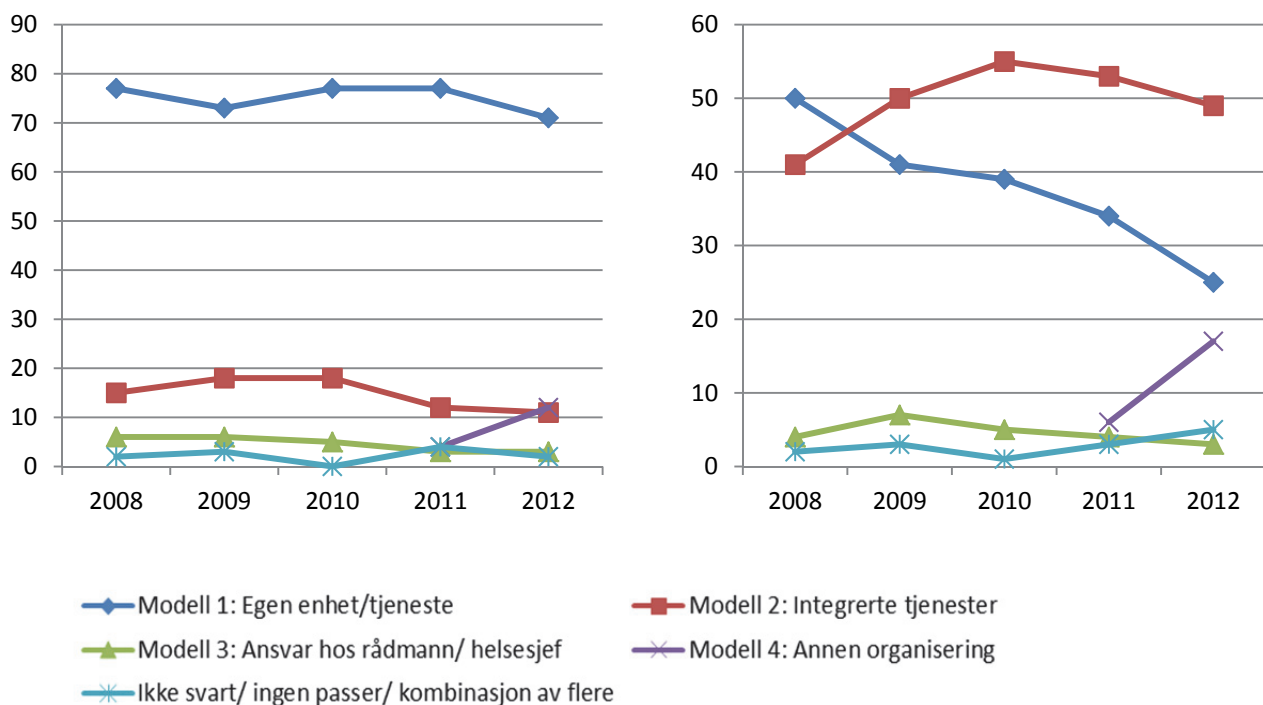
Hvis ingen av kategoriene over passer, kan man krysse av for annen organisering, og beskrive denne i et åpent spørsmål.

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

Tabell 3.13 Andel kommuner i hver organiseringskategori i tjenestene til voksne og barn/unge. 2008-2012.

	Voksne					Barn og unge				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Modell 1: Egen enhet/tjeneste	77	73	77	77	71	50	41	39	34	25
Modell 2: Integreerte tjenester	15	18	18	12	11	41	50	55	53	49
Modell 3: Ansvar hos rådmann/ helsesjef	6	6	5	3	3	4	7	5	4	3
Modell 4: Annen organisering				4	12				6	17
Ikke svart/ ingen passer/ kombinasjon av flere	2	3	0	4	2	2	3	1	3	5
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antall kommuner	430	430	430	429	429	430	430	430	429	429

Det kan være lettere å se utviklingen tydeligere i en figur, se under. Nå blir det tydelig at det som fortsatt er vanligst i tjenester til voksne, er å ha en egen enhet eller tjeneste. Det er stadig færre kommuner som beholder tjenestene til voksne med psykiske lidelser og vansker integreert i øvrige tjenester. Det er flere kommuner som har ulike kombinasjoner av de ulike modellene (annen organisering).



Figur 3.5 Andel kommuner med ulike organiseringsmodeller for tjenester til voksne (venstre side) og tjenester til barn og unge (høyre side).

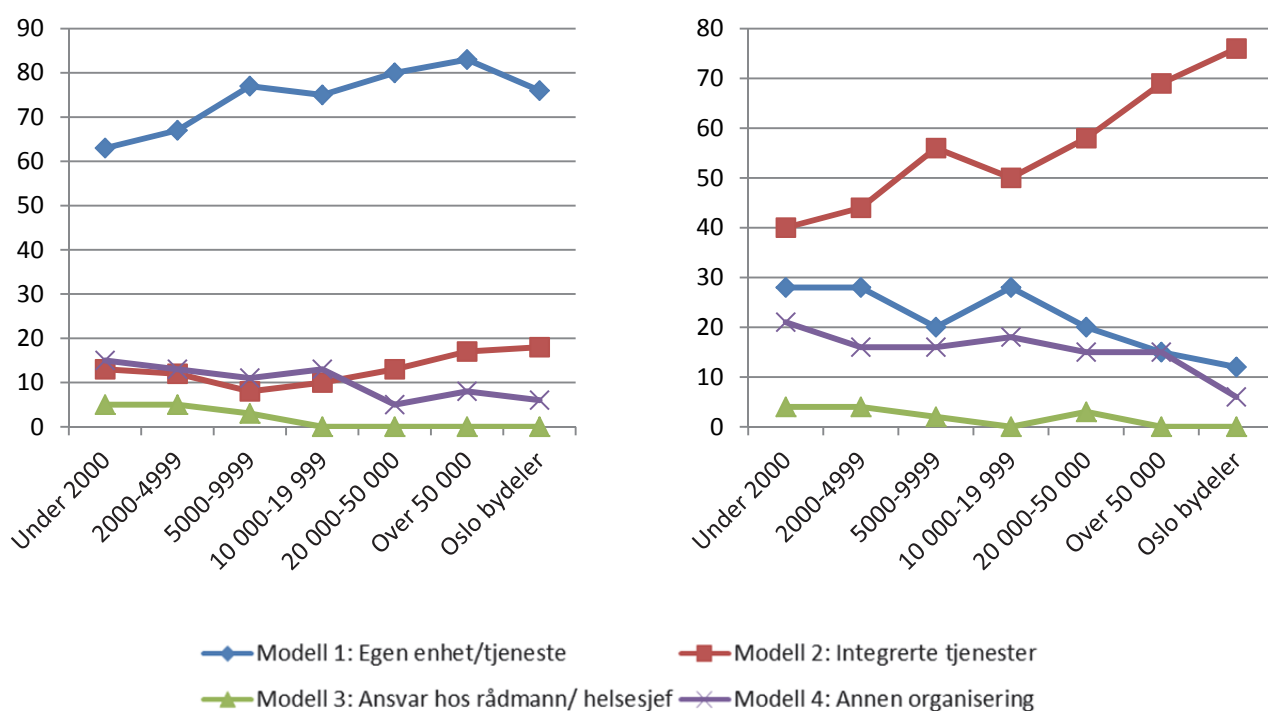
Om vi ser på kommunestørrelse i forhold til den valgte organiseringsmodellen, ser vi at det finnes noen mønster (se tabeller under). Vi illustrerer dette i figuren på neste side.

Tabell 3.14 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunestørrelse, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Under 2000	63	13	5	15	96	95
2000-4999	67	12	5	13	98	134
5000-9999	77	8	3	11	100	87
10 000-19 999	75	10	0	13	98	60
20 000-50 000	80	13	0	5	98	40
Over 50 000	83	17	0	8	108	12
Oslo bydeler	76	18	0	6	100	17
Landet	73	12	3	12	100	437

Tabell 3.15 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunestørrelse, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Under 2000	28	40	4	21	94	95
2000-4999	28	44	4	16	93	134
5000-9999	20	56	2	16	94	87
10 000-19 999	28	50	0	18	97	60
20 000-50 000	20	58	3	15	95	40
Over 50 000	15	69	0	15	100	13
Oslo bydeler	12	76	0	6	94	17
Landet	26	52	3	18	100	421



Figur 3.6 Andel kommuner med ulike organiseringsmodeller for tjenester til voksne (venstre side) og tjenester til barn og unge (høyre side) etter kommunestørrelse.

Vi ser at sannsynligheten for å ha egen enhet/tjeneste i tjenester til voksne øker med kommunestørrelse, mens Oslo i større grad har integrerte tjenester. I tjenester for barn og unge, er det også tydelig at sannsynligheten for å ha integrerte tjenester øker med kommunestørrelse. Det er tydelig at egen enhet for tjenester til barn og unge, ikke er særlig vanlig i de store kommunene. Dette kan handle om at store kommuner har flere valgmuligheter innenfor eksisterende tjenester.

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 for voksne som går til bolig med fast personell har økt siden 2009 og fortsetter denne trenden i 2012, men for alle de andre kategoriene er det stillstand eller nedgang.
- Antall årsverk som går til aktivitet og fritidstilbud til barn og unge viser tydelig negativ trend.
- Både for voksne og barn og unge ser vi en markant økning i antall psykologårsverk fra 2010 til 2011, men i 2012 observeres nedgang både i tjenester til voksne og i tjenester til barn og unge.
- 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.
- 22 prosent av kommunene har felles organisering av rus og psykisk helsearbeid
- 65 prosent av kommunene har egen tjeneste, avdeling, team eller etat til psykisk helsearbeid
- Jo større kommunen er, jo mer sannsynlig er det at tjenester til barn og unge er integrert i de øvrige tjenestene, bildet er noe mer sammensatt i tjenester til voksne.

4 SAMARBEID MED FASTLEGENE

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.

Det finnes god statistikk om fastleger i offentlige register i NAV og SSB og kommunene skal derfor ikke rapportere på legeårsverk knyttet til psykisk helsearbeid i IS-24. Fastlegene er en viktig del av det kommunale psykiske helsearbeidet og kommer altså i tillegg til årsverkene rapportert i IS-24. I dette delkapittelet ser vi nærmere på fastlegens rolle i kommunalt psykisk helsearbeid.

4.1 INNLEDNING

I fjorårets datainnsamling ba vi kommunene beskrive hvordan fastlegene i praksis bidrar i det psykiske helsearbeidet i kommunen. Vi fant da at de aller 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 både i forhold til fastlegens involvering, fastlegens tilgjengelighet og fastlegens kompetanse.

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

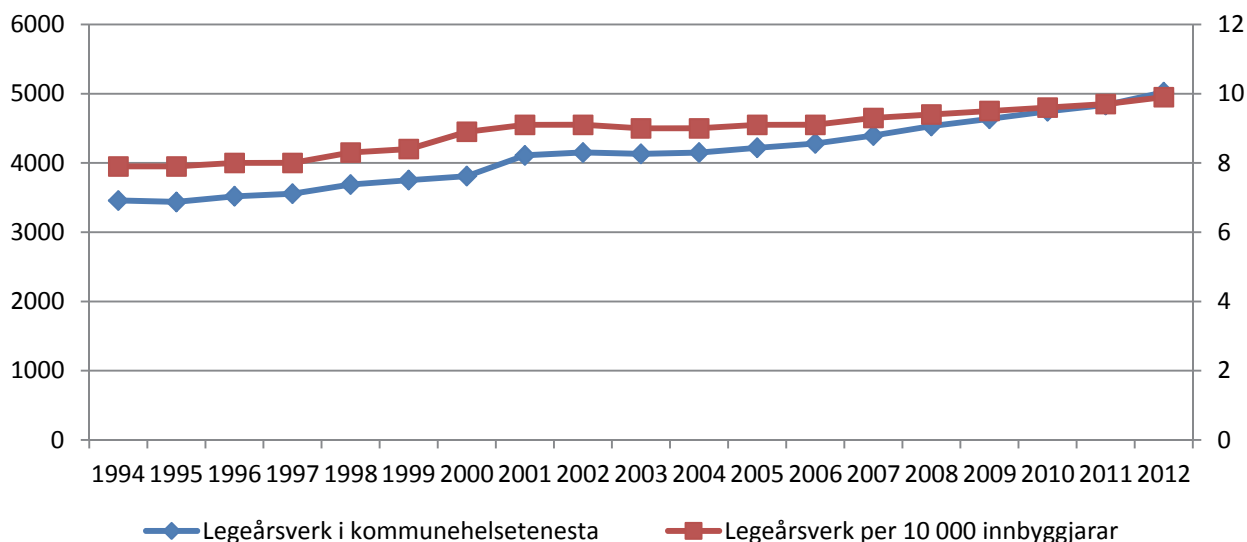
I kartleggingen for 2011 fikk vi frem en bredde i innsatsen til fastlegen i kommunalt psykisk helsearbeid, se mer i kapittel 1.2.2. I 2012-kartleggingen har vi gått dypere i problemstillingen og bedt kommunene svare både på ulike spørsmål knyttet til følgende problemstillinger:

- Om kommunen har avtale med fastleger om deltakelse i kommunen psykiske helsearbeid
- I hvilken grad fastlegen henviser til psykisk helsearbeid, hvordan utviklingen har vært de siste årene
- Om fastlegene er godt involvert i de individuelle sakene og i sakene på plan- og systemnivå i kommunene
- Om pasientene/brukerne er generelt godt fornøyd med hjelpen de får fra fastlegen sin
- Om kommunene opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når de trenger det
- Om fastlegene i kommunen har god kompetanse til å følge opp mennesker med psykiske lidelser
- Om fastlegene er viktig for samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Om kommunen opplever at fastlegene er de viktigste støttespillere
- Om psykisk helsearbeid generelt har et godt samarbeid med fastlegene i kommunene

Vi ser først generelt på legeårsverkene i kommunehelsetjenesten inkludert avtaleform og virkeområde.

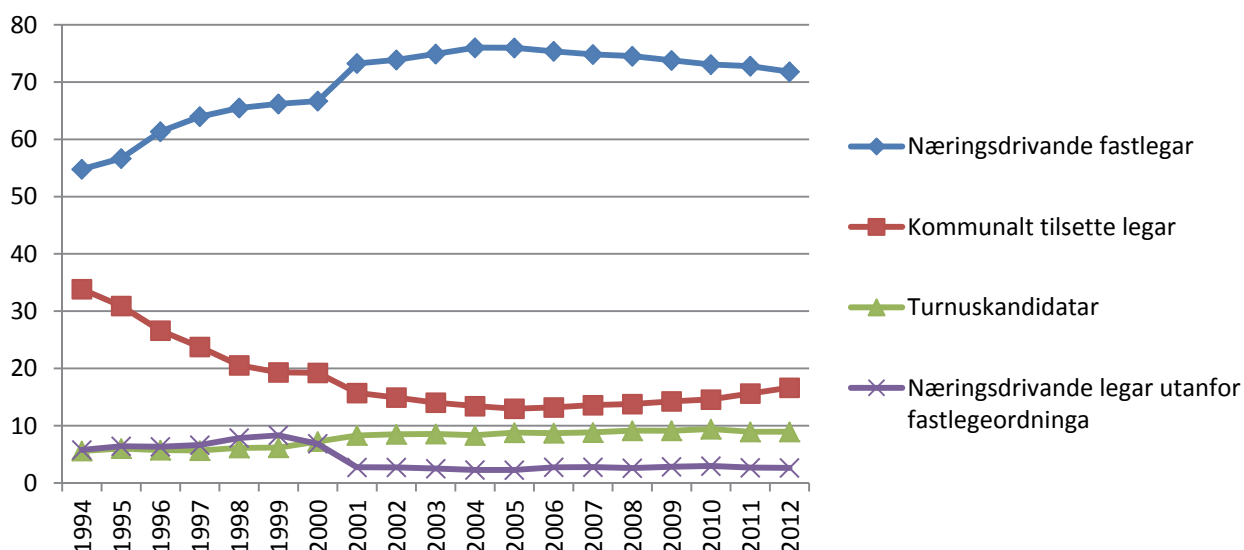
4.2 LEGEÅRSVERK I KOMMUNEHELSETJENESTEN

Fra 1994 har det vært en jevn økning i antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten. I 2012 var det 5 020 legeårsverk i kommunehelsetjenesten og i fra 1994 til 2012 har det vært en økning i antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten på 45 prosent. Dersom vi justerer for befolkningsveksten, har økningen samme periode vært 25 prosent. De 5 020 årsverkene utføres i stor grad av fastlegene. Kvinneandelen blant fastlegene øker raskt, fra 29 prosent i 2002 til 38 prosent i 2012.⁵



Figur 4.1 Antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten, antall (venstre akse) og per 1000 innbygger (høyre akse). Kilde: SSB.

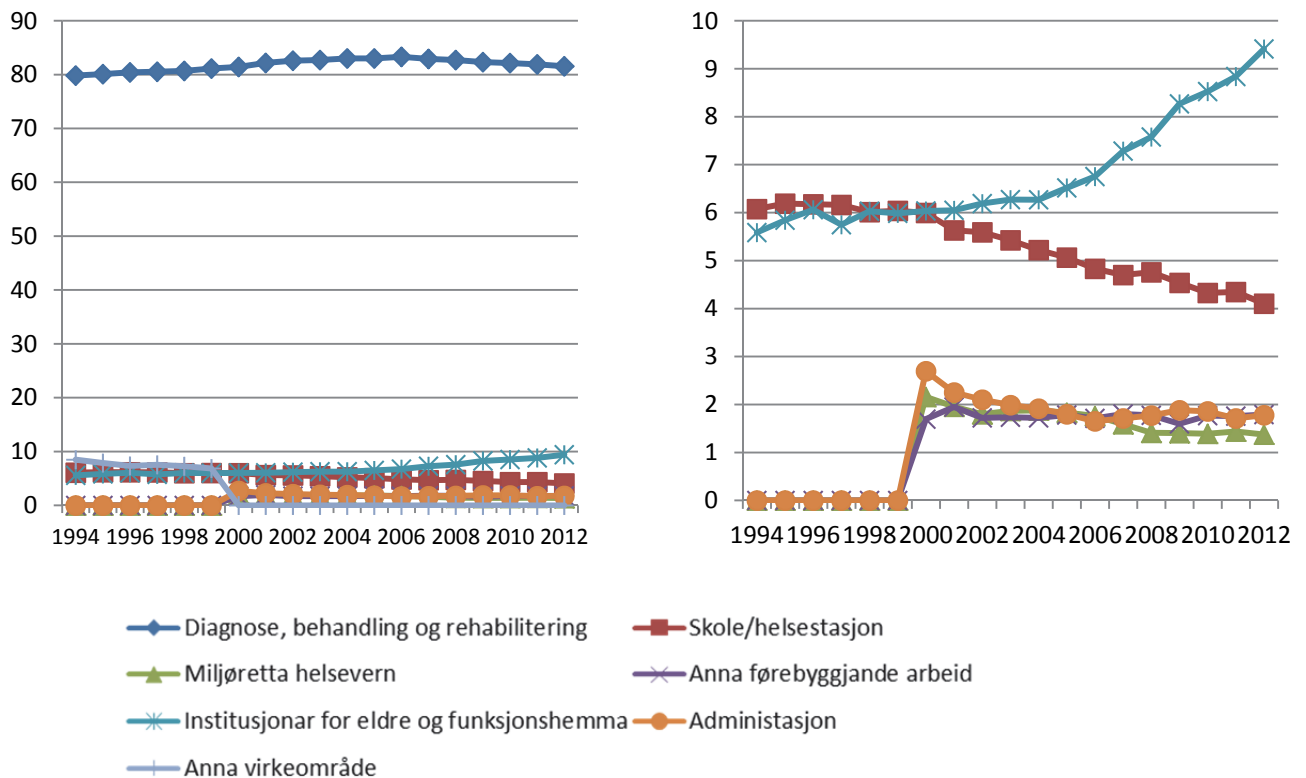
I neste figur ser vi at i overkant av 70 prosent av legene er selvstendig næringsdrivende fastleger, mens 17 prosent i 2012 er kommunalt tilsatte leger. Videre ser vi at det er tendenser til at en større andel av legene ansettes av kommunene.



Figur 4.2. Prosentandel legeårsverk i kommunehelsetjenesten etter avtaleform, 1994-2012. Kilde: SSB

⁵ Kilde SSB: Tabell: 07456: Fastleger, etter kjønn, innvandringskategori og alder.

Det samles også inn statistikk over hvilket hovedområde legeårsverkene er rettet mot fra hver kommune. I figur 4.3 viser vi utviklingen i årsverksinnsats etter virkeområde og vi ser fra figuren til venstre at over 80 prosent av årsverkene brukes til å stille diagnoser, drive behandling og rehabilitering. Dersom vi fjerner disse fra figuren, ser vi lettere hvordan de øvrige årsverkene fordeler seg (figuren til høyre). Der ser vi at det er særlig vekst i årsverkene knyttet til institusjoner for eldre og funksjonshemmede, mens det er en tydelig nedgang i legeårsverkene knyttet til helsestasjon og skole. Det ser fra figuren ut til at bruken av legeressurser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, i særlig grad går på bekostning av legeårsverk i skole- og helsestasjoner.



Figur 4.3 Legeårsverk i kommunehelsetjenesten etter virkeområde, 2001-2011. Kilde: SSB.

Oppsummert kan vi si at det i disse årene har 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 en kommune som ikke har legeårsverk i 2012 (Roan) til den lille finnmarkskommunen Hasvik, som har rapportert at de har over 33 legeårsverk per 10 000 innbygger. Kommunen har ca 1000 innbyggere, så det er 3,4 legeårsverk i kommunehelsetjenesten i Hasvik.

4.3 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 Ådnanes, 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 Ådnanes, 2006). Ådnanes, 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 (Ådnanes, Hatling og Grut, 2005; Ådnanes og Bjørngaard, 2006). I følge Andersson og Ådnanes (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 (Ådnanes 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 (Ådnanes, Hatling og Grut 2005) og spørreundersøkelsen blant fastleger og det psykiske helsearbeidet (Ådnanes og Bjørngaard, 2006), viste at fastlegens **oppfølging** av pasientene er svært variabel.⁶ Mange pasienter har faste og hyppige konsultasjoner med fastlegen, mens for andre pasienter oppfattes ikke fastlegen som en sentral aktør (Ådnanes 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

⁶ Ådnanes, 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). Ådnanes 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.⁷ 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

⁷ 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 bidrog 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)

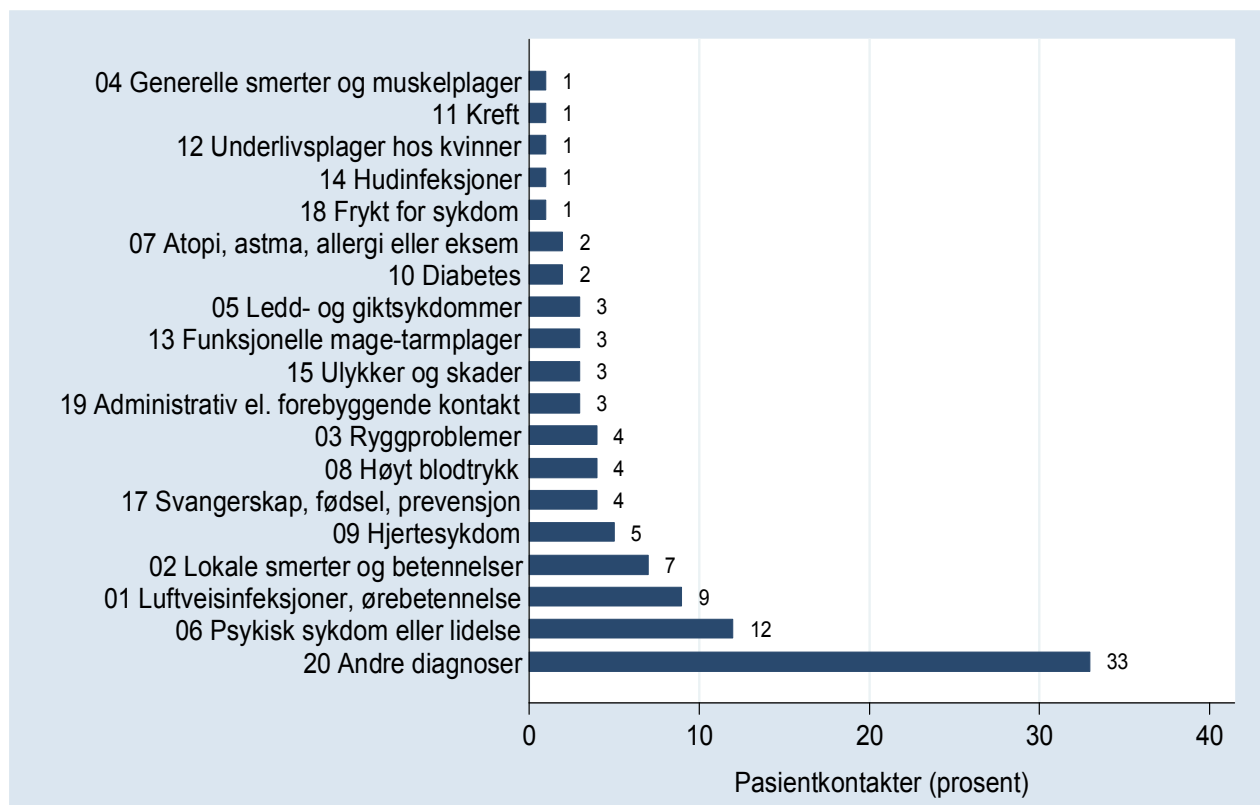
Det var kun 15 kommuner som krysset av for "Nei", altså at de ikke hadde etablert faste samarbeidsrutiner. Dette betyr at omtrent 3,5 prosent av kommunene i 2008 ikke hadde etablert faste samarbeidsrutiner som bidrog til at brukernes fastlege ble involvert der det var behov.

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.

4.4 FASTLEGENE OG PSYKISK HELSE

Tall fra NAVs Konsultasjonsstatistikk for fastlegekonsultasjoner etter diagnosekapittel, viste at rundt 10 prosent av alle konsultasjonene var knyttet til psykisk sykdom eller symptomer (Nossen, 2007; Brøyn et al., 2007). Psykiske vansker og lidelser er den fjerde vanligste kontaktårsaken hos fastleger i Norge, etter muskel og skjelett, hjerte-kar og luftveisproblemer (Nossen, 2007). Denne fordelingen er basert på diagnosebruk i legenes konsultasjoner. Psykiske helseproblemer kan også oppstå i forhold til andre diagnoser, og det anslås at psykiske helseproblemer er en viktig del av problemstillingen i om lag hver

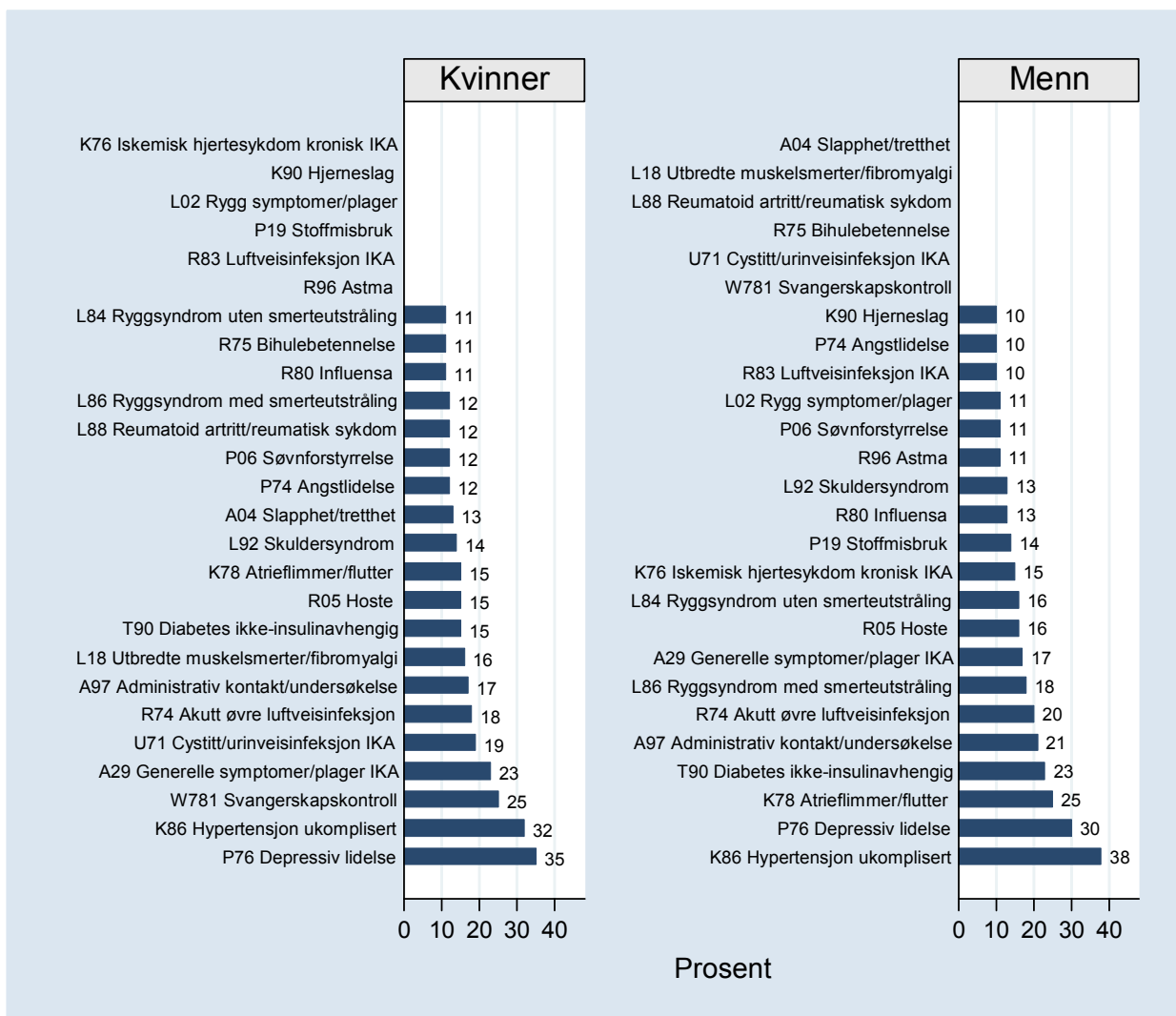
tredje konsultasjon (Hunnskaar, 2003). Som figuren under er det 12 prosent av pasientkontaktene (ikke bare konsultasjoner) som skyldes psykisk sykdom eller lidelse.



Figur 4.4 Pasientkontakter etter diagnosegrupper. Prosent. Kilde: Brøyn et al., 2007.

Selv om kvinner går hyppigere til lege enn menn, viser tallene at andelen etter ulike diagnosegrupper varierer, se neste figur. Noen sykdommer eller diagnoser brukes i større grad for kvinner enn for menn. Dette illustreres med at de fremkommer i listen over de 20 vanligst brukte enkeltdiagnosene hos det motsatte kjønn, men ikke blant gjeldende.

Den mest brukte koden for menn er høyt blodtrykk. Deretter følger depressiv lidelse, atrieflimmer og diabetes type 2. For kvinner er det koden for depressiv lidelse, fulgt av høyt blodtrykk og svangerskapskontroller. En rekke koder går igjen hos begge kjønn, som for eksempel akutt øvre luftveisinfeksjon, hoste, rygg syndrom uten smerteutstråling, søvnforstyrrelser, angstlidelse og influensa. "Typiske kvinnekoder" på listen er fibromyalgi, slapphet/tretthet og urinveisinfeksjoner, mens menn har iskemisk hjertesykdom, stoffmisbruk og hjerneslag som de mest vanlige diagnosene (Brøyn et al., 2007).



Figur 4.5 De 20 mest brukte enkeltdiagnosene (kodene) hos allmennlegen, etter pasientens kjønn. Prosent. Kilde: Brøyn et al., 2007 (figur laget fra tabell 12.19).

Helsedirektoratet utarbeidet i 2009 en rapport om allmennlegetjenesten og psykisk helse (IS-1655 Rapport: Allmennlegetjenesten og psykisk helse). 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 en arbeidsgruppe og referansegruppen, men rapporten bygger også blant annet på funn fra evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse og evalueringen av fastlegeordningen.

I 2007 inviterte Helsedirektoratet til en bredt sammensatt arbeidsgruppe og referansegruppe for å drøfte allmennlegetjenesten i relasjon til psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har på bakgrunn av dette arbeidet gitt tilskudd til Den norske legeforening for å kunne gjennomføre følgende tiltak:

- Styrke praksiskonsulentordningen (PKO): Engasjement av fastlege ved distriktpsikiatriske sentra og poliklinikker for psykisk helsevern for barn og unge.
- Kognitiv atferdsterapi: Utvikling av en mindre omfattende metode, tilpasset hverdagspraksis i allmennmedisin.

- Bruker- og pårørendeerfaringer: I samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner, vurdere hvordan brukererfaringer kan være tema i allmennlegens videre- og etterutdanning.
- Samhandling internt i kommunene: Undersøke i samarbeid med relevante aktører hvordan lokalt samarbeidsutvalg og allmennlegerådene i kommunene kan styrkes.
- Tilgjengelighet: Vurdere hva som fremmer og hemmer psykisk sykes tilgjengelighet til allmennlegetjenester.
- Psykisk helsevern for barn og unge: Revidere håndbok som gir råd og praktisk bistand i allmennlegetjenestens kontakt med og henvisning til psykisk helsevern for barn og unge.
- Prosjekt som gjelder psykisk utviklingshemming og samtidig psykisk lidelse: Forskningsprosjekt som vil se på allmennlegens deltakelse for denne målgruppen.
- Prosjekt som kan beskrive modeller på samhandling mellom allmennlege og psykolog. Andre tjenesteytere i kommunens psykiske helsearbeid kan involveres ved behov.

I en rapport utarbeidet på oppdrag fra Den norske legeforening som er en oppfølging av Helsedirektoratets rapport "Allmennlegetjenesten og psykisk helse" beskrevet over, inneholder blant annet en beskrivelse av fastlegens rammebetingelser for fastlegens arbeid (Hetlevik, 2012). Der står det blant annet:

Avtaleverket legger opp til at fastlegene skal jobbe inntil en dag pr uke med kommunale oppgaver, slik at den "typisk fastlege" er 4 dager i egen kontorpraksis og en dag i helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem eller kommunalt samfunnsmedisinsk arbeid. Noen leger har ikke slike kommunale oppgaver, mens leger med de korteste listene ofte har større stillinger i andre virksomheter som kommunal samfunnsmedisin, i NAV eller på universitet.

Hetlevik (2012) konkluderer med at fastleger i stor grad er tilgjengelige for pasienter med psykisk helse problem, og psykisk helsearbeid utgjør en betydelig del av fastlegers arbeid. Det konkluderes med at en av modellene som bør prøves ut er å knytte kommunens ansatte innen psykisk helse for voksne tettere opp til de enkelte legekantor og tone ned geografisk organisering i kommunene. Forfatteren mener at en slik organisering er naturlig med den sentrale koordinerende rolle fastlegene er tillagt og vil bedre personlig kontakt mellom dem som jobber med felles pasienter. Det argumenteres med at en slik organisering tar hensyn til generelle samarbeidsfremmende faktorer og vil gi et mer koordinert tilbud til pasientene. Det hevdes også at dette kan også bidra til en tydeligere primærhelsetjenestebasert profil i psykisk helsetjeneste i kommunene (ibid).

Vi går nå over til å se på hvordan representanter fra kommunalt psykisk helsearbeid vurderer fastlegens rolle og innsats, og undersøker om forslagene fra Legeforeningen og Hetlevik om å knytte kommunens ansatte innen psykisk helse for voksne tettere opp mot legekantorene er i samsvar med respondentenes vurdering.

4.5 OMFANG OG NIVÅ PÅ SAMARBEID MED FASTLEGEN

Det er vanskelig å måle omfanget av samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid og fastlegene uten å gjøre en nøyaktig kartlegging på individnivå.⁸

Vi har kartlagt om kommunene har inngått avtale med en eller flere fastleger i kommunenes psykiske helsearbeid. Svarfordelingen er vist i neste tabell. Nesten 40 prosent av kommunene svarer at de har inngått avtale, mens resten svarer at de ikke har en slik avtale.

Tabell 4.1 Har kommunene inngått avtale med en eller flere fastleger om deltakelse i kommunens psykiske helsearbeid. 2012, IS-24.

	Antall	Andel
Ja	164	39
Nei	254	61
Total	418	100

Samarbeidsavtalene går ofte ut på å ha faste felles møter:

Vi har etablert tverrfaglig samarbeidsteam med møte hver måned. NAV og ev.t ruskonsulent deltar også. Vårt samarbeid forgår i hovedsak i disse møtene (Fagleder, liten kommune)

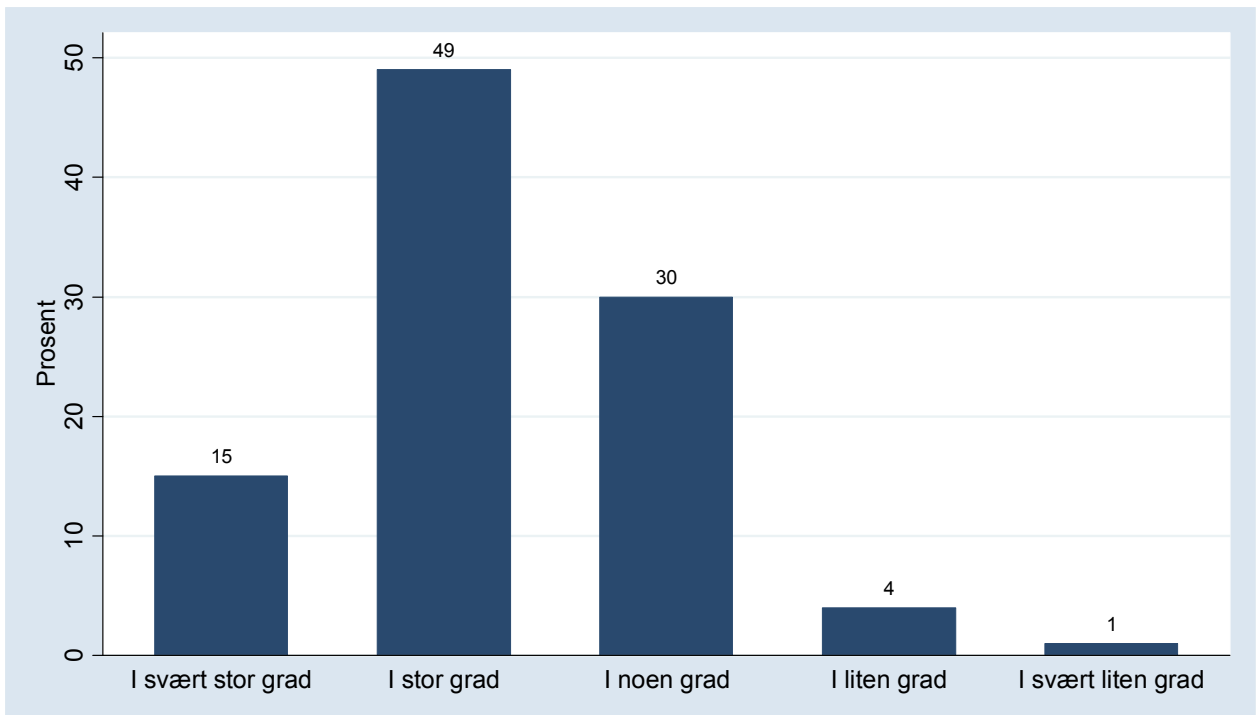
Det er ulik praksis med hensyn til samarbeid fastlegene og psykisk helse. To av fem legepraksiser har faste avtaler med psykisk helsearbeidere og der oppleves samarbeidet som godt (Fagleder, relativt stor kommune).

Tjenesten for rus og psykisk helse har faste samarbeidsmøter med fastlegene hver 3. uke. Noen fastleger har mye kompetanse og gjør en grundig jobb med pasientgruppen, andre ikke (Avdelingsleder, relativt liten kommune).

Siste respondent sier at det er stor variasjon mellom fastlegene i forhold til kompetanse. Vi vet også fra tidligere kartlegginger at det er stor variasjon mellom fastlegene i forhold til å henvise pasienter til det kommunale psykiske helsearbeidet.

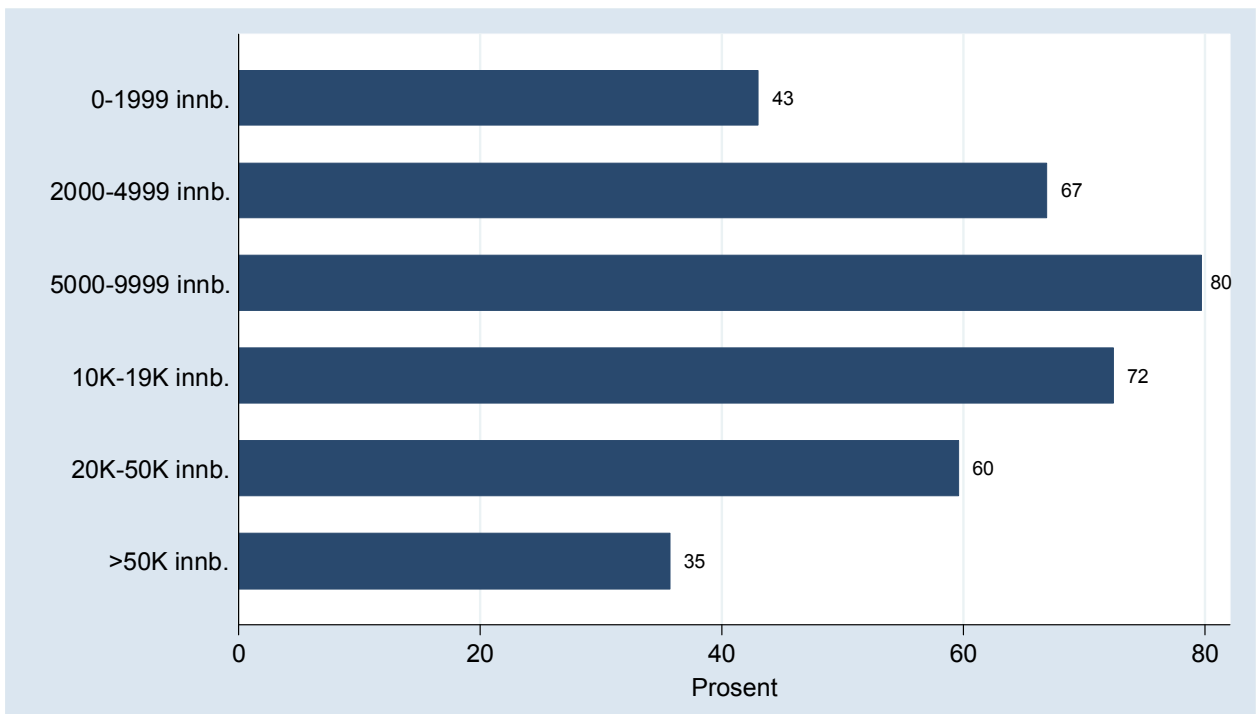
I neste figur viser vi hvordan svarene på spørsmål om i hvilken grad fastlegen henviser til kommunene fordeler seg. På dette spørsmålet har det kommet svar fra 95 prosent av kommunene.

⁸ I et annet prosjekt om samarbeid mellom psykisk helsearbeid, fastlegene og spesialisthelsetjenesten som vi utfører på oppdraget av Helsedirektoratet, går vi videre på funnene i dette kapitlet og gjør blant annet intervju i kommuner der samarbeidet oppleves å fungere godt og i kommuner der samarbeidet oppleves å fungere dårlige.



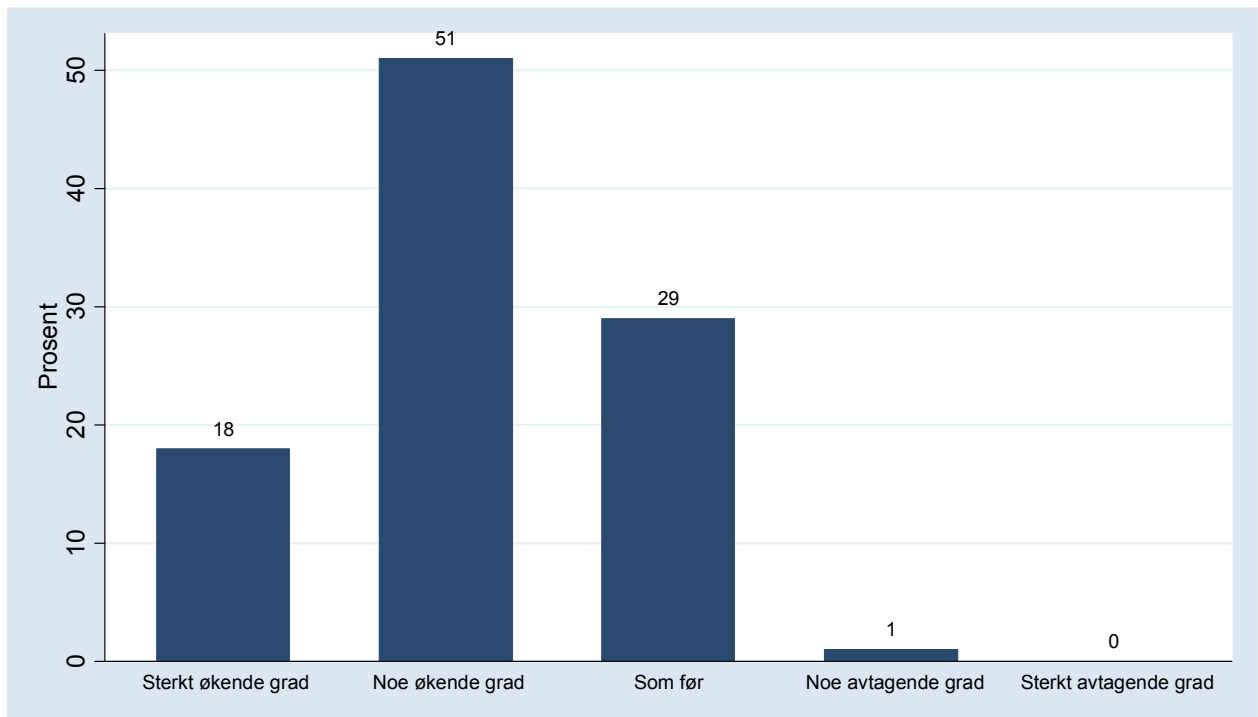
Figur 4.6 I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helsearbeid i kommunene? N=407 kommuner.

Det er sannsynligvis litt tilfeldig om respondenten krysser av for "I svært stor grad" eller "I stor grad", og det er totalt 64 prosent av kommunene som har krysset av for en av disse kategoriene. Det er altså i underkant av to av tre kommuner som mener at fastlegene i stor grad henviser til psykisk helsearbeid i kommunene. Figuren under viser at det er stor variasjon i andel som svarer at fastlegene i stor grad henviser etter kommunistørrelse. Det er typisk i de minste og i de største kommunene at fastlegene henviser i mindre grad.



Figur 4.7 I hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helsearbeid i kommunene? N=407 kommuner. Kommunestørrelse.

Det kan være mange grunner til at fastlegene i noen kommuner i mindre grad henviser og vi kommer tilbake til dette etter neste figur. Figuren under viser at nesten 70 prosent av kommunene mener at fastlegen i økende grad henviser til psykisk helsearbeid. Når vi undersøker dette i forhold til kommunestørrelse, finner vi at det er særlig i de små kommunene at en lavere andel svarer at fastlegene henviser i økende grad.



Figur 4.8 Hvordan opplevs utviklingen i fastlegens henvisninger til psykisk helsearbeid de siste årene?

Det er stor variasjon i både interesse og kunnskapsnivå om psykisk helse blant fastlegene og dette kan være med på å forklare ulik henvisningsgrad til kommunene fra fastlegene. I de større kommunene er det typisk vanskelig å svare på kvaliteten på samarbeidet generelt, fordi legene er forskjellige:

Det er vanskelig å svare generelt på disse spørsmålene da innsatsen er svært varierende. Noen fastleger har både kompetanse og bidrar svært positivt, mens andre er nesten fraværende (områdeleder og kommunelege, relativt stor kommune)

Samarbeidet varierer veldig fra lege til lege (enhetsleder og fagkoordinator, mellomstor kommune)

Mange fastleger deltar i samarbeid, andre deltar og engasjerer seg lite/ikke. Veldig individuelt (tjenesteledere, stor kommune)

I det store og det hele er samarbeidet bra, med noen unntak (rådgiver og mellomleder, stor kommune)

Det er vanskelig å være samstemt på dette. Vi har fått inn ca 20 svar som går i ulike retninger. Vi har gått gjennom alle svarene og har svart ut fra det (Rådgiver fagstab, stor kommune).

Kommunen har vikarleger i lengre tidsrom, der er det svært variabel tilbakemelding på samarbeid vedrørende pasienter med psykiske lidelser. Enkelte leger svarer ikke på henvendelser i fra oss, ikke

engang på medisinendringer til pasientene, spesielt de med dobbeltdiagnoser (Fagsjef, mellomstor kommune).

Mange svar midt på treet fordi fastlegene opptrer så ulikt. Nokre er engasjerte og aktive, andre passive/vanskelege å få kontakt med. Merker betring etter at vi fekk på plass elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstenestene og fastlegen (Helse- og sosialsjef, relativt liten kommune).

Naturlig nok opplever representantene for psykisk helsearbeid at det ikke bare varierer mellom ulike fastleger, men også mellom ulike pasienter:

Noen av fastlegene er bedre involvert i det psykiske helsearbeidet enn andre. Samarbeidet er også forskjellig fra pasient til pasient (sykepleieransvarlig, liten kommune).

I noen av de mindre kommunene er utfordringen gjerne at det er hyppig utskifting av fastlegene og at det dermed blir vanskelig å få til et stabilt samarbeid:

Det er en del av fastleger i kommunen er her bare i korte eller litt lengre perioder og da er det vanskelig for dem og for oss å få til et godt og nært samarbeid (Områdeleder, relativt liten kommune).

Det er dessverre stor turnover blant legene i kommunen og det påvirker selvsagt mine svar (Enhetsleder Rus- og psykiatri, relativt liten kommune).

Vi har de siste året hatt mange nye leger og vikarer, noen er svært opptatt av psykisk helse andre ikke (Leder for psykisk helsearbeid, relativt liten kommune).

Kommunen har for tiden ikke fastleger. Kommunen har vikarer og det er vanskelig og uttale seg om hvordan ting ville fungert dersom fasthet i fastlegehjemlene. (Fagkoordinator psykisk helse, svært liten kommune).

Vi har hatt skifte av leger i kommunen i 2012, og dette virker inn på involvering i psykisk helsearbeid. Kan ta noe tid for nyansatte nyutdannede til å komme inn på alle områder. (Kommunalleder helse og omsorg, liten kommune).

Problemet i kommunen har vært stort gjennomtrekk av leger. Vi har hatt få fastleger som har vært stabile over tid (Driftsleder, liten kommune).

Dette er svar ut fra situasjonen i 2012. Og da har de faste fastlegene vært ute i permisjon, og derfor har ikke samarbeidet mellom psykiatri og fastlege fungert så godt som når fast kommunelege 1 er tilstede (Ansvarlig medarbeider, liten kommune).

Det er bare 2 fastleger i kommunen og det har vært stor ustabilitet på legekantoret - særlig de siste 2 år. Samarbeidet er ofte personavhengig og tilfeldig (Helse- og omsorgssjef, liten kommune).

Det er veldig personavhengig i forhold til hvor mye fastlegene involverer seg, eller lar seg involvere i forhold til mennesker med psykiske helseutfordringer. Dette medfører at samarbeid blir ustabil og lite forutsigbart (Enhetsleder, liten kommune).

Vi har best samarbeid med de legene som er over tid (avdelingsleder, relativt liten kommune)

Det siste året har det vært ustabilitet med hensyn til fastleger og man har hatt mange vikarer inne. det er svært uheldig for denne gruppen brukere (Innleid konsulent som har intervjuet andre for å få korrekte tall, liten kommune).

Det siste sitatet her er sannsynligvis svært viktig. Mennesker med psykiske lidelser og problemer er ofte sårbare mennesker som trenger tid for å etablere et godt forhold til legen og annet helsepersonell. Mange forskjellige personer å forholde seg til kan være slitsomt for mange. Nye fastleger blir kanskje heller ikke oppsøkt av mange pasienter med psykiske helseproblemer, fordi det ikke er etablert et tillitsforhold.

Sitatene over er i stor grad hentet i fra respondenter som svarer middels eller negativt på om psykisk helsearbeid generelt har et godt samarbeid med fastlegene i kommunen. Svarfordelingen på dette spørsmålet er vist i neste tabell.

Tabell 4.2 Generelt har psykisk helsearbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune

	Antall	Prosent
Enig	205	51
Delvis enig	128	32
Verken enig eller uenig	46	11
Delvis uenig	19	5
Uenig	5	1
Vet ikke	2	0
Totalt	405	100

83 prosent av kommunene som har svart på dette spørsmålet (94 prosent av alle landets kommuner har svart på dette), svarer at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene i kommunene. De som har svart "Verken enig eller uenig" eller som er uenig eller ikke vet, kommenterer typisk at det er vanskelig å gi en gjennomsnittsvurdering fordi legene er så forskjellige i forhold til kompetanse og interesse, eller at det er stor ustabilitet blant fastlegene som vanskeliggjør et godt og stabilt samarbeid. Vi finner lite systematisk variasjon mellom fylker.

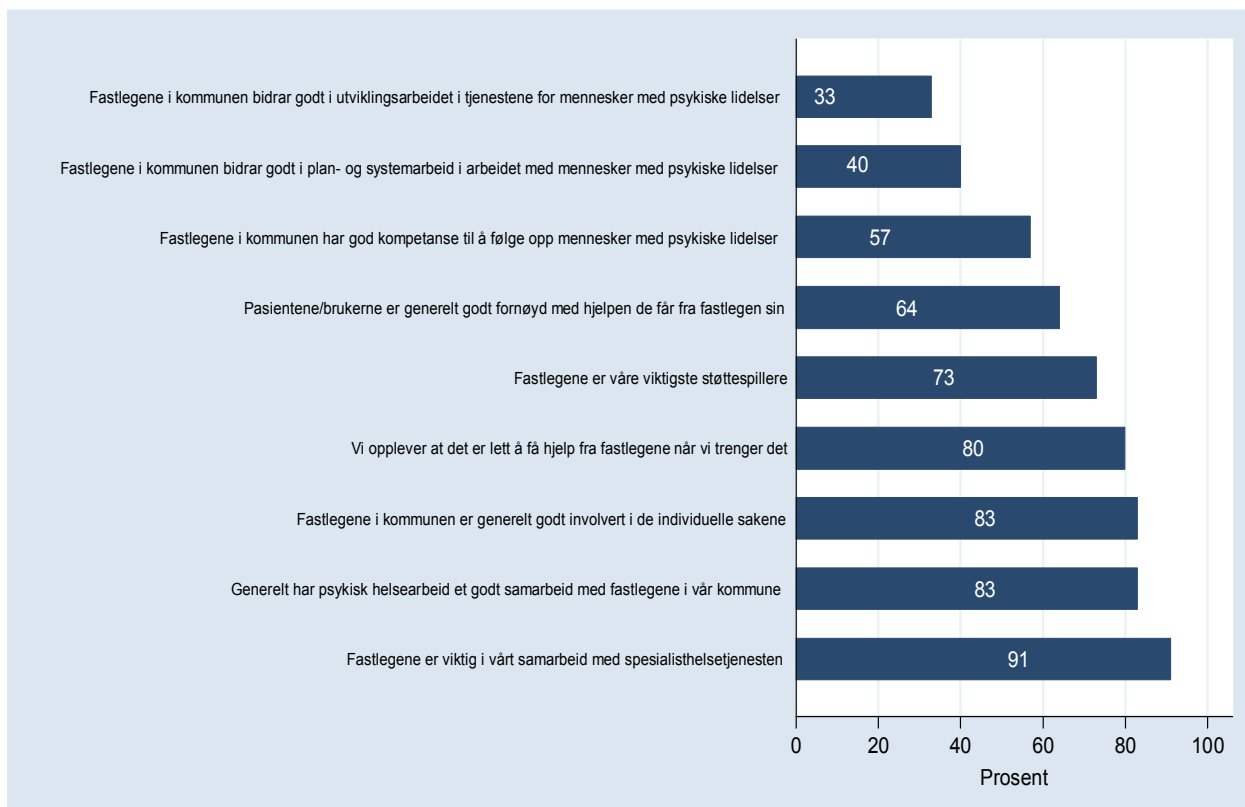
4.6 INNHOLDET I SAMARBEIDET

I dette avsnittet ser vi nærmere på innholdet i samarbeidet og vi har stilt kommunene en rekke spørsmål om samarbeidet. Vi har for eksempel spurt om fastlegen er godt involvert i de individuelle sakene. Som vist i tabellene under, er det i 83 prosent av respondentene som er enige i påstanden.

Tabell 4.3 Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle sakene

	Antall	Prosent
Enig	166	41
Delvis enig	169	42
Verken enig eller uenig	42	10
Delvis uenig	21	5
Uenig	7	2
Vet ikke	2	0
Totalt	407	100

Mønsteret er relativt likt i mange av svarene, så vi samler alt i neste figur.



Figur 4.9 Andel respondenter som er enige i påstanden. N=407

Fra figuren ser vi at kommunene i svært stor grad mener at fastlegen er viktig i samarbeid med spesialisthelsetjenesten (91 prosent av kommunene). Som vist tidligere vurderer 83 prosent av kommunene at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene i kommunen og at fastlegene generelt er godt involvert i de individuelle sakene. 80 prosent av kommunene opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når de trenger det. Det kommunene i mye mindre grad mener fastlegene bidrar med, er i utviklingsarbeid i tjenestene og i plan- og systemarbeidet. Her er det mange som mener at fastlegene kunne bidratt mer:

Det er etablert faste samarbeidsmøter kvar veke. I tillegg tek tenesta kontakt ved behov. Vedtaksmøter, der kommunelege er med, er planlagt 1 gong kvar andre mnd. I praksis noko sjeldnare (tenesteleder og kommunalsjef, liten kommune).

De kommer oftest når det er samarbeidsmøter på pasienter. Er ellers fraværende på kurs/møter som har med planlegging om psykisk helsearbeid eller samarbeid på et generelt grunnlag (Enhetsleder, mellomstor kommune).

Vi ønsker et tettere samarbeid med fastlegene. Dette knyttes til kompetanse og til det faktiske samarbeidet rundt den enkelte tjenestemottaker, samt kommunens utviklingsarbeid på feltet (Virksomhetsleder, mellomstor kommune).

Andre kommuner har funnet løsninger som fungerer for å trekke med fastlegene:

Fastlegene i kommunen er lønnet i en gitt prosent av stillingen sin for å delta på IP møter, samarbeidsmøter, gi veiledning og være tilgjengelige på telefon. Dette har fungert UTMERKET (Seksjonsleder, mellomstor kommune).

Det oppleves som om fastlegene er opptatt av å få til eit godt samarbeid om pasientar med psykiske lidningar. Dei set av tid til veiledning og faste møter. Me har eit godt samarbeid (Leder psykisk helsearbeid, relativt liten kommune).

Vi mener å ha et godt samarbeid med fastlegene, og ser også nødvendigheten av dette. Vi mener vi har et ansvar for å spille fastlegene gode på å se det vi ser - og opplever at dette er bra (Fagleder, mellomstor kommune).

Bydelen har etablert et lokamedisinsk senter med kommunalt ansatte bydelsleger/fastleger. En målsetting med senteret var et mer integrert tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser (Fagfolk, bydel stor kommune).

Det er også flere som har fått til gode tekniske løsninger som fungerer i samarbeidet:

Fra 2012 er seksjon psykisk helse for voksne knyttet til fastlegekontorene i bydelen via E-link. Det vil si at journalsystemene kommuniserer, slik at vi enkelt kan gi hverandre beskjeder rundt felles brukere (Seksjonsleder, relativt stor kommune).

Vi har lett tilgang til våre fastleger, fordi vi har kontor i samme bygg (Enhetsleder, liten kommune).

Det siste sitatet viser at kommunen har samlokalisert tjenestene med legekantoret. I små kommuner kan dette være en god løsning, særlig når det er snakk om for få årsverk til at det blir et noe robust fagmiljø rundt psykisk helse. Et alternativ er å orientere seg mot pleie- og omsorgstjenestene, men da kan utfordringen være at andre brukeres behov dekkes heller enn at målgruppen får gode tjenester.

Det er heller ikke alle bydelene eller kommunene som inviterer fastlegene med.

Fastlegene inviteres i liten grad til samarbeide om utviklingsarbeid for mennesker med psykiske lidelser. Hvordan samarbeidet fungerer rundt den enkelte pasient varierer fra lege til lege (Enhetsleder, avdelingsdirektør, bydel stor kommune).

Hvordan struktur og myndighetsforholdet i samarbeidet er, varierer sannsynligvis, men en kommune forklarer deres samarbeid slik:

Samarbeidet er nok på mange måter greit, men det er få fastleger som inntar "førrollen" i ansvarsforholdet. Det er som regel vi som er mest oppdatert, og som må be fastlegene om å følge opp. Sjelden motsatt (enhetsleder, mellomstor kommune).

Det er varierende om ein fastlege stiller på f.eks. ansvarsgruppemøte til den enkelte pasient. Fastlegen kan lett ta kontakt med spesialisthelsetenesta for assistanse (Fagleder, relativt liten kommune).

Mange svarer også at det er ulikt hvordan fastlegene bidrar for barn/unge og for voksne. Svarene går litt i ulike retninger, slik at noen steder fungerer det bedre for voksne enn for barn/unge, mens andre steder er det omvendt.

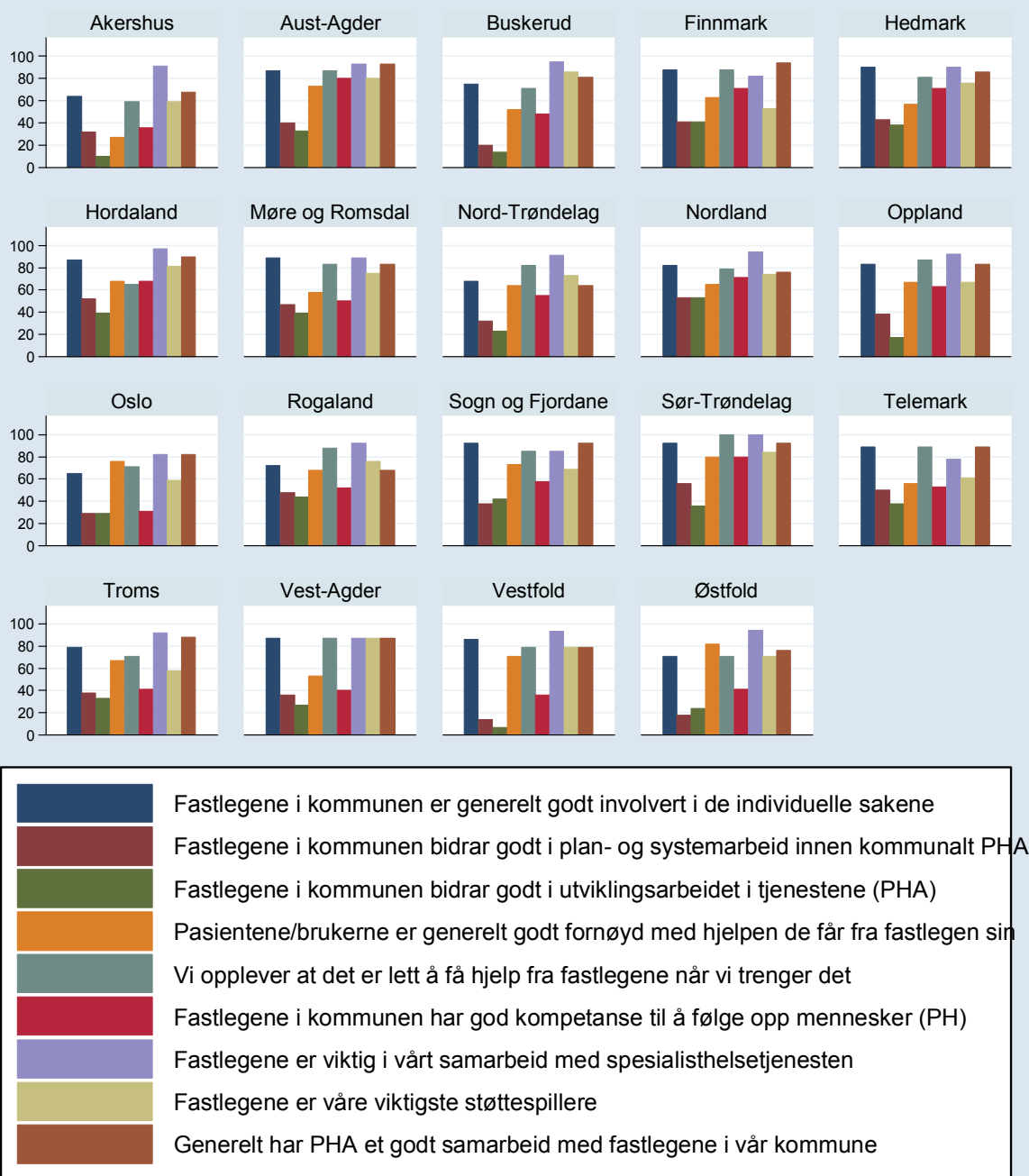
Tilbakemelding fra tjenestene viser at samarbeidet oppleves ulikt for dem som jobber med barn og voksne. Det ser ut til å fungere svært mye bedre på voksensiden enn barnesiden (Psykolog, stor kommune).

Barn og unge-feltet opplever fastlegen viktigere i samarbeid med spesialisthelsetjenesten enn voksenfeltet. Ellers er det stort sprik i meningene om fastlegens involvering (Rådgiver, stor kommune).

Noen fastleger følger godt opp, andre ikke. Særlig innenfor oppfølging av barn og unge er det et ønske om tettere samarbeid med fastlegene. Veldig stor forskjell på fastleger! Vanskelig å svare (Enhetsleder, relativt liten kommune).

Det er opplagt vanskelig å gi en gjennomsnittsvurdering av legenes innsats, fordi det er stor forskjell på fastlegene. Noen har kompetanse og god kunnskap om psykisk helse mens andre oppleves å ha dårligere kompetanse og eller svakere interesse for feltet. Vi undersøker i de to neste figurene om det er variasjon mellom fylker og mellom kommuner av ulik størrelse.

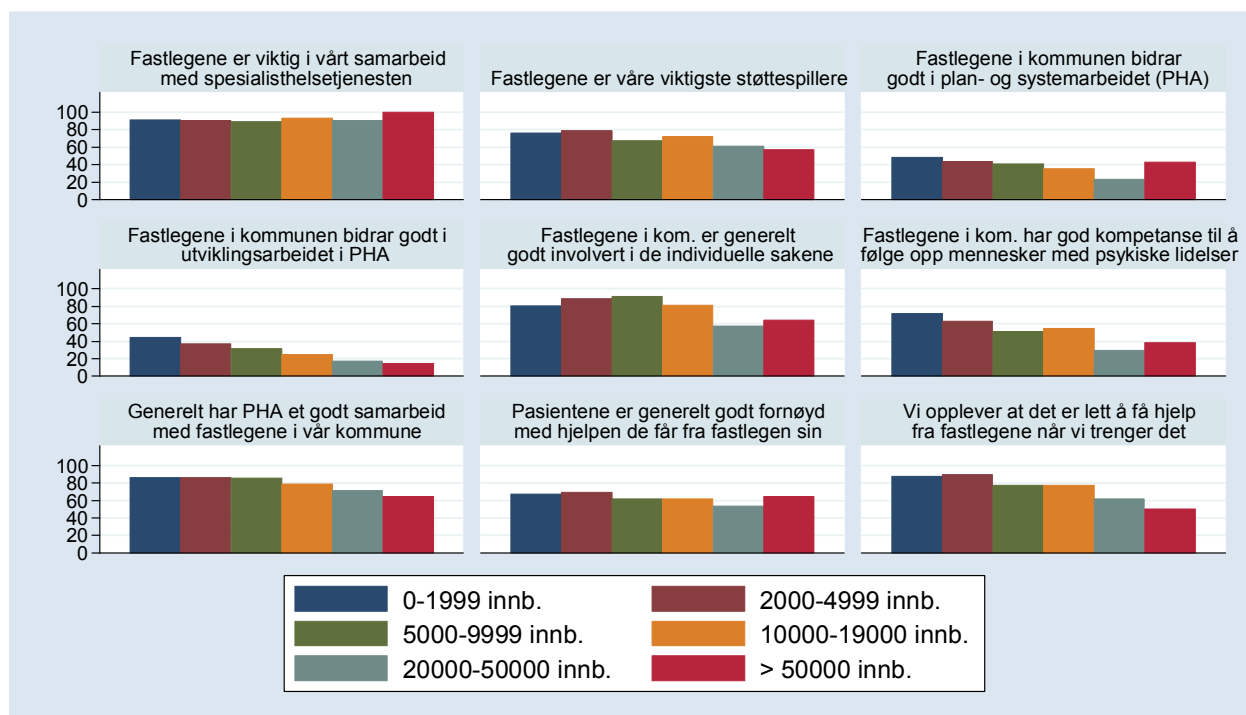
I neste figur kan vi se at fastlegene i minst bidrar i utviklingsarbeid i alle fylker. I alle fylker er et også flest som svarer at fastlegen er viktig i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og oppleves i de fleste kommuner som å være de viktigste støttespillerne. Her har også flere kommentert at spesialisthelsetjenesten ofte er viktigere enn fastlegen, men dette handler også om hvilken rolle fastlegen tar. I alle fylker ser vi at fastlegen i stor grad er godt involvert i de individuelle sakene, men særlig Oslo (bydeler) og Østfold ligger lavere. Her vurderes også kompetansen til fastlegene for å følge opp mennesker med psykiske lidelser som dårligere. Heller ikke i Akershus, Troms, Vest-Agder og Vestfold vurderes fastlegens kompetanse på psykisk helse som god i over halvparten av kommunene. Legene i Aust-Agder og Sør-Trøndelag vurderes av størst andel av kommunene til å ha god kompetanse på psykisk helse.



Figur 4.10 Andel kommuner som er enige i påstander om fastlegene, fylke.

I neste figur ser vi på andel som er enig i påstandene etter kommunestørrelse. Kommunestørrelse øker utover i hver figur. I den første figuren (øverst til venstre), ser vi at det er små forskjeller i fastlegens viktighet i forhold til spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke en systematisk sammenheng i forhold til kommunestørrelse etter hvor godt fastlegene er involvert i de individuelle sakene og i hvor fornøyd pasientene eller brukeren er med hjelpen de får fra fastlegen sin. Ellers går, med noen unntak blant de største kommunene, andelen som mener fastlegens bidrar godt i kommunens psykiske helsearbeid ned med økt kommunestørrelse. Fornøydhet med legene er altså størst i små kommuner, og avtar med kommunestørrelse.

Dette er sannsynligvis naturlig. Jo mindre en kommune er, jo mindre er fagmiljøet på psykisk helse, og jo mer involvering av fastlegene er det behov for.



Figur 4.11 Andel kommuner som er enige i påstander om fastlegene, kommunestørrelse.

Avslutningsvis tar vi med et sitat som oppsummerer det mange sier:

På individuelt nivå fungerer samarbeidet både godt og svært dårlig, avhengig av den enkelte fastleges interesse og engasjement. På systemnivå er samarbeidet fraværende - det svært vanskelig å treffe legene og komme i dialog, formidle informasjon (Virksomhetsleder, relativt stor kommune)

4.7 OPPSUMMERING

Et stort flertall av kommunene mener at psykisk helsearbeid i kommunen generelt har et godt samarbeid med fastlegene (83 prosent). Det er stor forskjell fra fastlege til fastlege hvor god kompetanse de har på psykisk helse og hvor interessert de er i problemstillinger rundt psykisk helse. Fastlegene er mindre involvert i utviklingsarbeid i tjenesten og i plan- og systemarbeid, enn i arbeid med enkeltpersoner. En del små kommuner sliter med at fastlegene skiftes ut hyppig og at dette går ut over brukernes opplevde kontinuitet og tjenestetilbud.

Faste samarbeidsmøter er et ønske fra kommunene og de som har etablert et slikt samarbeid, ser i større grad ut til å være fornøyd med legens involvering.

Den største utfordringen synes å være legene som ikke oppleves å være interessert i få problemstillinger rundt psykisk helse på banen. Noen fastleger gjør ofte bare minimum av innsats før de involverer spesialisthelsetjenesten. Der kommunene har fått til avtaler om fast andel tid fra fastlegene som brukes på ansvarsgruppemøter og faglige diskusjoner, ser ut til å ha kommet lenger i samarbeidet. Kommunalt ansatte leger ser også ut til å gi større legeinnsats i det psykiske helsearbeidet.

5 KJØP AV TJENESTER FRA PRIVATE/ANDRE AKTØRER I DET PSYKISKE HELSEARBEIDET

Det har lenge vært usikkert hvor mye tjenester kommunene kjøper fra private eller andre aktører innen psykisk helsearbeid. Derfor har dette vært et tema i årets IS-24 kartlegging.

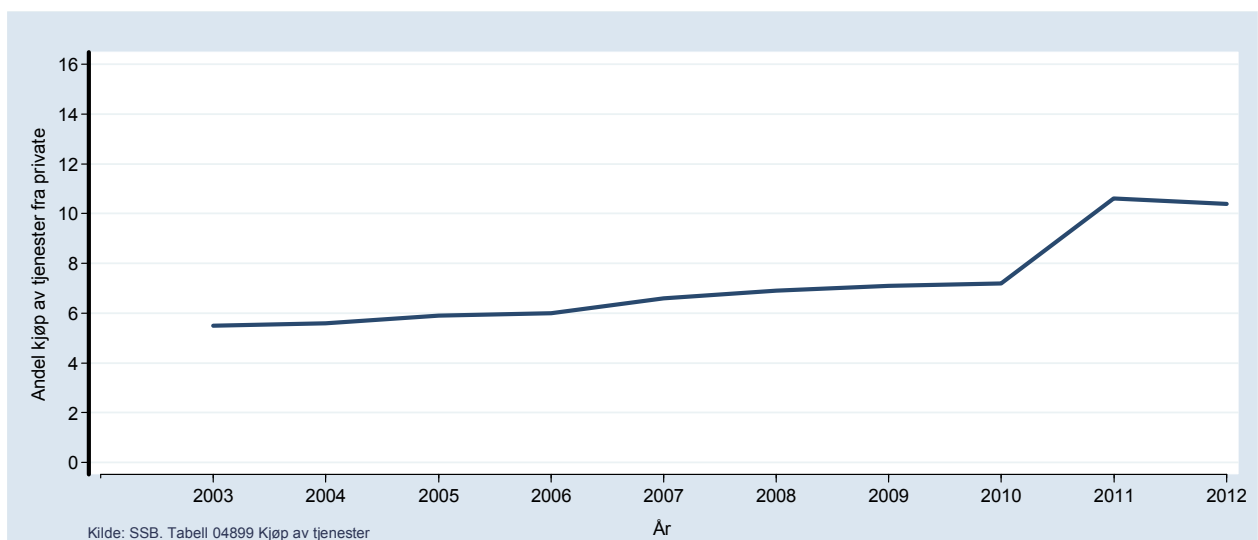
5.1 INNLEDNING

For å få et bedre totalbilde av de kommunale tjenestene innen psykisk helsearbeid, er det viktig å kartlegge omfanget av andre aktørers bidrag i tilbudet. Kommunene kjøper tjenester fra andre som helt eller delvis leverer tjenester på vegne av, eller i tillegg til kommunene.

I rapporteringen for 2012 har vi kartlagt omfanget av kjøp av tjenester fra private og andre aktører i det kommunale psykiske helsearbeidet i Norge. I kartleggingen ba vi kommunene oppgi om de 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 i de enkelte kommunene.

Basert på svar fra 95 prosent av kommunene (svar fra 407 av 429 kommuner) finner vi at 44 prosent av kommunene kjøper tjenester fra private og andre aktører innen psykisk helsearbeid.

Fra tidligere vet vi at kjøp av tjenester fra private leverandører utgjør ca. 10,5 % av de totale driftsutgiftene for kommunene, eller 32 mrd. kroner. Tjenesteanskaffelser fra private leverandører har økt de siste årene, se figur under.



Figur 5.1 Andel kjøp av tjenester fra private inkludert administrasjon og styring. SSB.

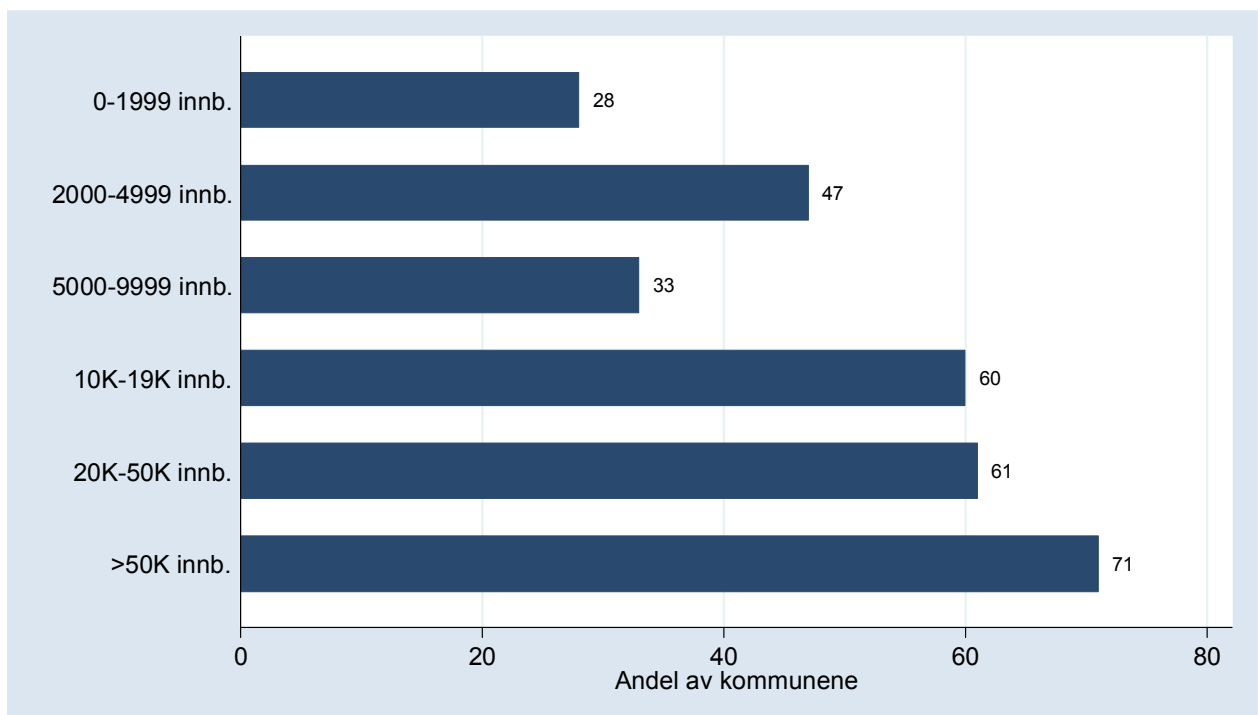
Omfanget av kjøp fra private leverandører er størst innen barnehage, pleie og omsorg, vann/avløp/renovasjon og vedlikehold og drift av bygninger/vei. Tjenestekjøp fra private leverandører er

størst i kommuner med flere enn 25.000 innbyggere (jf Oversiktsheftet om organisering og konkurranse, KS).

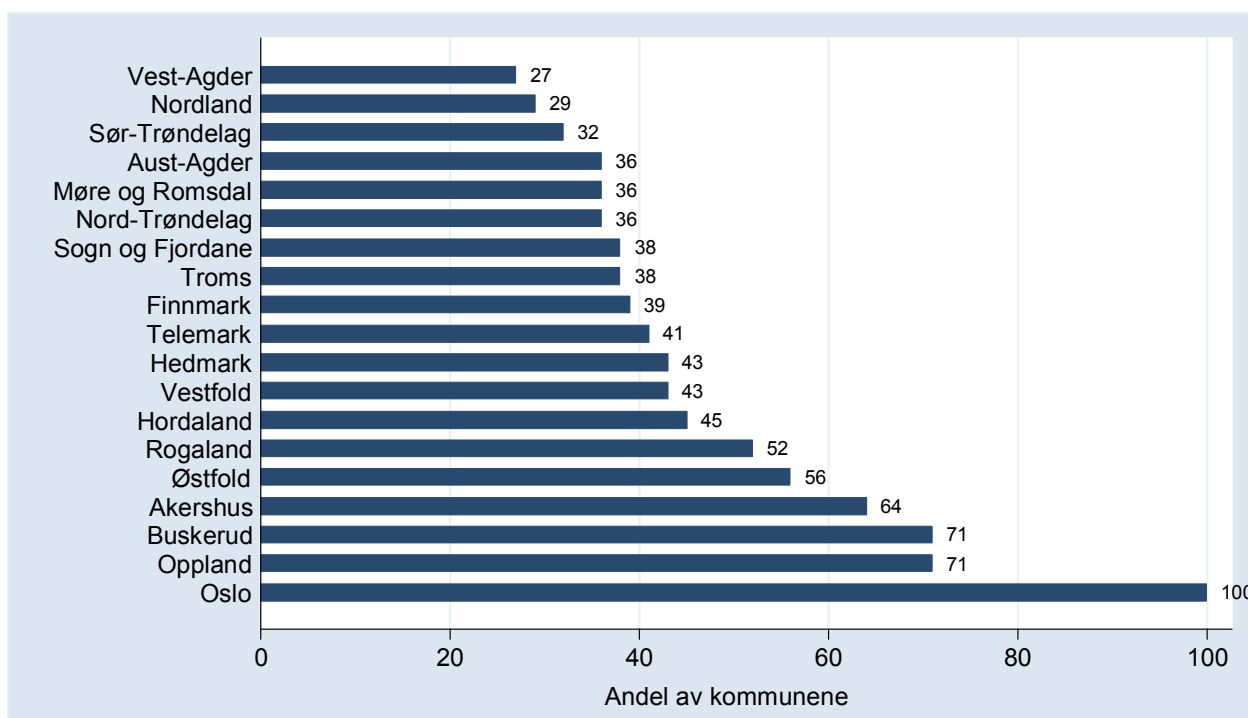
Kommunene kan både kjøpe bo- og omsorgstjenester og ulike avlastnings- og behandlingstilbud fra andre. Vi har kartlagt kjøp av følgende tjenester både for voksne og for barn og unge:

- Bo- og omsorgstjenester
- Avlastning
- Aktivitetstilbud (for eksempel Inn på tunet)
- Arbeidstilbud/arbeidstrening privat
- Privatpraktiserende psykolog
- Veiledningstjenester
- Annet

Det er tydelige forskjeller i andel av kommunene som kjøper tjenester. Som figuren under viser er det betydelige forskjeller i andel kommuner som kjøper tjenester etter kommunestørrelse. Blant de største kommunene (over 50 000 innbyggere) er det 71 prosent av kommunene som kjøper tjenester, mens andelen blant kommuner med færre enn 2000 innbyggere er 28 prosent.



Figur 5.2 Andel kommuner som kjøper tjenester



Figur 5.3 Andel kommuner som kjøper tjenester, fylke.

Alle bydelene i Oslo kommune oppgir at de kjøper tjenester fra private aktører. I Vest-Agder, Nordland og Sør-Trøndelag er det færre enn hver tredje kommune som har svart at de kjøper private tjenester.

Tabell 5.1 Om kommunen kjøper tjenester i psykisk helsearbeid fra private eller andre aktører og gjennomsnittlig årsverksinnsats i psykisk helsearbeid.

	Årsverk per innbygger, voksne	Årsverk per innbygger, Barn og unge
Kjøper ikke tjenester	3.0	3.1
Kjøper tjenester	2.6	2.8

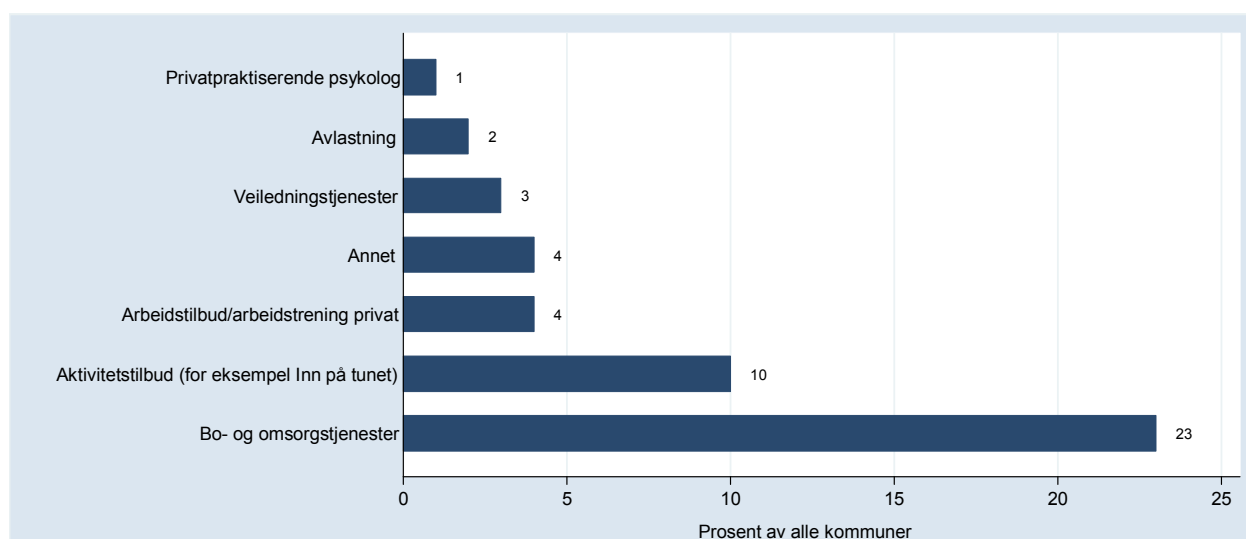
Det er interessant at kommuner som kjøper tjenester fra private systematisk har lavere årsverksinnsats (kun signifikant i tjenester til voksne) enn kommuner som ikke kjøper tjenester fra private. Vi kan ikke konkludere med at årsaken til at de kjøper fra private er at kommunen selv har dårlig utbygde tjenester. Årsaken kan like godt være at kommunen har relativt mange personer med behov for tjenester, men i analysene vist i kapittel 11 (der vi blant annet kontrollerer for behov) har vi satt inn denne variabelen uten at den viste noen systematisk sammenheng med årsverksinnsatsen.

5.2 TJENESTER SOM KJØPES TIL VOKSNE

Tabell 5.2 Om kommunen kjøper tjenester i psykisk helsearbeid fra private eller andre aktører (for eksempel andre kommuner) og for hvor mange personer de kjøper tjenester for. Voksne, 2012

	Har ikke kjøpt	Har kjøpt	Vet ikke/ikke svart	Totalt antall kommuner	Antall personer	Gjennomsnitt antall personer per kommune som har kjøpt
Bo- og omsorgstjenester	298	100	31	429	540	5
Avlastning	389	8	32	429	15	2
Aktivitetstilbud (for eksempel Inn på tunet)	355	44	30	429	230	5
Arbeidstilbud/arbeidstrening privat	380	19	30	429	84	4
Privatpraktiserende psykolog	390	5	34	429	12	2
Veiledningstjenester	383	13	33	429	43	3
Annet	382	17	30	429	85	5

Andel kommuner som har kjøpt tjenester er vist i figuren under.



Figur 5.4 Andel kommuner som har kjøpt ulike tjenester fra private eller fra interkommunale samarbeidsordninger.

23 prosent av norske kommuner kjøper altså bo- og omsorgstjenester fra private aktører, eller gjennom interkommunale samarbeid.

Under "Annet" har respondentene kunne fylle inn hvilke andre tjenester i psykisk helsearbeid kommunene kjøper for at vi skal få med andre tilbud kommunene kjøper. I svarene inngår følgende kategorier (51 kommuner har kommentert her). En gruppering av svarene gir følgende liste:

- Støttekontakt (alternativ støttekontakt, støttekontakt på oppdragsavtale)
- Kjøpt veiledning fra privat psykolog
- Samarbeid med frivillige
- Bruk av psykiatritjeneste i nabokommune
- Støttefamilie for unge voksne

- Interkommunalt psykiatrisk senter (Halsa)
- Dagsentertjenester (Interkommunalt eller privat)

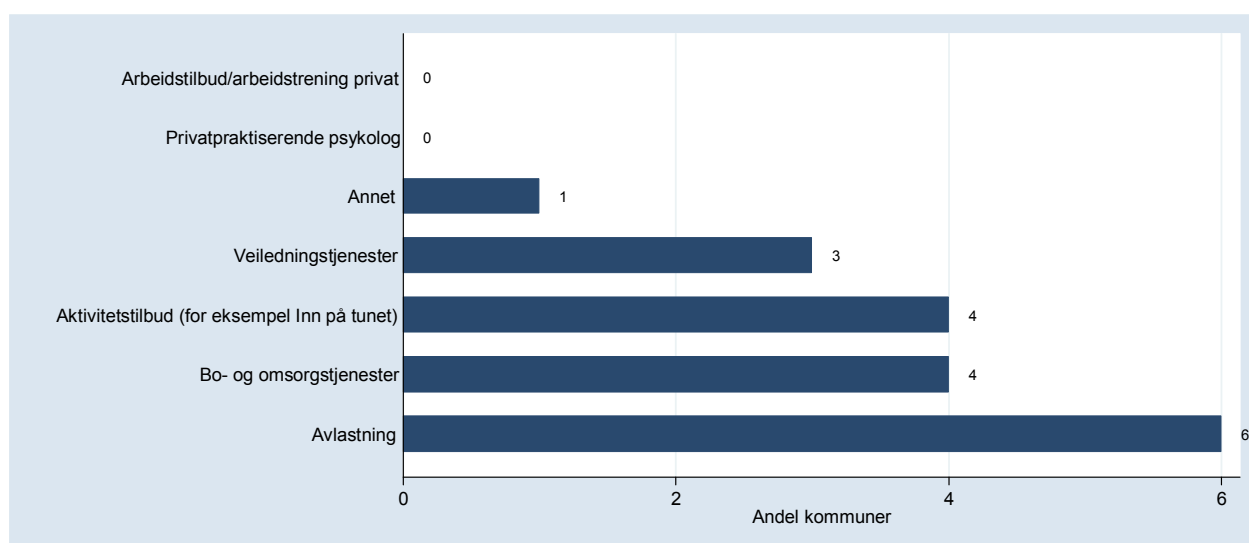
Det er vanskelig å vurdere omfanget av kjøp av de ulike tjenestene, men basert på kommentarene gjelder dette ofte enkeltpersoner der eget kommunalt tilbud ikke oppfyller behovene hos brukeren. I tillegg er det mange som nevner ACT team og andre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette regnes ikke som kjøp fra private og vi kommer vi tilbake til dette i rapporten om samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

5.3 TJENESTER SOM KJØPES TIL BARN OG UNGE

Tabell 5.3 Om kommunen kjøper tjenester i psykisk helsearbeid fra private eller andre aktører (for eksempel andre kommuner) og for hvor mange personer de kjøper tjenester for. Barn og unge, 2012.

	Har ikke kjøpt	Har kjøpt	Vet ikke	Totalt antall kommuner	Antall personer	Gjennomsnitt antall personer per kommune som har kjøpt
Bo- og omsorgstjenester	362	19	48	429	44	2
Avlastning	350	27	52	429	134	5
Aktivitetstilbud (for eksempel Inn på tunet)	360	18	51	429	74	4
Arbeidstilbud/arbeidstrening privat	379	2	48	429	6	3
Privatpraktiserende psykolog	403	2	24	429	133	67
Veiledningstjenester	367	12	50	429	44	4
Annet	378	5	46	429	22	4

Det er altså svært få som kjøper arbeidstilbud eller arbeidstrening privat. Dette er naturlig fordi de fleste kommuner vurderer at tjenester til barn og unge avgrenses til unge opp til 18 år.



Figur 5.5 Andel kommuner som har kjøpt ulike tjenester fra private eller fra interkommunale samarbeidsordninger. Barn og unge.

I det åpne feltet kommer det frem at vi her kommer inn på grenseovergangene både til Barne- og ungdomspsykiatri, og til BUF-etat. Noen sier de har problemer med å vite hva som er levert av spesialisthelsetjenesten og hva kommunen betaler for. Nesten alt det kommunene har nevnt under, ser ut til å være tjenester knyttet til enten spesialisthelsetjenesten (den offentlige delen av tilbudet), eller til barnevernstjenestene i stat og kommune.

5.4 OPPSUMMERING

44 prosent av kommunene svarer at de kjøper tjenester fra private eller fra andre aktører innen psykisk helsearbeid. Sannsynligheten for å kjøpe tjenester øker med kommunestørrelse og de blant de største kommunene (med over 50 000 innbyggere) er det 71 prosent av kommunene som kjøper tjenester. Det er i Oslo, Oppland, Buskerud og Akershus flest kommuner (eller bydeler) kjøper tjenester. Til voksne er det særlig bo og omsorgstjenester som kjøpes (23 prosent av kommunene på landsbasis kjøper slike tjenester til brukergruppen), mens 10 prosent av kommunene kjøper aktivitetstjenester/tilbud. Noen få kommuner (2 prosent) kjøper avlastningstilbud for voksne og litt flere kjøper veiledningstjenester og private arbeidstreningstilbud.

Det er lite omfang av kjøp av tjenester fra private eller andre aktører til barn og unge. Det vanligste er å kjøpe et avlastningstilbud, og 6 prosent av landets kommuner gjør dette. Noen færre (4 prosent) kjøper bo og omsorgstjenester og avlastningstiltak. Det er relativt få personer i hver kommune det kjøpes tjenester til blant de kommunene som kjøper tjenester.

6 BEHOV FOR FLERE ÅRSVERK I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

6.1 INNLEDNING

I dette kapitlet undersøker vi behovet for flere årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid. Det skal i følge regjeringen Solberg satses på psykisk helse og rusfeltet i årene som kommer. Da er det nødvendig å vite hva fagpersonene i kommunene mener det er behov for. Gjennom IS-24 har vi derfor gjort en kartlegging av behovene. Vi har spurt følgende spørsmål:

- Har kommunen gjort en vurdering av kompetansebehovet knyttet til forsvarlig utøvelse av nåværende og fremtidige oppgaver på psykisk helse-området?
- Hvis Ja, hvor mange årsverk utgjør dette? (i tillegg til dagens)
- Hvor mange årsverk psykologer vurderer dere det er behov for? (hvor mange flere enn i dag)
- Hvilken kompetanse mener dere ellers det er behov for?
- Legger dere opp til interkommunalt samarbeid eller andre tiltak for å dekke kompetansebehovet?

6.2 VURDERING AV KOMPETANSEBEHOV OG BEREGNEDE NASJONALE TALL

Tabell 6.1 Har kommunen gjort en vurdering av kompetansebehovet knyttet til forsvarlig utøvelse av nåværende og fremtidige oppgaver på psykisk helse-området?

	Antall	Prosent
Ja	127	31
Nei	112	27
Planlegges	169	41
Totalt	408	100

Det er altså 127 kommuner som har svart at de har gjort en vurdering av kompetansebehovet. Mens noe under 30 prosent av kommunene med under 20 000 innbyggere svarer at de har gjort en slik vurdering, er andelen over 40 prosent blant større kommuner.

I neste tabell viser vi hvordan beregningen gjøres og hva resultatet viser. Først beregner vi et gjennomsnitt på antall årsverk per innbygger (vektet og uvektet med befolkning). Deretter finner vi hvor mange innbyggere det er i hver størrelsesgruppe. Så beregner vi hvor mange årsverk dette utgjør totalt.

Beregningen viser at basert på de 127 kommunene som har gjort anslag, vil med en antakelse om at de andre kommunene i samme kommunestørrelsesgruppe har samme behov, vil dette utgjøre totalt 1780 årsverk nasjonalt.

Tabell 6.2 Antall årsverk. Beregnet behov.

Størrelse	Antall årsverk per innbygger	Antall innbyggere	Antall kommuner som har vurdert	Beregnet	Beregnet vektet med antall innbyggere
0-1999 innb.	5.3	117 373	27	62	67
2000-4999 innb.	8.5	435 406	38	372	487
5000-9999 innb.	10.7	598 857	24	638	558
10000-19000 innb.	2.5	844 715	18	214	193
20000-50000 innb.	1.0	1 156 130	14	117	138
>50000 innb.	0.9	1 885 090	6	166	337
Totalt	5.2	5 037 571	127	1 569	1780

Vi har også spurt hvor mange psykologer de 127 kommunene har behov for. Beregningen er gjort på samme måte

Tabell 6.3 Antall årsverk. Psykologer. Beregnet behov.

	Antall årsverk per innbygger	Antall innbyggere	Antall kommuner som har vurdert	Beregnet	Beregnet vektet
0-1999 innb.	0.90	117 373	27	11	13
2000-4999 innb.	1.10	435 406	38	48	48
5000-9999 innb.	0.98	598 857	24	59	60
10K-19K innb.	0.54	844 715	18	45	44
20K-50K innb.	0.55	1 156 130	14	63	58
>50K innb.	0.26	1 885 090	6	49	51
		5 037 571	127	275	274

Dette betyr at 17 prosent av årsverkene det er behov for, er psykologer. Det er dermed ikke tilstrekkelig med en satsning på å få flere psykologer i kommunene.

6.3 HVOR MANGLER KOMMUNENE KOMPETANSE?

326 kommuner inkludert noen bydeler, har svart på spørsmålet om hvilken type kompetanse de mener det er bruk for i psykisk helse-området. De som ikke har svart sier at de ikke har grunnlag for å svare, fordi kartlegging ikke er gjennomført eller påbegynt. Flere svarer at de er i gang med en kartlegging som kan gi svar på dette etter hvert.

Det ser ut til å være en sterk trend mot å bytte ut ufaglærte med faglært personell, både i boliger og i andre tjenester. Ufaglærte gis mange steder mulighet til å ta fagbrev. Kommunene ønsker særlig å rekruttere flere med høyskoleutdanning, helst med videreutdanning i psykisk helsearbeid og rus.

Faggruppene det meldes behov om er:

- Høgskolepersonell med relevant utdanning (psykiatrisk sykepleier, helsesøster, vernepleier, sosionom) med videregående utdanning innen psykisk helsearbeid
- Høgskoleutdannende med videreutdanning innen psykisk helsearbeid

- Hjelpepleiere/fagarbeidere med videreutdanning innen psykisk helsearbeid
- Psykologer/psykiatere

Mange har kommet langt i arbeidet med kompetanseutvikling og gjør mye. En ganske representativ mellomstor kommune sier det slik:

Utvikle vidare den kompetansen vi har innan miljøarbeid og vidareføre/utvikle oppfølging/rehabilitering/behandling som dei psykiatriske sjukepleiarane driv med. Vidare satsing på utvikling av samhandling; Saman for barn og unge-satsinga i kommunen legg vekt på systematisk arbeid der alle som har kontakt med barn/unge og foreldra, tek ansvar for heilheitleg arbeid både på universelt, selektert og indikert nivå. Ein psykiatrisk sjukepleiar har starta på videraereutdanning innan systemisk terapi. Det ville nok vore flott å ha ei psykologstilling (Enhetsleder, mellomstor kommune)

De fleste kommuner ser ut til å ønske seg psykologer og i noen kommuner vurderes dette som det viktigste, men det er ikke flertallet av kommunene som mener de trenger psykolog. Tallet ligger på rundt 20 prosent og de fleste mener det er i tjenester og tiltak til barn og unge dette behovet er størst. Når det gjelder voksne brukere, ønsker kommunen heller å ansette psykiatere eller å få til et bedre samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Kommuneøkonomi og kapasitet er for mange en større utfordring enn manglende kompetanse:

Det jobbes kontinuerlig med kompetanseheving og kompetansen i dag er god. Utfordringene i dag er knyttet til kapasitet grunnet en presset kommuneøkonomi (Fagleder, liten kommune)

Tema det meldes om behov for mer kompetanse på er svært mangfoldig:

- Metodikk (brukeres mestring av egen hverdag, aktivisering, forebygging, gruppebehandling, kartleggingskompetanse)
- Nettverksarbeid/samhandling/tverrfaglig samarbeid og åpen dialog
- Dobbelt diagnoser ROP
- Kognitiv terapi
- Psykomotorisk terapi, ergoterapi
- Kommunikasjonsverktøy, for eksempel Motiverende intervju (MI)
- Familiearbeid/familierådgiving og foreldreveiledning
- Sorgarbeid
- Arbeid med mangfold og integrering/minoritetshelse/flerkulturell forståelse/flyktningkompetanse
- Miljøterapeutisk kompetanse i bolig for ressurskrevende problematikk/oppfølging/rehabilitering
- Erfaringskompetanse psykisk helsearbeid/brukeransatte/brukerkontakter
brukererfaringskonsulent
- Akutt- og krisepsykiatri og traumebehandling/traumeterapi
- Selvmordsforebyggende kurs og forebygging av selvskading
- Autisme med tilleggsdiagnoser innen psykiatri (psykoser)
- Økt kompetanse ift. barn og unge som er utsatt for omsorgssvikt og vold i nære relasjoner
- Gruppetilbud for barn med to hjem
- Hjemmekonsulent i barnevern

- Barn som pårørende
- Fange opp barn og unge med depresjon/kompetanse på ungdomsproblematikk
- Spiseforstyrrelse/kropp og selvbilde
- Arbeidsformidling/aktivisering
- Videreutdanning på spilleavhengighet og rus-psykisk helse arbeid
- Farlighets- og sikkerhetsproblematikk

Kommunene opplever altså behov for bred tverrfaglig kompetanse:

Tverrfaglig kompetanse. Familieterapeuter, miljøterapeuter, kliniske/individualterapeuter (av ulike yrkesgrupper med ulike metoder), manuell terapi, psykomotorisk terapi, ergoterapi. Altså en bred kompetanse. Det er viktig at fagpersonene spisser seg slik at det ikke blir en tanke om at alle skal gjøre alt. Må kunne spille på hverandre til beste for pasientene (Virksomhetsleder, relativt liten kommune).

Det er bruk for allsidig kompetanse fra mange fagfelter, inklusive erfaringskompetanse. Særlig ruskompetanse vil være viktig fremover. Kompetanse på Aspergers syndrom. Kompetanse på potensiell farlighet og sikkerhetsproblematikk (Einingsleiar for helse og psykiatri, mellomstor kommune)

Mange er også opptatt av at det har kommet nye krav til kompetansen til dem som arbeider i bolig. Mange steder er det ufaglærte som utfører en stor andel av årsverkene i bolig. Flere og flere kommuner ser at boligtilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer, krever bedre kompetanse:

Det er behov for kompetanse rettet inn mot miljøarbeid innen psykisk helsearbeid. Personer med sammensatte og komplekse psykiske lidelser skal i størst mulig grad fremover få sin hjelp i sitt eget hjem i sin egen kommune. Dette utfordrer den psykiske helsetjenesten på å rekruttere personell som "kan" det å jobbe i bolig med så store sammensatte behov. (Virksomhetsleder, relativt liten kommune).

Mange har ikke klart å svare fordi det pågår arbeid, men de sier likevel litt:

Det er vanskelig å svare på dette da det nå jobbes med dette i ny Helse- og omsorgsplan som ikke er ferdig. Det er mangel på kompetanse innen kombinasjonen rus/psykisk helse til barn under 18 år. Psykologdekning vurderes som tilfredsstillende (Psykiatrisk sykepleier, stor kommune)

Vi er i tidlig fase av planlegging og vet derfor ikke hva vi trenger av årsverk og type kompetanse (bydel, storkommune).

Det er også mange kommuner som er avventende i forhold til Samhandlingsreformen. Det er ikke gitt noen tydelige signaler på om det skal innføres kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og TSB, eller kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, om det er gitt signaler er det mange kommuner som ikke har fått dette med seg og det hersker stor usikkerhet:

Dette spørsmålet er uavklart, fordi me ikkje har tilstrekkeleg informasjon om Rus- og psykiatriansvar kommunen får etter 01.01.2014 (liten kommune).

Noen steder skjer det også store endringer i tilbudet i spesialisthelsetjenesten som kommunene må forholde seg til:

Vi har god kompetanse på de som arbeider i psykiatritjenesten, men har for få stillinger i forhold til antall vedtak / brukere og forventer et vesentlig større behov nå når DPS legges ned, hele avdelinger på psykiatrisk sykehus legges ned/flyttes og pasienter skrives raskere ut/kronikere får redusert tilbud (Enhetsleder, relativt liten kommune).

Noen av respondentene kommer inn på behov for avklaring av ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rusfeltet. Kommunene ser behov for å bygge opp mer spesialisert og spisset kompetanse, men samtidig ikke gå over i kompetanseområdet til spesialisthelsetjenesten. Flere av punktene i listen over hvilken kompetanse kommunen trenger, vil naturlig høre inn i spesialisthelsetjenestens oppgaver.

Behov for kompetanse innenfor rusfeltet. Behandling av lette og moderate psykiske vansker. Kompetanse på aktiviteter og mestring innenfor perspektivet å gi alle en mestrende og meningsfull hverdag. Viktig at vi ikke skaffer oss kompetanse i konkurranse med 2. linje tjenesten. Vi har stor nytte av samarbeid med en kompetent 2. linjetjeneste, og skal være gode på det som er kommunens oppgave. Ønsker å styrke vår etiske kompetanse og øke evne til samhandling med andre tjenester, kommuner og helsenivåer. Særlig når det gjelder barn og unges psykiske helse (Avdelingsleder, relativt liten kommune).

I forbindelse med Samhandlingsreformen som etter hvert også skal gjøres gjeldende innenfor psykisk helsearbeid, vil det være av betydning å ha relevant kompetanse for at vi skal ha lettere for å "snakke det samme språket". Utover dette handler det mye om å bli god på mestringskompetanse i forhold til det å kunne tilby adekvat "hverdagshjelp" til mennesker som i faser av livet har behov for litt ekstra oppfølging (Avdelingspsykepleier, liten kommune).

Det siste sitatet viser litt hva denne kommunen forbereder seg på, dette med at de skal «snakke samme språket» kan også forstås som at kommunen har behov for å få høyere kompetanse fordi det faglige maktforholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ikke skal bli for stort. Dersom det innføres økonomiske virkemidler i forbindelse med Samhandlingsreformen innen psykisk helse og rus, kan kompetansebehovet i kommunene bli enda høyere fordi kommunene har behov for faglig innflytelse i beslutningene som tas på annet nivå.

Forventningene som ligger på kommunene i forhold til samhandlingsreformen skaper naturlig nok endringer i hvilken kompetanse kommunene forventes å ha. Forventningene oppleves som store og når myndighetene pålegger kommunene nye oppgaver må kommunene tilpasse sitt tilbud tilsvarende:

Ettersom stadig større oppgaver blir forventet løst innen de kommunale tjenestene, må vi ha spesialiserte utøvere for mennesker med både lette, moderate og alvorlige psykiske lidelser, ruslidelser, traumer (psykiatrikoordinator, relativt liten kommune).

Barn og unge: Det er behov for psykologkompetanse og for ansatte som kan kjøre evidensbaserte strategier som er anbefalt av Helsedirektoratet. Det er behov for kompetanse innen psykisk helsearbeid på tvers av fag, og behov for samordning av kompetansen. Voksne: Det er behov for psykiatrikompetanse, den kompetansen vi har og videreutdanning i forhold til psykisk helsearbeid og rus. Det er ønskelig med lege/psykiaterkompetanse inn i forhold til voksentjenesten (Enhetsleder, liten kommune).

Med samhandlingsreformen vil kravet til kompetanse øke. Det vil bli utfordringer i forhold til at samfunnsoppdraget til 1 linjen vil endres fra å yte omsorg og oppfølging til i større grad både forebygge for psykisk sykdom og i større grad være den del av behandlingsskjeden som skal være der etter at folk er utskrivningsklare fra sykehus. I forebyggingsøyemed vil det være økt behov for bedre kunnskap om psykisk helse i alle deler av tjenesteapparatet. Tverrkulturell forståelse er også av avgjørende betydning for gode tjenester i vår bydel. God forståelse for systemtenkning bør utvikles i samarbeid med sykehus for å unngå konflikt og fremme samarbeid (respondent fra bydel, storby).

En del kommuner mener at de har tilstrekkelig med kompetanse samtidig som de har fått til et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. For noen kan være det interne samarbeidet i kommunen være et satsningsområde:

Kompetansen er rett, og det samhandles godt med DPS, men det kreves mer samhandling med hjemmesykepleie og bolig/avlastning med personell for framtiden (Personalkonsulent i samarbeid med fagfolk, stor kommune).

Kommunene har også svart på om de har etablert interkommunalt samarbeid for å dekke kompetansen. Mange kommuner svarer at de planlegger et interkommunalt samarbeid på flere områder, men at det av ulike årsaker ikke har kommet helt i gang. Økonomi er en vesentlig faktor i mange kommuner. Mange sier de samarbeider eller tenker å samarbeide om å få på plass en psykologstilling, mens andre samarbeider i den forstand at de reiser på kurs og opplæring hos hverandre. Andre sier at de gjennom samhandlingsreformen er i gang med ulike kommunale samarbeid, men det er varierende hvordan de fungerer. Seks kommuner svarer at de har etablert samarbeid rundt ACT-team, mens andre rundt legevakt og kriesenter. Andre steder, som i Trøndelag og i Hedmark er det etablert omfattende interkommunalt samarbeid rundt pleie og omsorgstjenester. Det er usikkert hvordan disse interkommunale samarbeidene fungerer i praksis for mennesker med psykiske lidelser og problemer og det trengs mer forskning for å finne ut mer om dette.

6.4 OPPSUMMERING

Basert på vurdering av kompetansebehov i 127 kommuner, med en antakelse om at kommuner i samme kommunestørrelsegruppe har samme behov, beregner vi at det er behov for 1780 flere årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid. Det er estimert behov for 275 psykologer og disse utgjør da 17 prosent av de manglende årsverkene. Det er altså behov for en økt satsning i tillegg til satsningen myndighetene har på psykologer i kommunene. De vil ikke dekke behovet for personell i boliger og i andre tjenester til voksne, men er særlig etterspurt i tjenester til barn og unge.

Det ser ut til å være en sterk trend mot å bytte ut ufaglærte med faglært personell, både i boliger og i andre tjenester. Ufaglærte gis mange steder mulighet til å ta utdanning. Kommunene ønsker særlig å rekruttere flere med høyskoleutdanning, helst med videreutdanning i psykisk helsearbeid og rus.

Tema det meldes om behov for mer kompetanse på er svært mangfoldig. Særlig handler det om dobbeltdiagnoseproblematikk (rus og psykisk helse), ulik terapeutisk kompetanse (kognitiv, psykomotorisk, motiverende intervju osv). Mange ønsker også mer kompetanse på nettverksarbeid/samhandling/tverrfaglig samarbeid og åpen dialog. Det er et stort mangfold i kompetansebehovene det meldes om. Noen går over i spesialisthelsetjenestenes område, og flere av respondentene er opptatt av at kommunene ikke skal "konkurrere" med spesialisthelsetjenesten på

kompetanseområdet, men heller ha fokus på samarbeidskompetanse slik at nivåene kan spille bedre på lag. Mange kommuner har allerede sterk og mangfoldig kompetanse og kommunene utvikler stadig tjenestene til å bli bedre. Nå er det for eksempel mange kommuner som satser på økt kompetanse for å jobbe i bolig der personene har store sammensatte behov.

7 STØTTETILBUD SOM STØTTEKONTAKT, DAGSENTER OG ANNET

7.1 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 7.1 Antall personer som har støttekontakt, 2007-2011

	2007	2008	2009	2010*	2011	2012
Antall voksne som har hatt støttekontakt	8 762	8 974	8 231	8 434	8 021	7 869
Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	3 425	3 487	3 045	3 004	2 817	2 588
Totalt	12 187	12 461	11 276	11 438	10 838	10 457

* I 2011-rapporteringen ble spørsmålet om støttekontakter omformulert til kun å gjelde mottakere av *individuell* støttekontakt. Gruppebaserte tilbud skulle holdes utenom. Dette gir brudd i tidsserien, og tallene kan ikke direkte sammenliknes.

Når vi ser at antallet mottakere av støttekontakt har blitt redusert fra 2007 til 2012, 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.

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.

7.2 AKTIVITETER PÅ DAGTID

Tilbyr kommunen følgende tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer? =

Aktiviteter på dagtid:

- Dagsenter med ulike aktivitetstilbud
- Arbeidstrening
- Treffsteder
- Annet

Tabell 7.2 Tilbyr kommunen følgende tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Aktiviteter på dagtid, prosent av kommunene.

	Ja	Nei	Under planlegging	
Dagsenter med ulike aktivitetstilbud		79	18	3
Arbeidstrening		66	29	4
Treffsteder		67	27	5
Annet		48	50	3

Det er 48 kommuner som har krysset av for annet. Vi finner stor bredde i tilbudet, og det rapporteres om alt i fra åpen barnehage, lavterskel arbeidstiltak, friluftsguppe til unge som ikke ønsker å bruke dagsenteret. Frivillighetssentral, nærmiljøsentral, interkommunalt treffsted, foreldreveiledning og kurs i depresjonsmestring nevnes også under «Annet». Arbeidstreningen foregår ofte i samarbeid med NAV eller med en tiltaksvirksomhet. Noen oppgir at de ikke har eget dagsenter, men kjøper plasser fra nabokommunen.

«Aktiv på dagtid» benyttes også av mange med psykiske vansker, men det registreres ikke årsak til at de står utenfor arbeid.

7.3 FRITIDSTILBUD OM KVELDEN/I HELGA

Fritidstilbud om kvelden/i helga rettet mot mennesker med psykiske lidelser og problemer:

- Fysisk aktivitet (trim, turer mm)
- Kultur (teatergrupper, film, fotokurs etc)
- Bakegrupper eller liknende
- Annet

Tabell 7.3 Tilbyr kommunen følgende tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Fritidstilbud om kvelden/i helga rettet mot mennesker med psykiske lidelser og problemer, prosent av kommunene.

	Ja	Nei	Nei, men det er under planlegging	Totalt
Fysisk aktivitet (trim, turer mm)	36	61	3	100
Kultur (teatergrupper, film, fotokurs etc)	26	72	2	100
Bakegrupper eller liknende	15	82	3	100
Annet	29	68	2	100

Det er langt færre kommuner som har tilbud på kvelden og i helgene til denne brukergruppen. Noen kommuner har dagsenter som er åpent på kveldstid og at de som har støttekontakt kan delta på aktiviteter på kveldstid. I tillegg kan det gis aktivitetstilbud i forbindelse med boligtilbudet til brukerne og da er det typisk personellet på boligene som arrangerer aktiviteter.

En del kommuner svarer i kommentarfeltet at de har tilbudet «Aktiv på dagtid», men da det ikke registres årsak til at de får tilbudet vet man ikke om personen har psykiske lidelser eller vansker. Dette er et tilbud til personer utenfor arbeidslivet, der de får være i fysisk aktivitet/trening med veiledning ofte i samarbeid med et idrettslag.

Noen kommuner sier de er opptatt av å trappe opp tilbudet til brukergruppen, og noen satser særlig på de som ellers ikke bruker det kommunale tilbudet. Et slikt tilbud kan trolig til en viss grad være med å fange opp personer som ikke selv søker hjelp.

Brukerorganisasjonene og ideelle aktører innen psykisk helse er aktive i mange kommuner og de gir mange steder tilbud både på dagtid og på kveld og i helger.

7.4 OPPSUMMERING

Antall mottakere av individuell støttekontakt blant personer med psykiske lidelser og vansker går ned, men det er mulig at gruppebaserte tilbud erstatter tidligere individuelle støttekontakter. Flere kommuner forteller at de har god erfaring med gruppetilbud, men vi kjenner ikke til forskning eller undersøkelser som dokumenterer dette.

Nesten 80 prosent av kommunene oppgir at de har dagsentertilbud og to av tre kommuner har arbeidstreningstilbud og treffsteder brukergruppen får tilbud om.

Det er mange færre kommuner som har et tilbud til brukergruppen på kveldstid og i helgene. 36 prosent av kommunene oppgir at de har fysisk aktivitet (trim, turer, «Aktiv på dagtid») og dette gjøres mange steder i samarbeid med idrettsforeninger eller treningsentre. Omtrent hver fjerde kommune har et kulturtilbud som brukergruppen har tilgang på. Dette kan være teatergrupper, film, fotokurs og annet. 15 prosent av kommunene har bakegrupper eller liknende.

Brukerorganisasjonene og ideelle aktører innen psykisk helse er aktive i mange kommuner og de gir mange steder tilbud både på dagtid og på kveld og i helger.

I små kommuner er det krevende å legge opp aktivitetstilbud fordi det ofte er snakk om få brukere. Noen kommuner svarer også at de legger vekt på å inkludere mennesker med psykiske lidelser og problemer i de ordinære tiltakene fordi det anses som viktig at brukerne integreres i "det normale livet".

Dette er en viktig diskusjon og det er argumenter både for og i mot et slikt tilbud. Argumentene for er at psykiske lidelser normaliseres og at det ikke gis noen særtilbud eller særomsorg for gruppen. Argumentene mot at tilbudene ikke i større grad skal tilpasses brukergruppen, er at dette ofte er sårbare brukere som ofte har sosiale problemer og trekker seg tilbake når det blir for mye folk å forholde seg til som de ikke har et tillitsforhold til. For noen vil et generelt tilbud fungere godt, mens andre vil velge å ikke delta.

8 UTVIKLING I ÅRSVERKSINNSATSEN I PSYKISK HELSEARBEID 2007-2012

I dette kapitlet går vi nærmere inn på 2012-tallene, og bruker grafisk illustrasjon for å følge og illustrere utvikling i årsverksinnsatsen. Vi grupperer kommunene etter:

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

8.1 ÅRSVERK 2007-2012 ETTER FYLKE

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

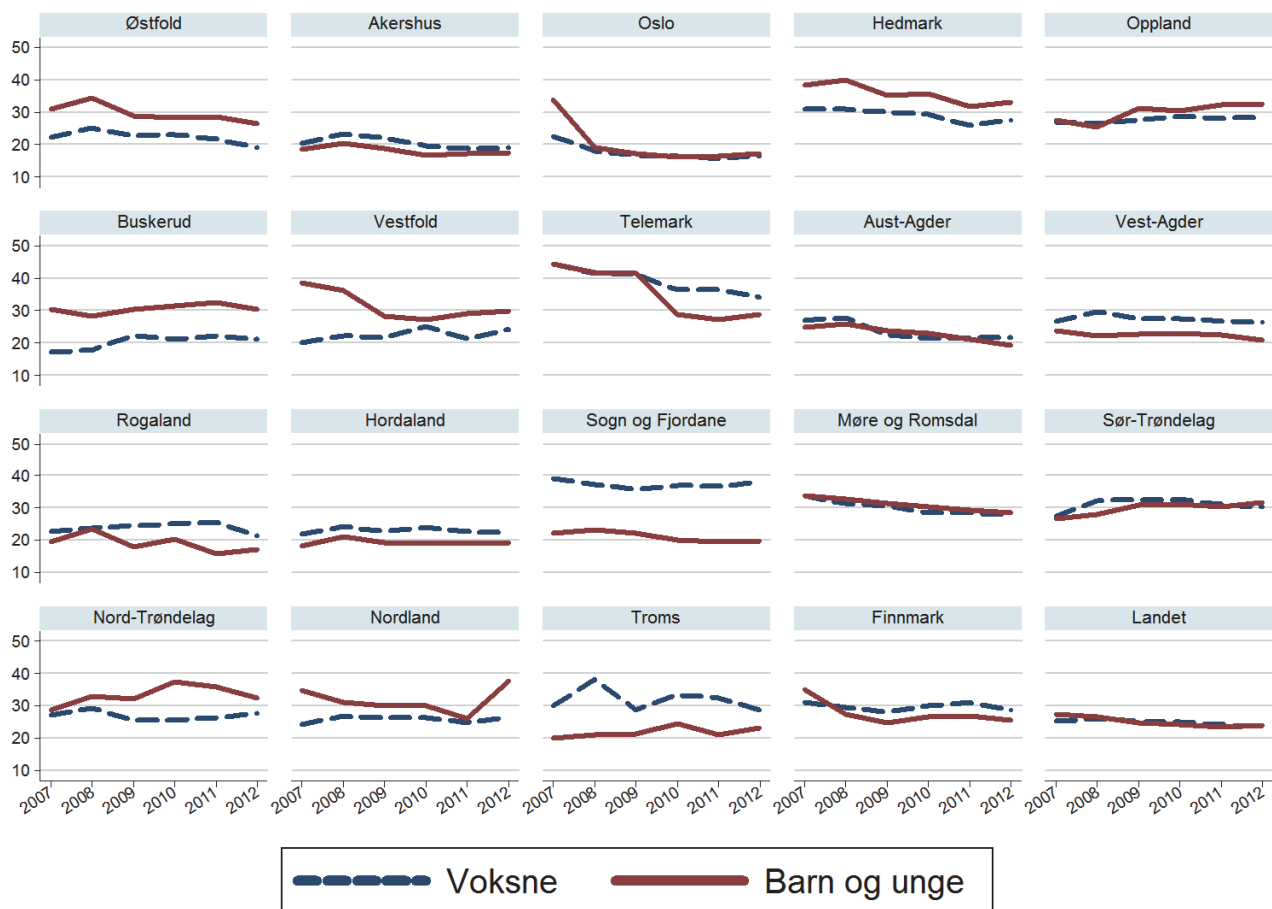
Figurene viser at årsverksinnsatsen i tjenester/tiltak rettet mot voksne med psykiske lidelser og problemer er høyest i Sogn og Fjordane, Telemark, Troms og Hedmark. Det er rapportert om sterk nedgang i årsverkene rettet mot voksne i kommunene i Telemark, mens vi observerer økning i Vestfold og Hedmark. 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 9.2 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.

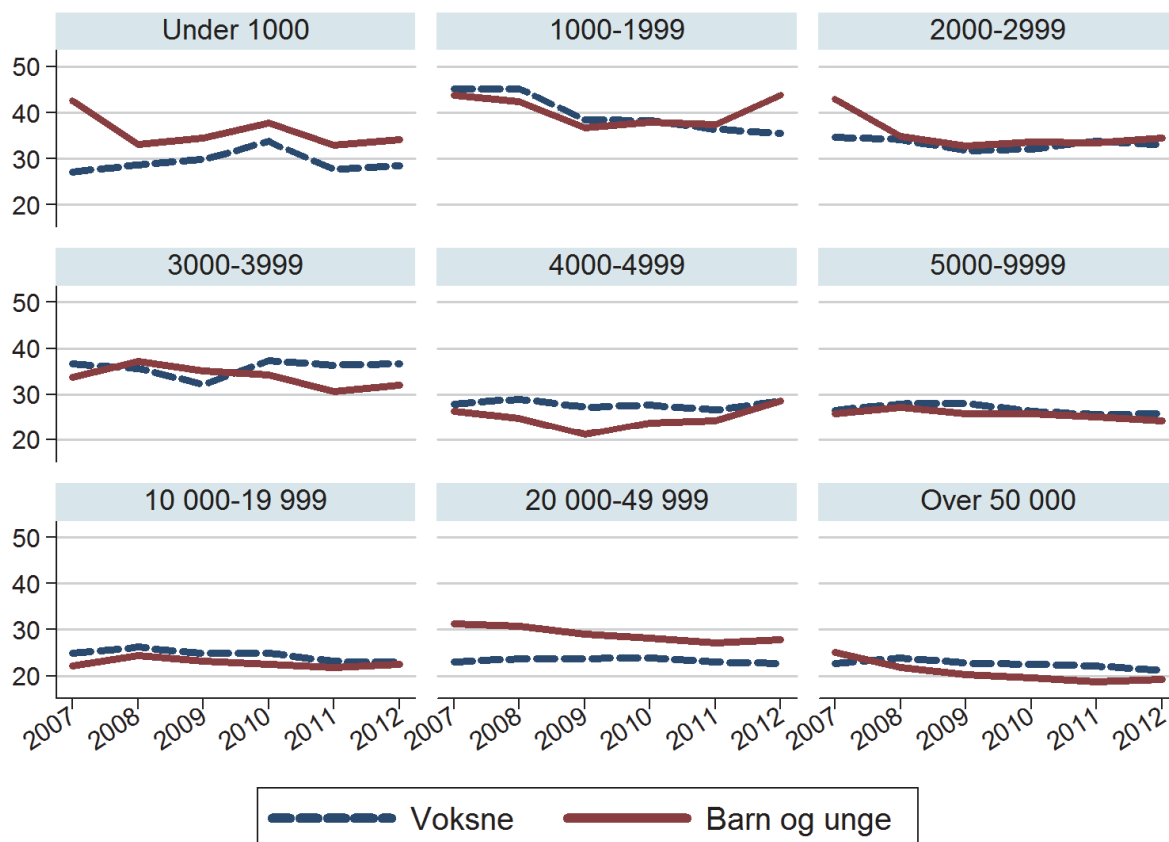
Figur 5.3 viser utviklingen i kommunene gruppert etter KOSTRA-gruppe. Her er også stor variasjon, og nedgangen i årsverksinnsatsen er særlig tydelig i KOSTRA-gruppe 5 (små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter) og i KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest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



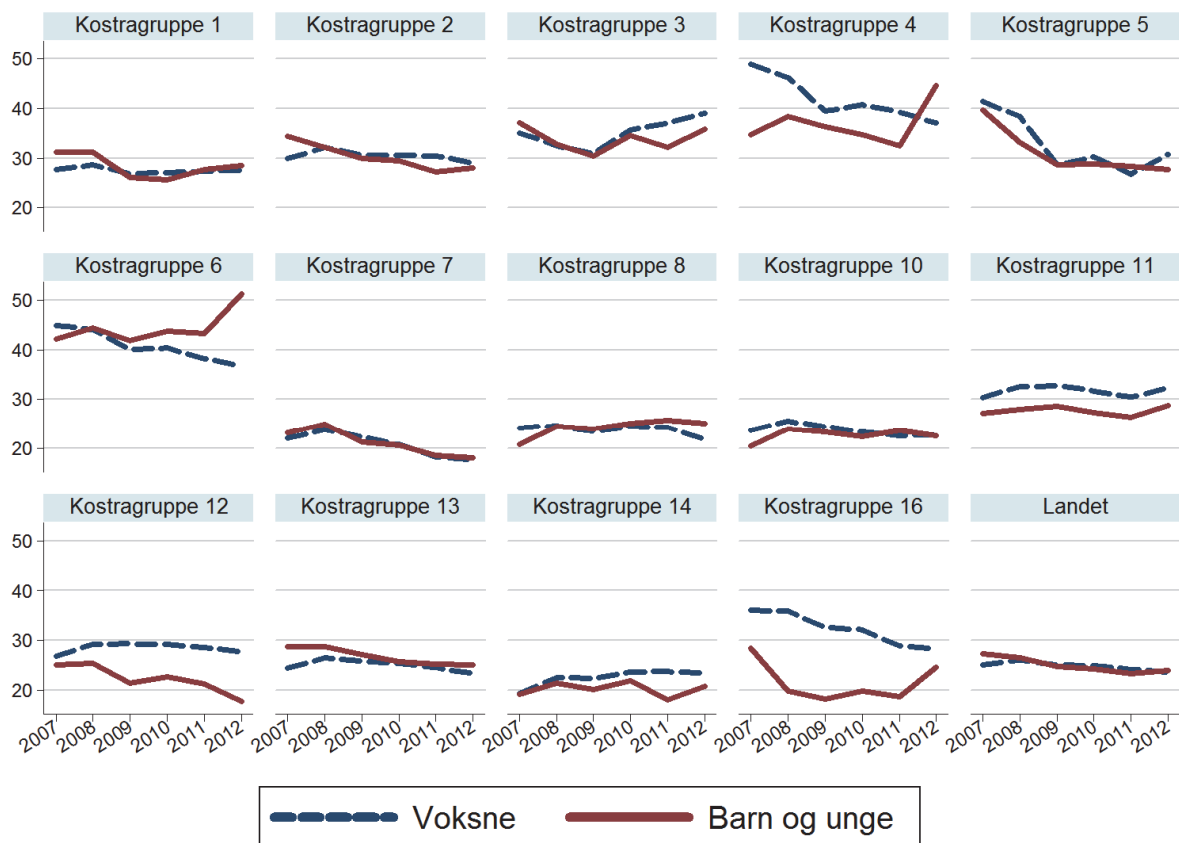
Figur 8.1 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, fylke. 2007-2012

8.2 ÅRSVERK 2007-2012 ETTER KOMMUNESTØRRELSE



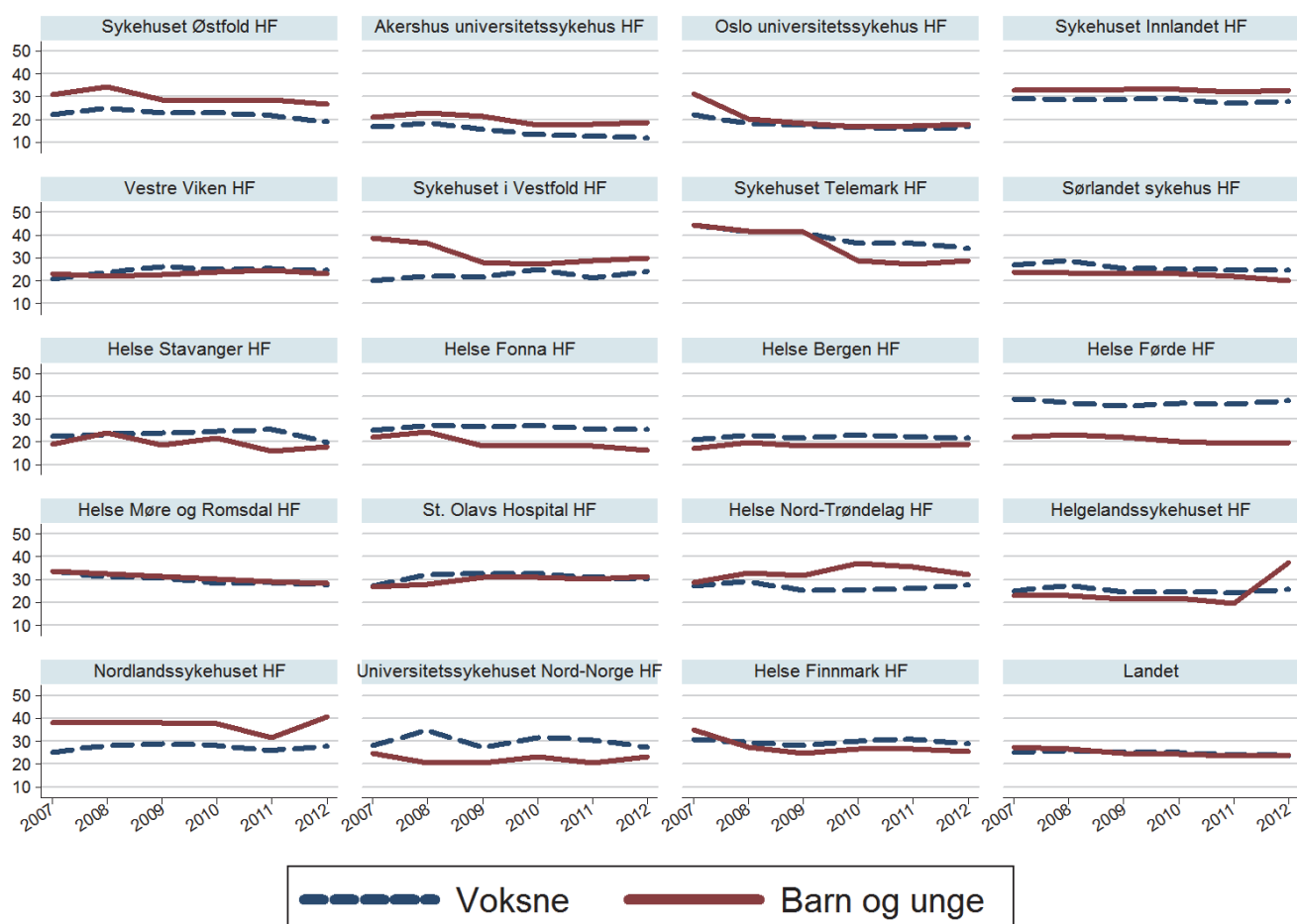
Figur 8.2 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, kommunestørrelse. 2007-2012

8.3 ÅRSVERK 2007-2012 ETTER KOSTRAGRUPPE



Figur 8.3 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, Kostragruppe. 2007-2012

8.4 ÅRSVERK 2007-2012 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE



Figur 8.4 Årsverk i psykisk helsearbeid per 10 000 innbyggere for voksne og barn og unge, Helseforetaksområde. 2007-2012

Vi ser 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.

8.5 OPPSUMMERING

I disse 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 er det større variasjon i årsverksinnsatsen over tid, både i tjenester/tiltak rettet mot voksne og mot barn og unge. Små kommuner med få årsverk er særlig utsatt for svingninger.

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 flate ut. 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 om ressurser mellom de kommunale tjenestene i byene enn i de mindre kommunene der kanskje det er lettere å se tjenestene i sammenheng. Som vi viser i kapittel 11, kan avstand til behandlingssted også påvirke årsverksinnsatsen i kommunene.

9 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. Kapitlet følger utviklingen og er likt kapitlet i forrige rapport, men det er i tillegg lagt til 2012-tall.

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 2012.¹¹ Helsedirektoratets tall er basert på innrapportering i Norsk pasientregister.

9.1 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.

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

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.

- 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. Samhandlingsformen 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 innleggelses 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 sykehusinnleggelses 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 Opptappingsplanen for psykisk helse har kommunene bygget opp tjenester for mennesker med psykiske lidelser og problemer. 2008 var siste året i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008). Gjennom Opptappingsplanen 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. Helseinspektariatet 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 Opptappingsplanen ble nådd (Kaspersen & Ose, 2010).

Kommunene har i svært stor grad oppfylt målene for Opptappingsplanen 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, mistrivsel 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 og deretter videreført i IS-24 rapportene.

Vi har nå satt sammen tall fra 2007-2012 både for spesialisthelsetjenesten og for psykisk helsearbeid i kommunene. Sammenstillingen er gjort basert på Helseforetaksstrukturen i 2012. Det betyr at kommunene som ligger i opptaksområdet til ett helseforetak (HF) i 2012, men et annet i 2008, er her plassert etter 2012-strukturen for at datagrunnlaget skal være sammenliknbart fra år til år.

9.2 UTVIKLING I PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2012 ETTER HELSEREGION – TJENESTER TIL VOKSNE

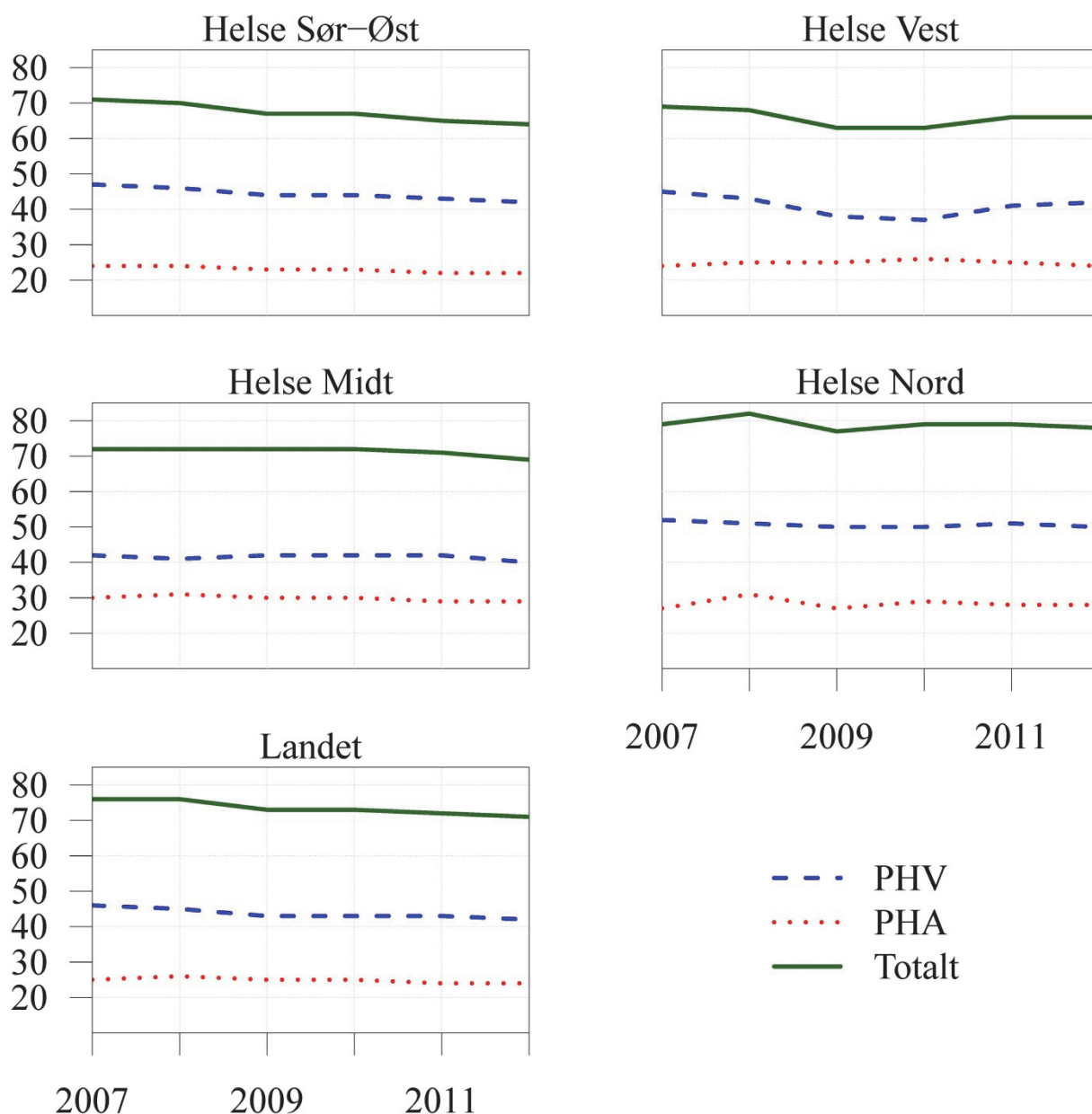
Tabell 9.1 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne, 2007-2012

	PHV						PHA					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse Sør-Øst	9 517	9 600	9 203	9 347	9 389	9 253	4 918	5 014	4 935	4 863	4 727	4 788
Helse Vest	3 302	3 199	2 923	2 913	3 272	3 381	1 774	1 909	1 899	2 008	2 006	1 902
Helse Midt-Norge	2 033	2 096	2 174	2 212	2 246	2 169	1 436	1 600	1 577	1 559	1 555	1 557
Helse Nord	1 847	1 831	1 784	1 813	1 859	1 852	964	1 103	981	1 062	1 039	1 020
Landet	16 700	16 726	16 084	16 284	16 766	16 655	9 092	9 627	9 392	9 492	9 327	9 267

Tabell 9.2 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbygger, 2007-2012

	PHV						PHA					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse Sør-Øst	47	46	44	44	43	42	24	24	23	23	22	22
Helse Vest	45	43	38	37	41	42	24	25	25	26	25	24
Helse Midt-Norge	42	41	42	42	42	40	30	31	30	30	29	29
Helse Nord	52	51	50	50	51	50	27	31	27	29	28	28
Landet	46	45	43	43	43	42	25	26	25	25	24	24

Tallene i tabell 9.2 er fremstilt grafisk i neste figur.



Figur 9.1 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne, per 10 000 innbyggere

Figur 9.1 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 derfor er her potensialet for samhandlingsreformen innen psykiske helsetjenester er størst.

9.3 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2012 ETTER HELSEREGION – TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Tabell 9.3 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge

	PHV						PHA					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse Sør-Øst	2 095	2 175	2 045	2 088	2 099	2 015	1 762	1 612	1 516	1 430	1 441	1 441
Helse Vest	663	642	454	489	663	675	467	545	466	487	438	457
Helse Midt-Norge	457	477	505	493	506	479	439	473	483	496	480	472
Helse Nord	468	472	412	436	432	424	321	289	278	290	255	318
Landet	3 683	3 766	3 415	3 505	3 700	3 593	2 989	2 920	2 744	2 703	2 614	2 688

Tabell 9.4 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	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Helse Sør-Øst	35	36	34	34	34	33	30	27	25	24	24	24
Helse Vest	27	26	18	20	27	27	19	22	19	20	18	18
Helse Midt-Norge	31	31	33	32	33	31	30	31	31	32	31	31
Helse Nord	43	44	39	41	41	41	30	27	26	28	24	31
Landet	34	34	31	31	33	32	27	26	25	24	23	24

Vi illustrerer dette på samme måten som for voksne.

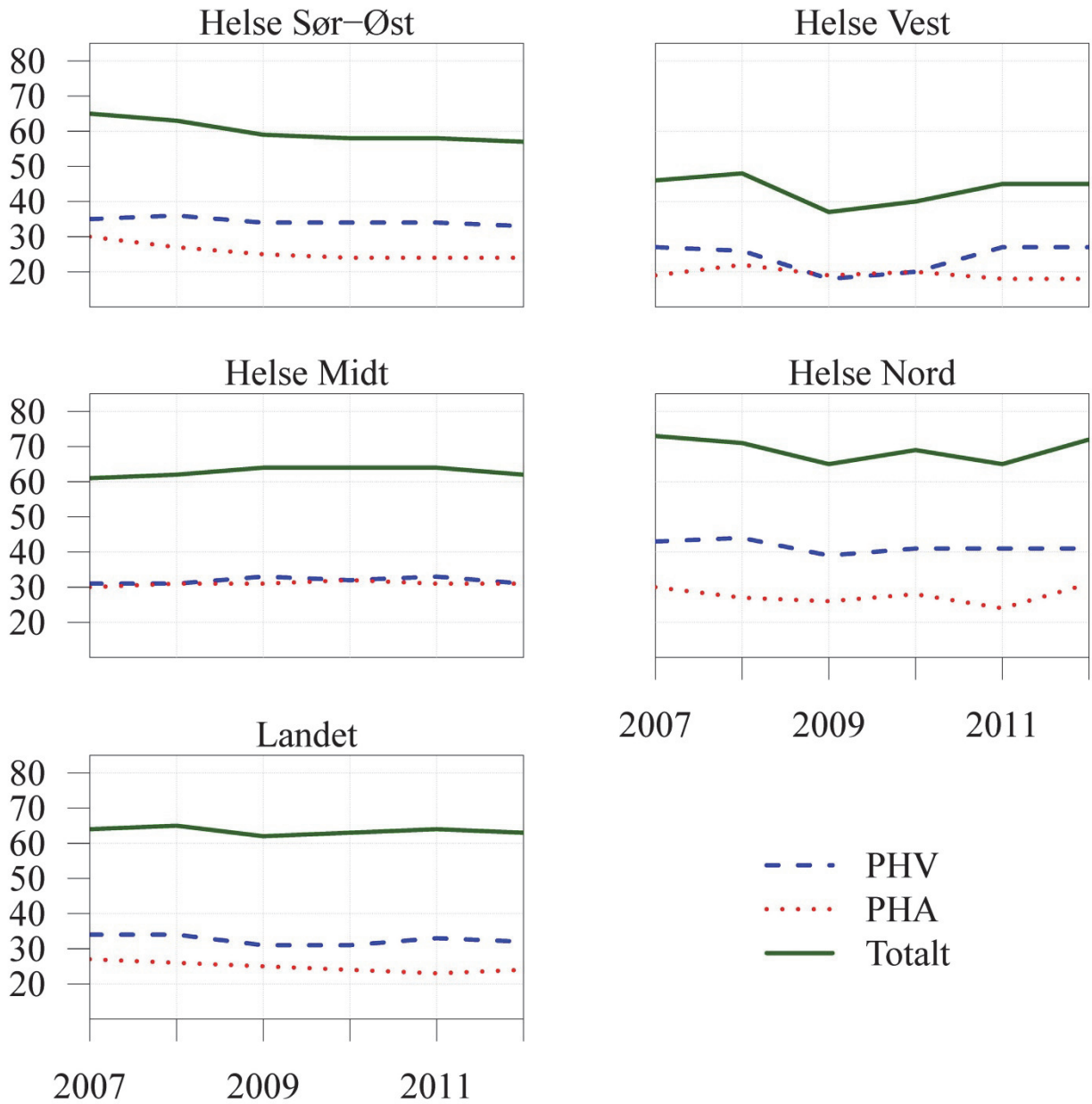
Fra figur 9.2 ser vi at Helse Nord ligger høyest i årsverksinnsatsen også i tjenester og tiltak til barn og unge totalt, og at på samme måte som i tjenester og tiltak for voksne, skyldes dette høy årsverksinnsats i spesialisthelsetjenesten (PHV).

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 ser 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. Helse Midt er utpeker seg med at årsverksinnsatsen i spesialisthelsetjenesten er lik årsverksinnsatsen i kommunene på dette området.

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

9.4 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2012 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE – TJENESTER TIL VOKSNE

I tabell 9.5 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 9.5 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for voksne

	PHV					PHA				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Østfold HF-område	698	770	776	775	726	523	480	492	472	419
Akershus HF-område	748	723	751	1 233	1200	432	380	338	256	248
Oslo universitets-sykehus	2 222	1 782	1 713	1 343	1292	915	894	866	915	978
Innlandet HF-område	1 425	1 366	1 436	1 462	1 454	847	855	868	815	850
Vestre Viken HF	1 363	1 176	1 203	1 179	1 238	756	853	820	848	839
Vestfold HF-område	631	677	689	616	610	394	389	456	393	450
Telemark HF-område	463	621	633	593	580	543	545	484	488	462
Sørlandet HF-område	818	835	879	880	896	604	540	539	540	543
Direkte under Helse Sør-Øst	1 232	1 253	1 268	1 308	1 324					
Helse Sør-Øst	9 600	9 203	9 347	9 389	9 320	5 014	4 935	4 863	4 727	4788
Stavanger HF-område	810	870	798	883	899	559	581	613	647	519
Fonna HF-område	573	581	562	563	567	348	344	355	337	343
Bergen HF-område	1 024	711	833	1 045	1 032	703	683	736	718	720
Førde HF-område	361	314	260	298	365	299	291	304	303	319
Direkte under Helse Vest	433	447	459	483	469					
Helse Vest	3 199	2 923	2 913	3 272	3 332	1 909	1 899	2 008	2 005	1902
Helse Møre og Romsdal HF**	699	668	698	670	678	596	592	558	568	555
St. Olavs Hospital HF-område	965	1 058	1 078	1 111	1 128	711	730	742	718	713
Nord-Trøndelag HF-område	432	448	417	445	423	293	256	260	269	288
Direkte under Helse Midt-Norge				19	20					
Helse Midt-Norge	2 096	2 174	2 212	2 246	2 249	1 600	1 577	1 559	1 555	1557
Helgeland HF-område	118	90	94	118	120	163	146	148	147	157
Nordland HF-område	614	624	620	631	600	279	287	284	265	287
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	811	766	797	816	763	498	392	460	450	409
Finnmark HF-område	203	220	221	218	205	163	156	169	177	167
Direkte under Helse Nord	85	84	82	77	81					
Helse Nord	1 831	1 784	1 813	1 859	1 769	1 103	981	1 062	1 039	1020
Landet	16 726	16 084	16 284	16 766	16 670	9 627	9 392	9 492	9 326	9 267

* 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.

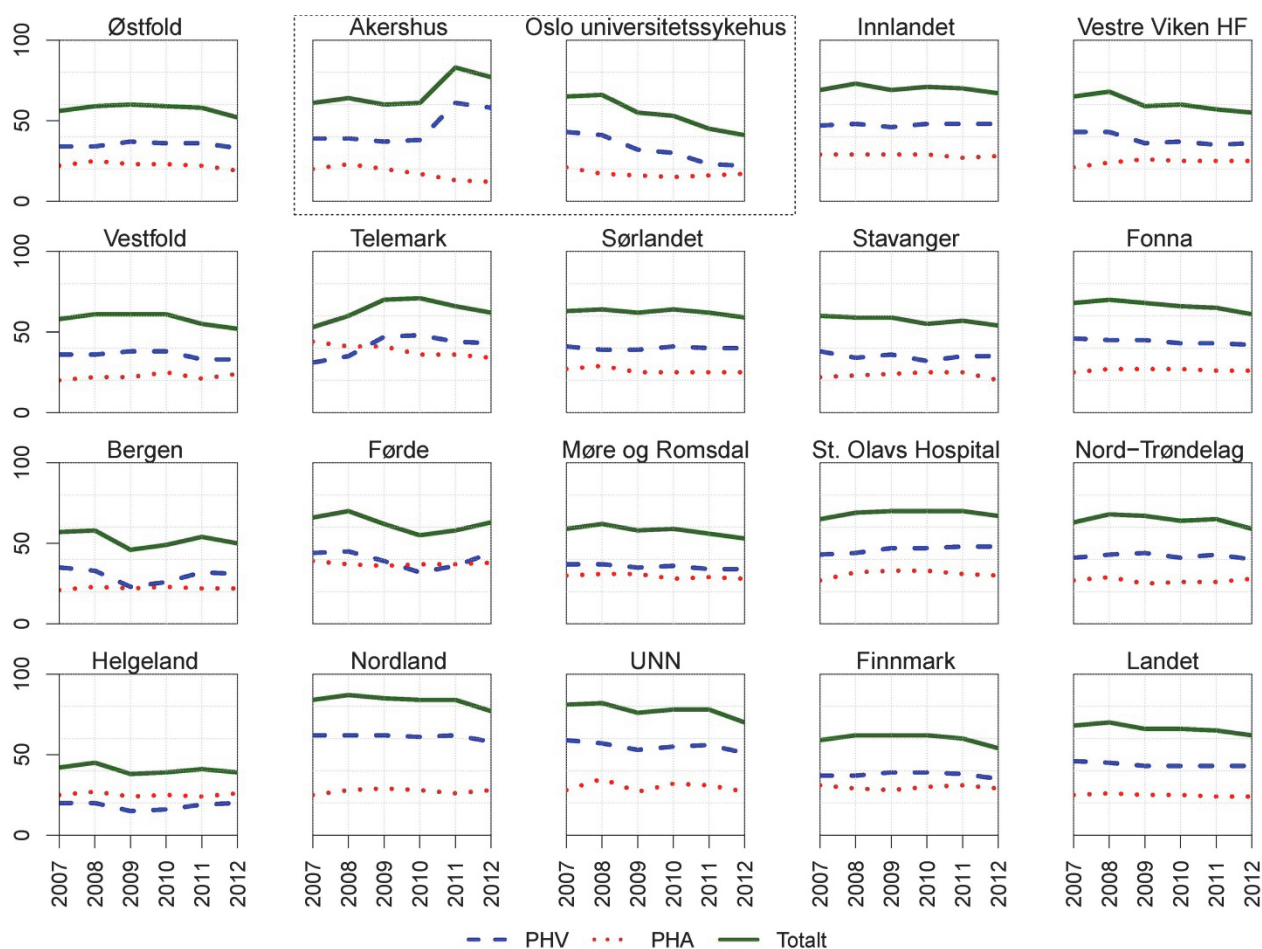
Tabell 9.6 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) per 10 000 voksne innbyggere

	PHV						PHA					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Østfold HF-område	34	34	37	36	36	33	22	25	23	23	22	19
Akershus HF-område	39	39	37	38	61*	58	20	23	20	17	13	12
Oslo universitetssykehus	43	41	32	30	23*	22	21	17	16	15	16	17
Innlandet HF-område	47	48	46	48	48	48	29	29	29	29	27	28
Vestre Viken HF	43	43	36	37	35	36	21	24	26	25	25	25
Vestfold HF-område	36	36	38	38	33	33	20	22	22	25	21	24
Telemark HF-område	31	35	47	48	44	43	44	41	41	36	36	34
Sørlandet HF-område	41	39	39	41	40	40	27	29	25	25	25	25
Helse Sør-Øst	47	46	44	44	43	43	24	24	23	23	22	22
Stavanger HF-område	38	34	36	32	35	35	22	23	24	25	25	20
Fonna HF-område	46	45	45	43	43	42	25	27	27	27	26	26
Bergen HF-område	35	33	23	26	32	31	21	23	22	23	22	22
Førde HF-område	44	45	39	32	36	44	39	37	36	37	37	38
Helse Vest	45	43	38	37	41	41	24	25	25	26	25	24
Helse Møre og Romsdal HF **	37	37	35	36	34	34	30	31	31	28	29	28
St. Olavs Hospital HF-område	43	44	47	47	48	48	27	32	33	33	31	30
Nord-Trøndelag HF-område	41	43	44	41	43	40	27	29	25	26	26	28
Helse Midt-Norge	40	41	42	42	42	42	28	31	30	30	29	29
Helgeland HF-område	20	20	15	16	19	20	25	27	24	25	24	26
Nordland HF-område	62	62	62	61	62	58	25	28	29	28	26	28
Univ.sykeh. Nord-Norge HF-område	59	57	53	55	56	51	28	35	27	32	31	27
Finnmark HF-område	37	37	39	39	38	35	31	29	28	30	31	29
Helse Nord	52	51	50	50	51	48	27	31	27	29	28	27
Landet	46	45	43	43	43	43	25	26	25	25	24	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 9.3 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.

Vi ser det er store forskjeller i årsverksinnsats målt etter antall innbyggere, særlig innen psykisk helsevern (spesialisthelsetjenester). Helgeland HF ligger lavest, mens Nordland ligger høyest. Årsverksinnsatsen i kommunene ligger relativt stabilt i alle helseforetaksområder.

Sett i forhold til innbyggertallet ligger Akershus og Oslo lavest i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene (PHA). I motsatt ende av skalaen finner vi i kommunene som utgjør opptaksområdet til Telemark HF og Førde HF

9.5 UTVIKLING PHV OG PHA I PERIODEN 2007-2012 ETTER HELSEFORETAKSOMRÅDE – TJENESTER TIL BARN OG UNGE

Tabell 9.7 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.

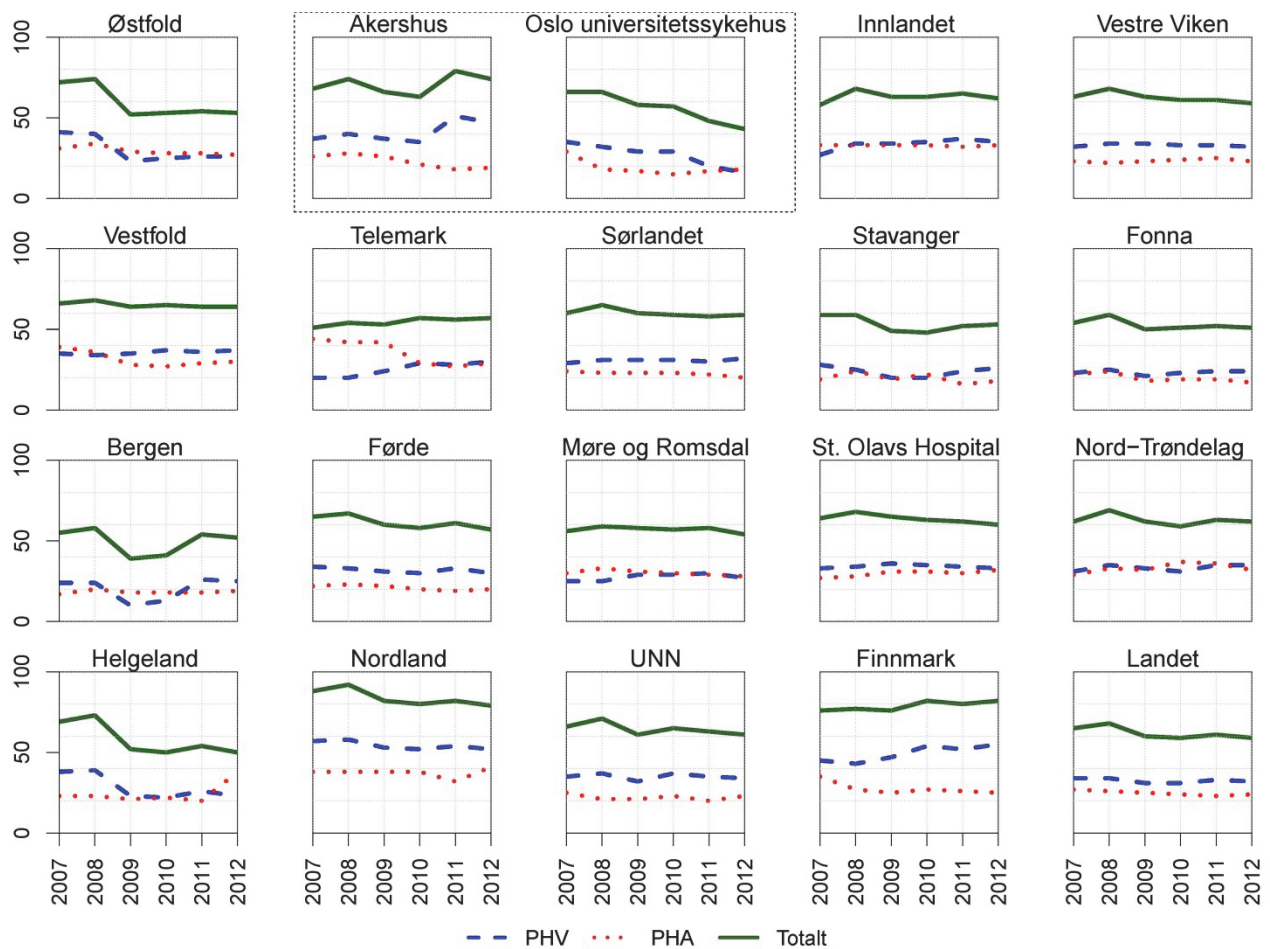
Tabell 9.8 Antall årsverk i psykisk helsevern (PHV) og i psykisk helsearbeid (PHA) for barn og unge per 10 000 barn og unge innbyggere

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 9.4 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 2012. Akershus HF rangerer på tredje plass 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.

Helse Stavanger og Helse Fonna ligger lavest innen PHV. På samme måte som for voksne ligger også Helgelandssykehuset lavt når det gjelder årsverk innenfor PHV. Dette plasserer Helgelandssykehuset på samme nivå som Helse Bergen. Dette innebærer også at innen Helse Vest er det dermed bare Helse Førde som tangerer landsgjennomsnittet.

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. Helse Stavanger rapporterer den laveste innsatsen. De andre foretakene i Helse Vest rapporterer også lave tall mot noe høyere i Helse Sør-Øst og Helse Nord og høyest i Helse Midt-Norge. På samme måte som for voksne rangerer også Oslo og Akershus lavt når det gjelder årsverksinnsats i forhold til innbyggertallet.

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. Når vi kontrollerer for behov i befolkningen utjevnes forskjellene.

9.6 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.

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 går årsverksinnsatsen i svakt nedover både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

I tjenester til barn og unge er årsverksinnsatsen stabil, men det er mye mindre forskjell mellom tjenestenivåene i disse tjenestene enn i tjenester til voksne.

10 HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS MELLOM KOMMUNER?

10.1 INNLEDNING

I dette kapitlet undersøker vi hva som kan forklare variasjonen mellom kommuner og utviklingen over tid for å få økt kunnskap om mekanismene som påvirker dimensjoneringen av tilbudet som gis i kommunene. Tallene kan ikke si noe om kvaliteten i tjenestene, annet enn at flere årsverk sannsynligvis bedrer tilgjengeligheten.

Terskelen for å motta tjenester¹³ kan variere både med befolkningens behov og etterspørsel etter tjenester, og etter dimensjoneringen av tjenestene (tilbudet). Det er derfor nødvendig å kontrollere for en rekke forhold når vi studerer variasjon i årsverksinnsats mellom kommunen.

I dette kapitlet gjør vi analyser på en seksårsperiode. Det har tidligere ikke vært tilgjengelig så mye kvantitativ informasjon fra psykisk helsearbeid, og denne omfattende datainnsamlingen krever at datagrunnlaget utnyttes på en god måte. Datagrunnlaget og analysene har også gjennomgått en omfattende kvalitetskontroll og vi bruker robuste estimeringsmetoder.

I dette kapitlet ser vi først på hva vi har funnet i analyser av data fra tidligere år, før vi presenterer resultatene fra analysene, både fra tverrsnittsanalyser og paneldatanalyser.

10.2 TIDLIGERE FORSKNING

Vi analyserer hvilke kjennetegn ved kommunene, for hvert av årene 2007-2012, 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 uføretrygdede 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 korrigerte 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

¹³ 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.

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 paneldataanalysene fant 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 analysene for 2011 fant vi at det i stor grad var ulike faktorer som forklarte 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 var de viktigste forklaringsfaktorene for voksne i modellene vi testet. For barn og unge var det derimot innbyggertall i kommunen, andel 0-5 åringer (med motsatt fortegn i forhold til voksne) og andel arbeidsledige.

10.3 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.

10.4 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 kommunestørrelser. 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 omsorgstjenester¹⁴. Implementeringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten er delvis sammenfallende med psykisk helsearbeid. Etterspørselen etter slike tjenester antar vi at trekker ressurser vekk fra psykisk helsearbeid. Disse tjenestene er i stor grad rettet mot bestemte aldersgrupper i kommunene. Andel 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

¹⁴ Vi ser bort fra tjenester som ikke har en spesifikk demografisk målgruppe, dvs. kulturtjenester, teknisk sektor og administrative tjenester.

brukerne av psykiske helsetjenester. De relevante variablene er andel mottakere av sosialhjelp, andel uføre (med psykiatrisk diagnose¹⁵), 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 kommunene¹⁶ og totalt behov for kommunale boliger per innbygger.¹⁷

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 endogenitetsproblemer¹⁸.

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 kjennetegn ved befolkningen virker gjennom kostnadsnøkler 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ Denne variabelen er konstruert på samme måte som indikatoren presentert i kapittel 3.6.1 og er levert på kommunenivå fra NAV (konsultasjonsstatistikken).

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

Annet

Nytt for årets analyser er at vi har inkludert antall kommunale legeårverk i forhold til befolkningsstørrelsen og avstand fra kommunesentrum til nærmeste institusjon innen psykisk helsevern. Målet med å inkludere legeårverkene er å kunne vurdere hvordan forholdet mellom satsning på legedekning generelt og psykisk helsearbeid er. En kan f.eks. se for seg både at disse konkurrerer eller forsterker hverandre.

Avstand til nærmeste institusjon innen psykisk helsevern gir et inntrykk av hvor langt pasienter kan regne med å måtte reise hvis de henvises til spesialisthelsetjenesten. En kan forvente at kommuner som har lang reisevei til spesialisthelsetjenesten i større grad vil bygge opp egne tjenester, og ved å inkludere denne variabelen i regresjonsanalysene kan vi sjekke om det er noen tydelig tendens til dette når man samtidig kontrollerer for andre relevante faktorer.

Vi undersøker disse forholdene både gjennom tverrsnittsanalyser og paneldataanalyser.

10.5 RESULTATER

10.5.1 TVERRSNITTSANALYSER

Merk at resultatene ikke er direkte sammenlignbare med tidligere rapporter. Kommunestrukturen er tilpasset 2012 i alle analysene, slik at kommuner som har slått seg sammen i løpet av analyseperioden blir behandlet som sammenslått i hele perioden. I tillegg er det lagt til to nye variabler i årets analyser. Å endre variabellsammensetningen påvirker alle variablene i analysen, noe som gjør at resultatene for hver enkelt variabel ikke er direkte sammenlignbare med tidligere resultater.

I tabell 11.3 har vi rapportert resultatene fra separate analyser av de fire tverrsnittene fra 2009, 2010, 2011 og 2012.

Tabell 10.1 Resultat fra tverrsnittregresjoner OLS, Vektet robust regresjon og Medianregresjon. Avhengig variabel: Antall årsverk i tjenester og tiltak til voksne per innbygger over 18 år

	2009			2010			2011			2012		
	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median
2000-4999 innb.	0.119	0.247	0.032	0.275	0.201	0.365	0.492	0.246	0.385	0.403	0.257	0.059
	0.35	1.19	0.12	0.73	0.97	1.26	1.59	1.2	1.52	1.26	1.22	0.2
5000-9999 innb.	0.203	0.476*	0.343	-0.013	0.261	0.499	0.117	0.332	0.643*	-0.045	0.314	0.193
	0.54	1.76	1	-0.04	0.97	1.34	0.29	1.24	1.94	-0.11	1.13	0.49
10000-19999 innb.	0.18	0.485	0.247	0.125	0.34	0.703	0.149	0.318	0.615	-0.199	0.139	0.013
	0.41	1.44	0.58	0.28	1.02	1.51	0.3	0.96	1.49	-0.38	0.4	0.03
20000-49999 innb.	0.205	0.548	0.531	0.075	0.361	0.849	0.195	0.444	0.779*	-0.18	0.367	0.279
	0.43	1.43	1.09	0.16	0.95	1.61	0.34	1.17	1.66	-0.3	0.94	0.5
Over 50000 innb.	0.668	0.965*	0.939	0.382	0.705	0.883	0.471	0.751	1.022*	-0.152	0.459	0.166
	1.07	1.92	1.47	0.65	1.4	1.26	0.62	1.51	1.65	-0.2	0.9	0.23
Andel 0-5 år	0.031	-0.042	0.139	0.108	0.104	0.155	0.036	0.009	0.057	0.158	0.034	0.024
	0.24	-0.47	1.23	0.63	1.16	1.25	0.31	0.12	0.6	1.13	0.36	0.18
Andel 6-15 år	0.153	0.137**	0.203**	0.076	0.065	0.101	-0.061	-0.068	-0.014	-0.036	0.071	0.032
	1.37	2.1	2.45	0.68	0.99	1.12	-0.7	-1.18	-0.19	-0.34	1.02	0.32
Andel 67 og eldre	0.092	0.085**	0.171***	0.103	0.095**	0.145***	0.018	0.005	0.073	0.045	0.031	0.058
	1.21	2.16	3.42	1.4	2.38	2.62	0.3	0.13	1.48	0.72	0.75	1
Andel arb.ledige	0.005	0.147**	0.084	0.002	0.064	0.017	-0.047	-0.153*	-0.076	0.014	-0.001	0.065
	0.05	1.97	0.89	0.02	0.85	0.16	-0.38	-1.88	-0.76	0.1	-0.01	0.53
Andel uføre	0.033	0.001	0.019	0.051	0.03	0.031	0.041	0.031	0.005	0.033	0.011	-0.012
	0.81	0.04	0.61	1.33	1.26	0.94	1.11	1.25	0.16	0.87	0.43	-0.35
Andel i tettsted	-0.001	-0.004	-0.002	0	-0.001	-0.003	-0.003	-0.001	-0.006	-0.002	-0.003	-0.004
	-0.29	-1.28	-0.41	-0.06	-0.41	-0.59	-0.64	-0.37	-1.38	-0.44	-0.91	-0.82
Korr. frie innt.	0.002	0.001	0	0.006	0.004	0.005	0.004	0	0.001	0.01	0.007*	0.004
	0.29	0.37	-0.12	1.07	1.37	1.11	0.76	0.14	0.15	1.6	1.73	0.7
Avst. til PHV-inst.	0.002	0.003	0.004	0	0.004*	0.006*	0.002	0.006***	0.006**	0.001	0.007***	0.005
	0.7	1.16	1.4	-0.05	1.77	1.81	0.47	2.79	2.15	0.28	2.89	1.57
Legeårsverk/cap.	0.077*	0.03	0.041	0.065**	0.012	0.033	0.059**	0.02	0.033	0.028	-0.006	0.009
	1.91	1.52	1.64	2.1	0.76	1.51	2.21	1.14	1.53	0.96	-0.3	0.32
Konstant	-2.289	-1.222	-4.743**	-2.409	-1.756	-3.751	1.594	2.581	0.556	-0.277	-0.231	0.318
	-0.66	-0.69	-2.11	-0.83	-0.97	-1.5	0.66	1.62	0.28	-0.1	-0.13	0.12
N	429	429	429	429	429	429	429	429	429	429	429	429
R2 justert	0.066	0.05		0.063	0.037		0.043	0.023		0.038	0.032	

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

Tabell 11.3 viser at det er begrenset sammenheng mellom faktorene som er inkludert i analysen og årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid for voksne. Det er altså andre faktorer enn de som er naturlig å inkludere ut fra en teoretisk modell, som forklarer variasjonen i årsverksinnsatsen mellom kommuner. Høy årsverksinnsats i en kommune kan for eksempel skyldes et kommunestyre som på ett eller annet tidspunkt har vedtatt en styrking av tilbudet generelt, eller det kan være enkeltpersoners satsing og innsats som har ført til at kommunen har flere årsverk per innbygger enn andre. Dette er uobserverbare forhold som er vanskelig å få tak på.

Regresjonsdiagnostikken (utelatt fra årets rapport av plasshensyn) viser at det er trekk ved datamaterialet som svekker tilliten til OLS-resultatene. Vi baserer oss derfor først og fremst på de to robuste metodene, vektet- og medianregresjon.

Avhengig av analysemetode og år forklarer modellene fra tre til seks prosent av variasjonen i årsverksinnsats. For 2009 og 2010 er det først og fremst andel eldre som gir utslag, mens for 2011 og 2012 er det avstanden fra kommunesentrum til nærmeste PHV-institusjon som oppnår statistisk signifikans. Begge disse har positive fortegn, som innebærer at høyere andeler eldre og økt avstand korrelerer med flere PHA-årsverk i forhold til innbyggertallet. Dette kan bety at kommuner som har et

godt utbyggt pleie – og omsorgstilbud, også har relativt mange årsverk som går til tjenester og tiltak til voksne med psykiske lidelser. Det betyr også at kommuner med relativt lang avstand til DPS eller sykehus, har flere årsverk per innbygger, enn kommuner med kortere avstand. Da har vi samtidig kontrollert for kjennetegn i befolkningen og mye annet.

I neste tabell gjøres tilsvarende analyser på årsverk rettet mot tjenester og tiltak til barn og unge.

Tabell 10.2 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

	2009			2010			2011			2012		
	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median	OLS	Vektet	Median
2000-4999 innb.	-0.292	-0.262	-0.477	-0.361	-0.078	-0.189	-0.445	-0.26	-0.209	-0.946**	-0.138	-0.412
	-0.76	-1.09	-1.52	-0.9	-0.32	-0.62	-1.17	-1.09	-0.67	-2.15	-0.55	-1.35
5000-9999 innb.	-0.403	-0.457	-0.612	-0.674	-0.208	-0.403	-0.777	-0.478	-0.454	-1.893***	-0.477	-1.081***
	-0.81	-1.47	-1.51	-1.32	-0.68	-1.04	-1.59	-1.56	-1.13	-3.33	-1.47	-2.75
10000-19999 innb.	-0.388	-0.492	-0.602	-0.775	-0.229	-0.37	-0.928	-0.667*	-0.652	-1.941***	-0.559	-0.994**
	-0.63	-1.28	-1.2	-1.23	-0.61	-0.77	-1.55	-1.78	-1.33	-2.77	-1.4	-2.05
20000-49999 innb.	0.084	-0.009	0.232	-0.31	0.213	-0.125	-0.563	-0.334	-0.218	-1.637**	-0.08	-0.676
	0.12	-0.02	0.41	-0.44	0.5	-0.23	-0.83	-0.79	-0.39	-2.08	-0.18	-1.24
Over 50000 innb.	-0.544	-0.542	0	-1.246	-0.012	-0.148	-1.503*	-0.566	-0.566	-2.780***	-0.523	-1.177
	-0.59	-0.94	0	-1.31	-0.02	-0.21	-1.66	-1	-0.76	-2.68	-0.89	-1.64
Andel 0-5 år	-0.312*	-0.211**	-0.279**	-0.195	-0.154	-0.211	-0.067	-0.057	-0.082	-0.122	-0.334***	-0.341**
	-1.87	-2.04	-2.07	-1.13	-1.49	-1.62	-0.47	-0.65	-0.7	-0.63	-3.03	-2.54
Andel 6-15 år	-0.061	-0.023	0.023	-0.159	-0.007	-0.02	-0.207*	-0.068	0.01	-0.238	-0.104	-0.14
	-0.5	-0.3	0.23	-1.27	-0.1	-0.21	-1.92	-1	0.11	-1.61	-1.23	-1.37
Andel 67 og eldre	-0.039	-0.023	-0.027	-0.076	-0.022	-0.037	-0.018	0.002	0.072	-0.085	-0.096*	-0.078
	-0.53	-0.51	-0.46	-0.98	-0.48	-0.63	-0.25	0.04	1.18	-0.99	-1.96	-1.32
Andel arb.ledige	0.195	0.053	0.115	0.250*	0.075	0.196*	0.266*	0.072	0.097	0.273	0.013	0.230*
	1.45	0.63	1.05	1.75	0.87	1.8	1.81	0.78	0.8	1.6	0.13	1.94
Andel uføre	-0.080*	-0.026	-0.023	-0.047	-0.005	-0.047	-0.056	-0.01	-0.016	-0.03	-0.025	-0.047
	-1.71	-0.89	-0.6	-1.03	-0.18	-1.35	-1.24	-0.37	-0.44	-0.59	-0.85	-1.34
Andel i tettsted	-0.002	-0.004	-0.005	-0.003	-0.006	-0.002	0.001	-0.003	0.001	0.004	-0.006	0
	-0.33	-0.95	-0.98	-0.4	-1.59	-0.45	0.19	-0.68	0.2	0.49	-1.34	-0.09
Korr. frie innt.	-0.010*	-0.004	-0.005	-0.004	0.004	0.002	0	-0.001	-0.004	0	0	-0.002
	-1.84	-1.23	-1.06	-0.64	1.07	0.43	-0.05	-0.37	-0.85	0.02	0.06	-0.26
Legeårsverk/cap.	0.134***	0.023	0.024	0.113***	0.018	0.042*	0.056*	0.002	0.032	0.016	-0.013	-0.026
	3.67	1.01	0.82	3.72	1	1.84	1.72	0.11	1.19	0.39	-0.56	-0.95
constant	6.687**	5.375***	5.198*	7.035***	3.629*	4.361*	5.995**	4.173**	2.053	8.718**	8.430***	8.872***
	2.01	2.59	1.93	2.03	1.74	1.65	2.01	2.23	0.84	2.25	3.83	3.32
N	429	429	429	429	429	429	429	429	429	429	429	429
R2 justert	0.057	0.033		0.071	0.038		0.058	0.025		0.062	0.04	

* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01

Tabell 11.2 viser at modellene forklarer tre til seks prosent av variasjonen mellom kommuner i antall årsverk rettet mot barn og unge. Det er også her uobserverbare faktorer som forklarer variasjonen. Den eneste variabelen som har en viss forklaringskraft over tid er andel innbyggere i alderen 0-5 år. Denne gir statistisk signifikante utslag i 2009 og 2012, og viser en tendens til at kommuner med høye barnekull har færre årsverk per innbygger innen psykisk helsearbeid. Dette kan bety at kommuner som må bruke mye ressurser på barnehager, bruker mindre på psykisk helsearbeid til barn og unge. Vi kan derfor si at det ser ut som barnehager og psykisk helsearbeid konkurrerer om ressursene.

For 2012 ser vi også at kommuner med mellom 5 000 og 20 000 innbyggere har systematisk færre årsverk per innbygger enn kommuner med under 2 000 innbyggere når vi kontrollerer for behov og etterspørsel.

10.5.2 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 og interesse i administrasjon, ildsjeler som er med i mange år 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. FE er forventningsrett i et slikt "kort" panel (seks år), men variansen blir høy og effekten av variable som varierer lite over tid blir upresist estimert.¹⁹

Utgangspunktet for analysene er en vanlig minste kvadraters metode (MKM/OLS) der alle seks tverrsnitt (2007-2012) 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 forventningsskjevne hvis det faktisk eksisterer en tidskonstant kommunekomponent i restleddet. Vi presenterer en test for tilstedeværelsen av en slik komponent.

I paneldatanalysen 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 11.3, peker i retning av det ikke er noen tydelig sammenheng mellom innbyggertall og årsverksinnsats for voksne. For barn og unge derimot, er det en tydelig tendens til at større kommuner har lavere innsats.

Andel av befolkningen i aldersgruppen 0-5 år viser ingen tydelig sammenheng med årsverksinnsatsen for voksne, men kommuner med en stor andel av befolkningen i denne aldersgruppen samvarierer signifikant med en lavere årsverksinnsats for barn og unge. Dette kan tolkes som at tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og problemer konkurrerer om ressursene med barnehagetjenester. FE-modellen viser videre at en økning i andelen i aldersgruppen 6-15 år korrelerer med en lavere årsverksinnsats for voksne, mens det motsatte er tilfelle for en økning i aldersgruppen 67 år og eldre.

Et høyt arbeidsledighetsnivå i kommunene samvarierer med høy årsverksinnsats for barn og unge, men vi ser ingen tilsvarende tendens for voksne. Uten tall på arbeidsledighet i ulike aldersgrupper er det vanskelig å vurdere om dette gjør seg spesielt gjeldende i tilfeller hvor det er mange unge arbeidsledige. En økning i andel uføre korrelerer med flere PHA-årsverk for voksne, men færre for barn og unge. Dette kan tyde på at uføretrygding – som bare rammer voksne – fører til større behov i helsevesenet, noe som kan gå på bekostning av innsatsen rettet mot barn og unge. Vi ser også en tendens til at kommuner med mange kommunale legeårsverk per innbygger også har en høyere årsverksinnsats inne psykisk helsearbeid.

¹⁹ 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-estimatene 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 10.3 Resultat fra regresjonsanalyser, panelanalyse (2007-2012)

	Voksne			Barn og unge		
	OLS	RE	FE	OLS	RE	FE
Innbyggertall (log)	0.075	-0.036	2.09	-0.324**	-0.403***	0.231
	0.68	-0.3	1.63	-2.01	-2.85	0.15
And. 0-5 år	0.18	0.106*	-0.009	-0.232**	-0.162**	-0.105
	1.41	1.93	-0.13	-2.01	-2.45	-1.33
And. 6-15 år	0.044	-0.072	-0.169***	-0.145	-0.129**	-0.075
	0.54	-1.63	-3.1	-1.23	-2.43	-1.15
And. 67+	0.09	0.074**	0.111**	-0.072	-0.006	0.022
	1.51	2.31	2.47	-0.87	-0.16	0.42
And. arbeidsledige	-0.014	-0.07	-0.067	0.264**	0.027	-0.096
	-0.15	-1.43	-1.21	1.98	0.46	-1.45
Andel uføre	0.043	0.048**	0.108**	-0.047	-0.023	-0.112**
	1.23	1.98	2.33	-1.4	-0.79	-2.02
Andel bosatt i tettsted	-0.005	-0.003	0.00	0.002	0.008	0.012
	-1.14	-0.62	0.00	0.24	1.53	0.52
Korr. frie inntekter	0.001	0.002	0.00	-0.006	0.005	0.008*
	0.13	0.87	-0.08	-1.25	1.44	1.82
Komm. legeårsv. pr. 10 000 innb.	0.091***	0.028**	0.003	0.102**	0.016	-0.009
	3.17	2.32	0.21	2.41	1.1	-0.56
Veivst. hjemkommune - inst.	0.003	0.004				
	0.87	1.3				
Dummy 2008	0.085	0.062	0.035	-0.022	-0.025	-0.03
	1.22	0.8	0.45	-0.21	-0.27	-0.32
Dummy 2009	-0.14	-0.13	-0.189**	-0.541***	-0.332***	-0.225**
	-1.29	-1.5	-2.06	-3.78	-3.22	-2.06
Dummy 2010	-0.118	-0.122	-0.224**	-0.553***	-0.331***	-0.196
	-0.94	-1.34	-2.19	-3.43	-3.06	-1.61
Dummy 2011	-0.112	-0.141	-0.2	-0.807***	-0.489***	-0.359**
	-0.69	-1.35	-1.59	-3.5	-3.9	-2.4
Dummy 2012	-0.325**	-0.360***	-0.565***	-0.502***	-0.313***	-0.179
	-2.27	-3.86	-4.65	-2.82	-2.79	-1.24
Konstantledd	-2.125	1.583	-15.015	10.049***	8.707***	2.676
	-0.77	0.93	-1.39	2.68	4.31	0.21
N	2572	2572	2572	2572	2572	2572
R2 justert	0.089		-0.177	0.091		-0.185
Antall kommuner	429	429	429	429	429	429

* 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 blir større, 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 knyttet til uføre innbyggere 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. Det er altså ikke slik at kommuner med store frie inntekter per innbygger har en større eller mindre årsverksinnsats i kommunalt psykisk helsearbeid.

10.6 OPPSUMMERING

Analysene av datagrunnlaget fra kommunene fra 2007 til 2012 er basert på kommunaløkonomisk teori. Teorien gjør oss i stand til å vite hvilke variabler som skal brukes og til å tolke resultatene på en fornuftig måte. Vi har både utført tverrsnittsanalyser (inkludert sensitivitetstesting) og panelregresjoner. Resultatene viser først og fremst at det er mye av variasjonen som ikke kan forklares med en økonomisk modell. Årsverksinnsatsen styres i stor grad av uobserverbare forhold i kommunene. Dette kan være beslutninger tatt av kommunestyrene, det kan være ildsjeler som over tid har sørget for et godt tilbud og mye annet. Av variasjonen som kan forklares med observerbare kjennetegn ved kommunene, finner vi at det er ulike faktorer som forklarer årsverksinnsatsen i kommunalt organisert psykisk helsearbeid til voksne og i tjenester og tiltak rettet mot barn og unge.

Store kommuner har en lavere årsverksinnsats i forhold til innbyggertallet for barn og unge, men det ser ikke ut til å være noen sammenheng mellom antall innbyggere og årsverksinnsats rettet mot voksne når vi har kontrollert for ulike behovs- og etterspørselsforhold. Det samme gjelder andel av befolkningen i alderen 0-5 år, hvor vi ser en tilsvarende tendens som for antall innbyggere. En stor andel eldre, høye uføreandeler og mange kommunale legeårverk i forhold til innbyggertallet er systematisk korrelert med flere årsverk rettet mot voksne.

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 sted, 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 i videre analyser.

11 VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER I 2012

11.1 HVORDAN SAMMENLIKNE KOMMUNER

I dette kapitlet presenteres de nasjonale tallene for innsatsen i psykisk helsearbeid i 2012 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. (2010 s. 49).

Antall kommuner fordeler seg slik per fylke i 2012:

Fylke	Antall kommuner per fylke 2012
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	23
Nordland	44
Troms	25
Finnmark	19
Landet	429

Kommunene er delt inn etter størrelse på følgende måte i perioden 2007-2012 (se Langørgen et al. 2006):

Antall innbyggere	Antall kommuner i gruppen					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Under 2 000	95	95	97	96	96	95
2 000-4 999	140	141	137	136	134	134
5 000-9 999	92	88	88	88	90	87
10 000-19 999	56	55	57	59	58	60
20 000-49 999	35	38	38	38	39	40
Over 50 000	13	13	13	13	13	13
Totalt antall kommuner	431	430	430	430	430	429

Kommunene er delt inn etter økonomiske rammebetingelser på følgende måte:

Kostragruppe	Beskrivelse	Antall kommuner i gruppen 2012
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	39
	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
	12 } Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	12
Store kommuner	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		429

Helseregionene inneholdt følgende antall kommuner per region i 2012:

Helseregion	Antall kommuner per region
Sør-Øst	172
Vest	85
Midt-Norge	84
Nord	88
Totalt	429

I kapittel 9 ser vi først på variasjon i total årsverksinnsats i kommunene (12.2), og deretter på hvordan disse årsverkene fordeler seg mellom målgruppene voksne og barn/unge (12.3). I kapittel 12.4 ser vi på

hvordan årsverkene fordeles på ulike tjenester og tiltak, mens vi i 12.5 ser på hvordan årsverkene fordeles på ulike utdanningsgrupper. Deretter ser vi på kommunal variasjon for antall mottakere av støttekontakt (12.6) før vi ser på forskjeller i måter å organisere tjenestene på (12.7). Kapittel 12.8 oppsummerer.

11.2 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

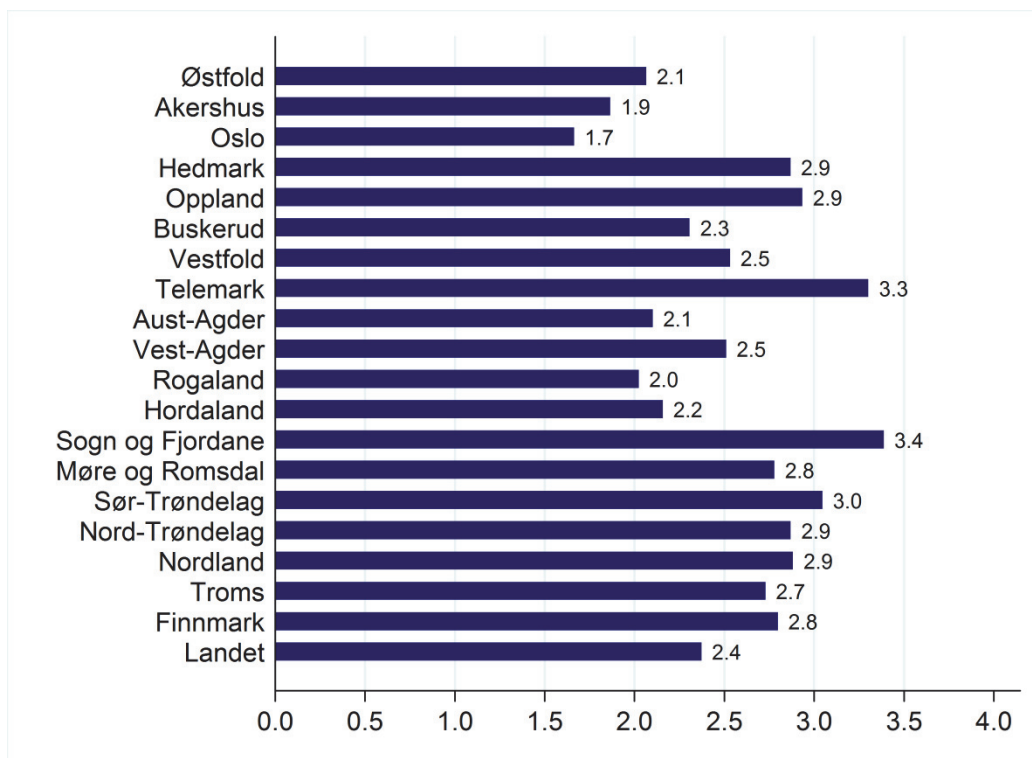
For landet totalt er det innrapportert 11 955 årsverk i 2012. Dette er nærmest identisk med de 11 940 årsverkene som ble rapportert i 2011. Dette innebærer at i 2012, som i 2011, gikk det på landsbasis 2,4 årsverk per 1 000 innbyggere til kommunale tjenester rettet mot personer med psykiske vansker og problemer.

11.2.1 FYLKESVISE FORSKJELLER

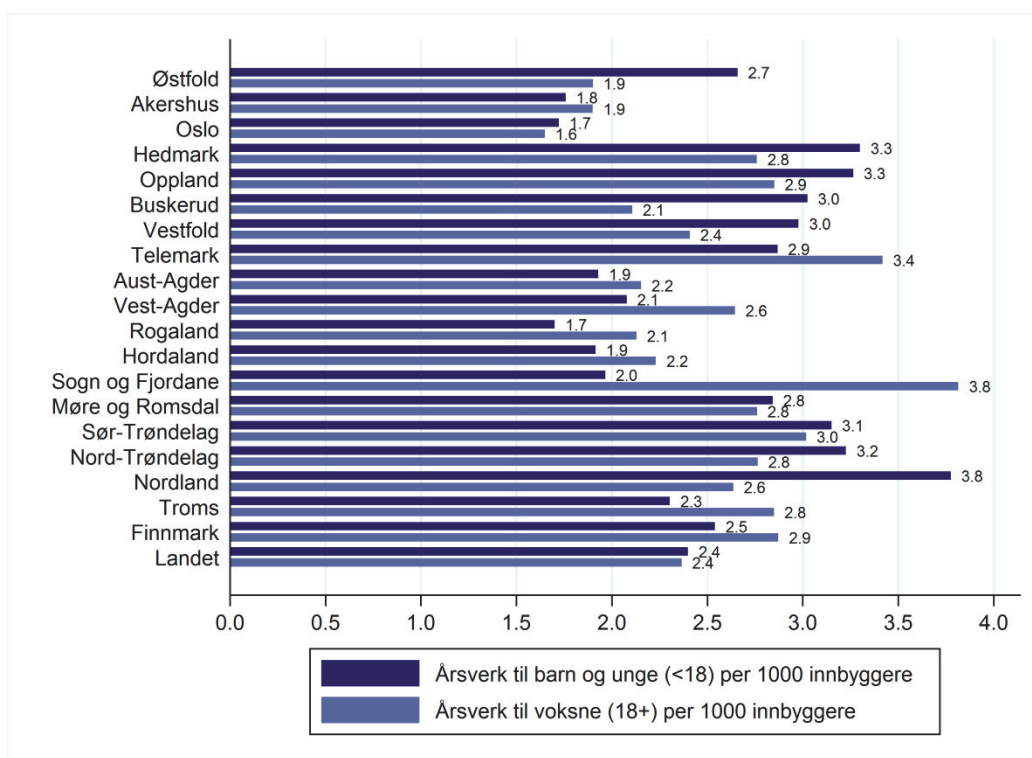
I tabell 12.1 presenteres totalt antall årsverk rapportert for henholdsvis voksne og barn og unge, samt befolkningstall og årsverk per 1 000 innbyggere for 2012. Den siste kolonnen i tabellen, totalt antall årsverk per 1 000 innbyggere, er illustrert i figur 12.1, mens figur 12.2 illustrerer fordelingen fordelt på voksne og barn/unge.

Tabell 11.1 Totalt antall årsverk rapportert i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, fylke 2012

Fylke	Sum årsverk voksne	Sum årsverk		Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk	
		barn og unge	Befolkning 18+ år				per 1000 innb., barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Østfold	419	163	220 659	61 341	1.9	2.7	2.1	
Akershus	816	241	429 560	136 839	1.9	1.8	1.9	
Oslo	805	210	488 017	121 742	1.6	1.7	1.7	
Hedmark	426	130	154 266	39 453	2.8	3.3	2.9	
Oppland	425	125	148 925	38 329	2.9	3.3	2.9	
Buskerud	443	178	210 296	58 707	2.1	3.0	2.3	
Vestfold	450	155	186 790	51 958	2.4	3.0	2.5	
Telemark	462	103	135 110	35 792	3.4	2.9	3.3	
Aust-Agder	187	50	86 854	25 918	2.2	1.9	2.1	
Vest-Agder	356	87	134 402	41 951	2.6	2.1	2.5	
Rogaland	726	189	340 880	111 279	2.1	1.7	2.0	
Hordaland	857	218	384 105	114 030	2.2	1.9	2.2	
Sogn og Fjordane	319	49	83 625	25 075	3.8	2.0	3.4	
Møre og Romsdal	556	165	201 195	58 209	2.8	2.8	2.8	
Sør-Trøndelag	715	208	236 850	65 905	3.0	3.1	3.0	
Nord-Trøndelag	287	99	103 726	30 717	2.8	3.2	2.9	
Nordland	495	196	187 777	51 834	2.6	3.8	2.9	
Troms	358	81	125 780	35 141	2.8	2.3	2.7	
Finnmark	167	42	58 038	16 496	2.9	2.5	2.8	
Landet	9267	2688	3 916 855	1 120 716	2.4	2.4	2.4	



Figur 11.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2012



Figur 11.2 Antall årsverk rapportert for voksne og barn/unge i psykisk helsearbeid per 1000 innbyggere, fylke 2012

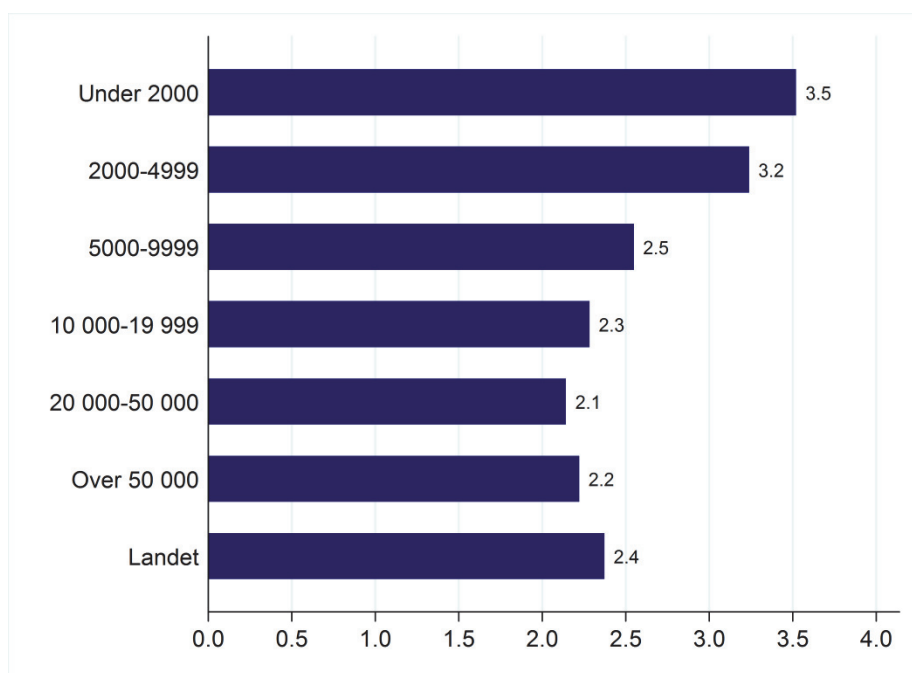
11.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 11.2 er tallene fordelt på kommuner samlet etter antall innbyggere. Tallene i siste kolonne er vist i figur 11.3, mens tallene i de to kolonnene som viser årsverk fordelt på voksne og på barn og unge er vist i figur 12.4.

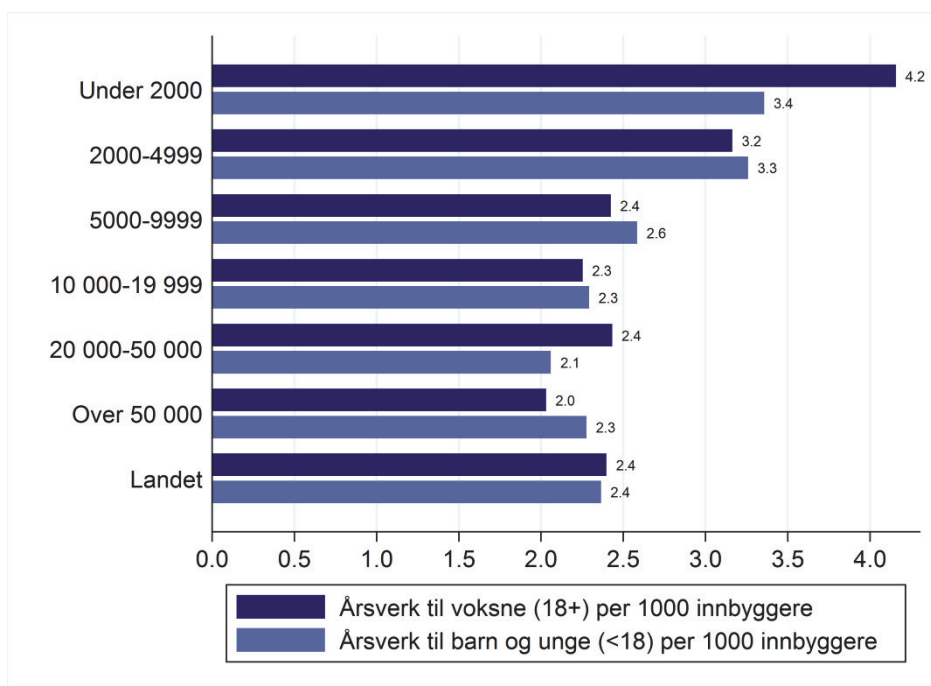
Tabell 11.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, kommune-
størrelse 2012

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk		
					Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk per 1000 innb., barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Under 2000	321	102	95 570	24 403	3.4	4.2	3.5
2000-4999	1 113	298	341 295	94 111	3.3	3.2	3.2
5000-9999	1 201	325	464 773	134 084	2.6	2.4	2.5
10 000-19 999	1 479	450	645 124	199 591	2.3	2.3	2.3
20 000-50 000	2 748	918	1 333 497	377 261	2.1	2.4	2.1
Over 50 000	2 360	592	1 036 596	291 266	2.3	2.0	2.2
Landet	9 267	2 688	3 916 855	1 120 716	2.4	2.4	2.4

Som vist i tabellen over og figur 12.3 er hovedtendensen 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 kommunegruppene i totalt antall årsverk per innbygger. Når vi differensierer mellom årsverk for voksne og barn og unge i figur 12.4 blir forskjellene mellom de større kommunene tydeligere, men hovedtendensen forblir den samme.



Figur 11.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, kommune-
størrelse 2012



Figur 11.4 Årsverk per 1 000 innbyggere, tjenester for voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2012

11.2.3 KOSTRA-GRUPPE

Tabell 12.3 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 12.5 og 12.6 har vi illustrert resultatene i de tre siste kolonnene.

KOSTRA-gruppene 3, 4 og 6²⁰ har flest årsverk i psykisk helsearbeid (totalt) per innbygger (hhv. 3,8, 3,9 og 4,0 årsverk per 1 000 innbyggere i gjennomsnitt). Disse 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.

²⁰ Små kommuner med...:

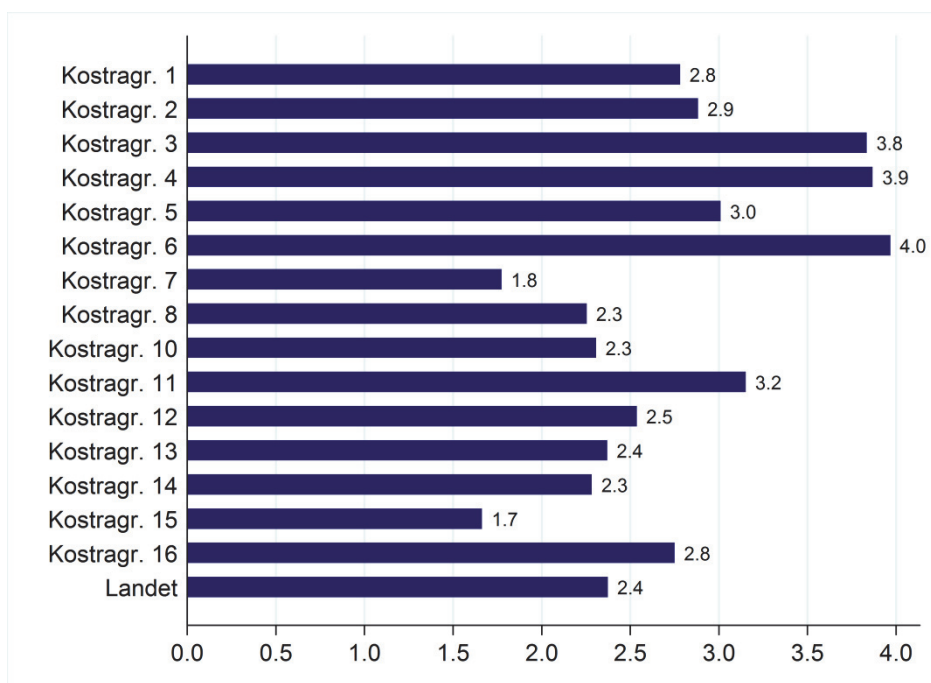
3: Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

4: Høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter

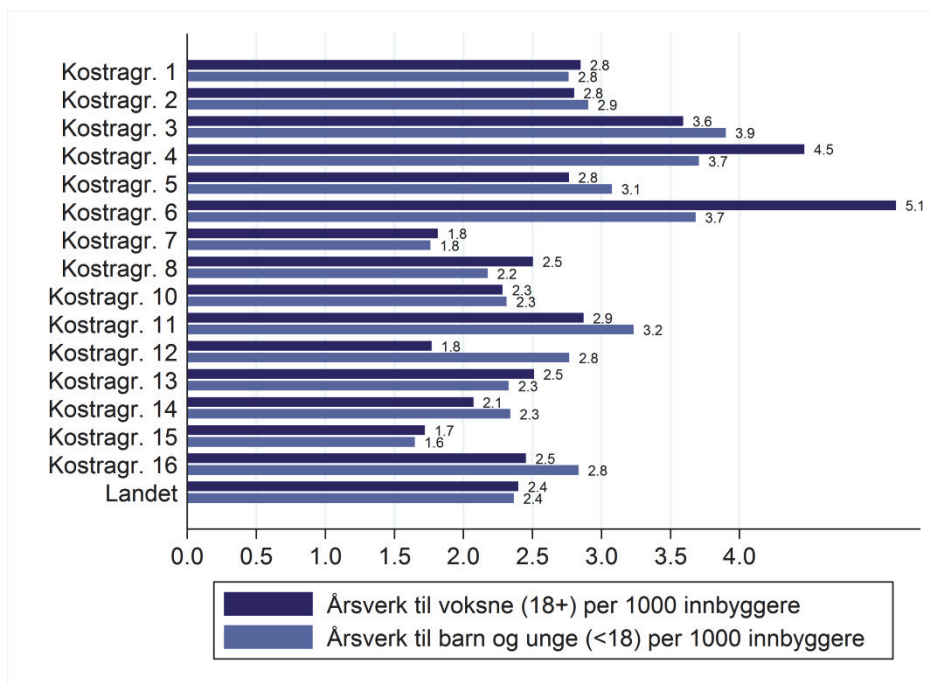
6: Høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter

Tabell 11.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Kostra-gruppe 2012

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk		Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk per 1000 innb.,	
		barn og unge					barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Kostragr. 1	196	57		70 759	19 984	2.8	2.8	2.8
Kostragr. 2	471	129		162 283	45 921	2.9	2.8	2.9
Kostragr. 3	361	91		92 580	25 280	3.9	3.6	3.8
Kostragr. 4	40	13		10 741	2 908	3.7	4.5	3.9
Kostragr. 5	145	35		47 039	12 731	3.1	2.8	3.0
Kostragr. 6	227	78		61 725	15 116	3.7	5.1	4.0
Kostragr. 7	549	174		311 727	95 646	1.8	1.8	1.8
Kostragr. 8	597	214		274 070	85 454	2.2	2.5	2.3
Kostragr. 10	453	133		195 919	58 073	2.3	2.3	2.3
Kostragr. 11	902	229		279 029	79 616	3.2	2.9	3.2
Kostragr. 12	224	43		81 095	24 305	2.8	1.8	2.5
Kostragr. 13	3 184	1 014		1 367 008	403 463	2.3	2.5	2.4
Kostragr. 14	1 060	257		452 762	124 071	2.3	2.1	2.3
Kostragr. 15	805	210		488 017	121 742	1.6	1.7	1.7
Kostragr. 16	48	12		16 966	4 849	2.8	2.5	2.8
Landet	9 267	2 688		3 916 855	1 120 716	2.4	2.4	2.4



Figur 11.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, Kostragruppe 2012



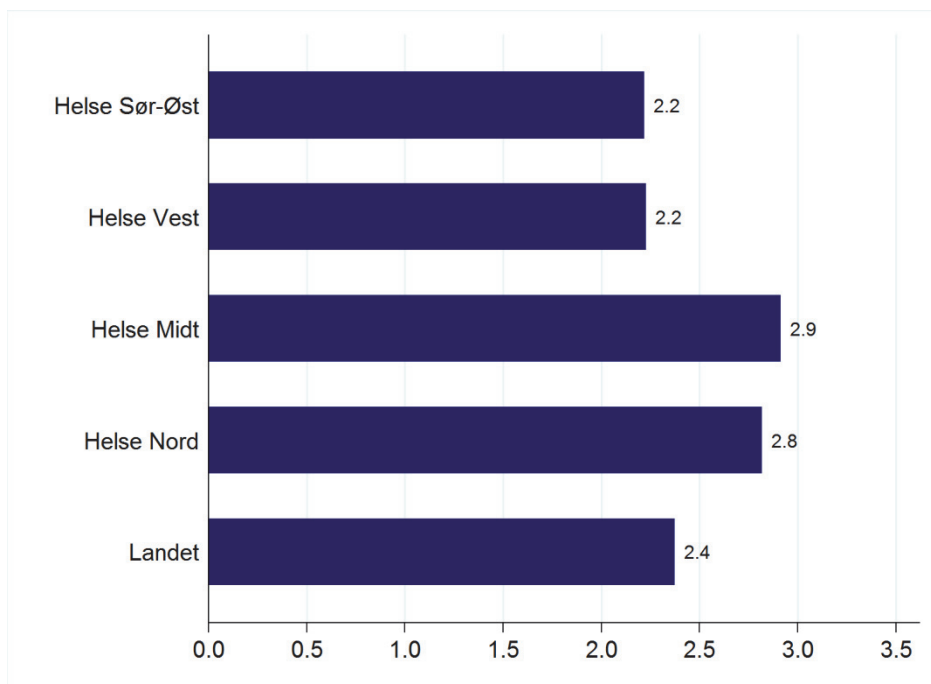
Figur 11.6 Årsverk per 1 000 innbyggere, voksne og barn og unge, Kostragruppe 2012

11.2.4 HELSEREGION

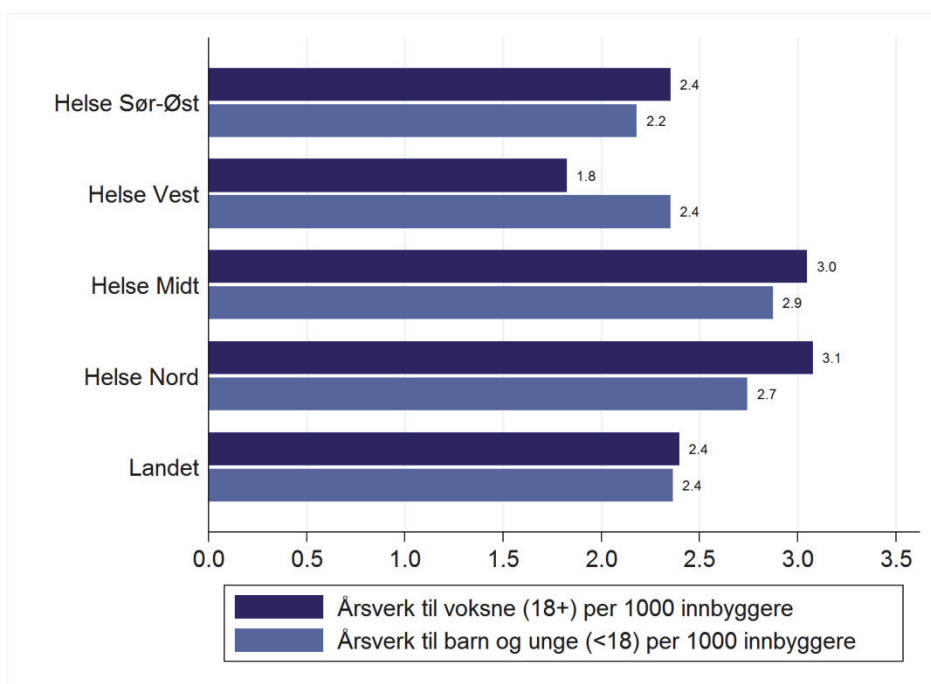
I tabell 12.4 og figurene 12.7 og 12.8 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, gruppert etter de fire helseregionene spesialisthelsetjenesten organiseres i. Helseregionene Sør-Øst og Vest har mange innbyggerrike kommuner, og kommer dermed ut med lavere antall årsverk per innbygger enn landsgjennomsnittet totalt. Midt-Norge og Nord ligger over landsgjennomsnittet på hhv. 2,9 og 2,8 årsverk per 1000 innbyggere.

Tabell 11.4 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbyggere, Helseregion, 2012

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18+ år	Befolkning 0-17 år	Årsverk per 1000 innb., voksne	Årsverk per 1000 innb., barn og unge	Årsverk per 1000 innb., totalt
Helse Sør-Øst	4 788	1 441	2 194 879	612 030	2.2	2.4	2.2
Helse Vest	1 902	457	808 610	250 384	2.4	1.8	2.2
Helse Midt	1 557	472	541 771	154 831	2.9	3.0	2.9
Helse Nord	1 020	319	371 595	103 471	2.7	3.1	2.8
Landet	9 267	2 688	3 916 855	1 120 716	2.4	2.4	2.4



Figur 11.7 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1 000 innbyggere, helseregion, 2012



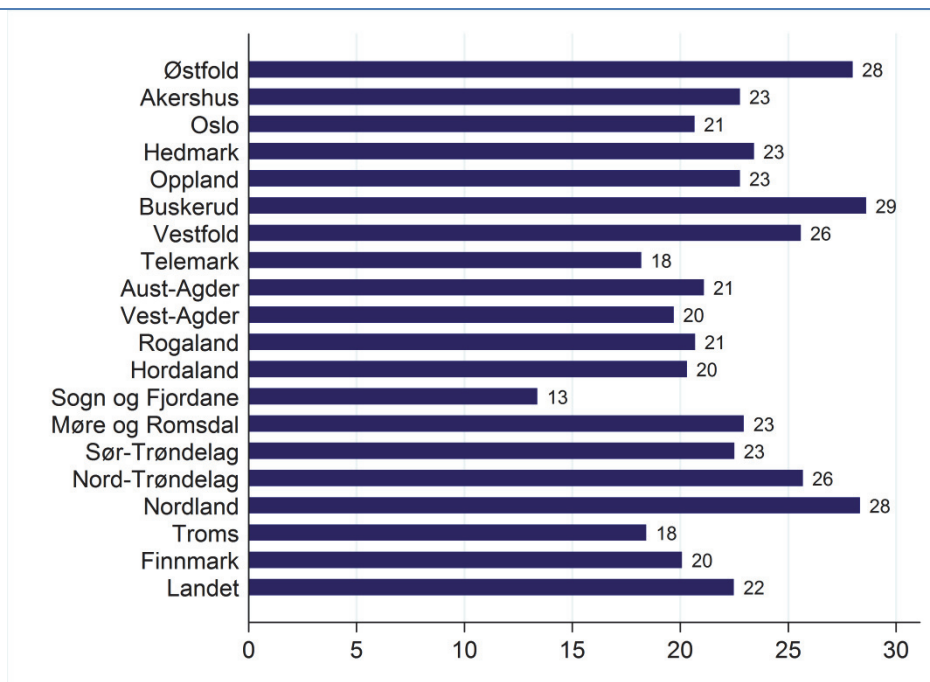
Figur 11.8 Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, helseregion, 2012

11.3 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 som har ligget stabilt i 2011 og 2012. 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 2012. Figurene presenterer tallene per fylke, etter kommunestørrelse, Kostragruppe og per helseregion.

11.3.1 FYLKESFORSKJELLER

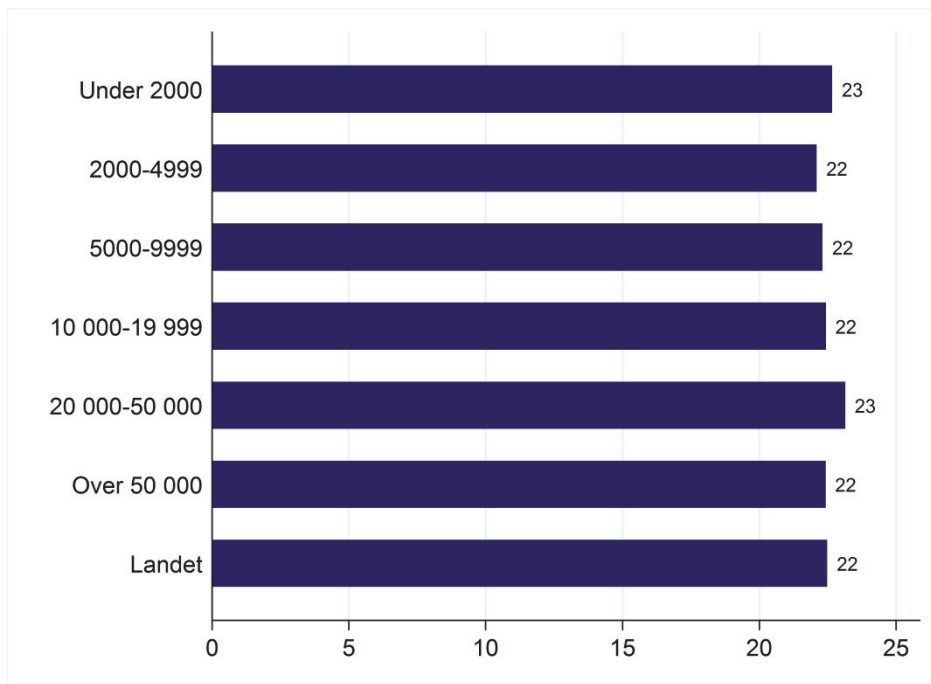


Figur 11.9 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke, 2012

Som figuren illustrerer, er det kommunene i Buskerud, Nordland og Østfold som i gjennomsnitt har de høyeste andelen årsverk innen tjenester for barn og unge. De laveste gjennomsnittlige andelen finner vi i Sogn og Fjordane, Telemark og Troms.

11.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

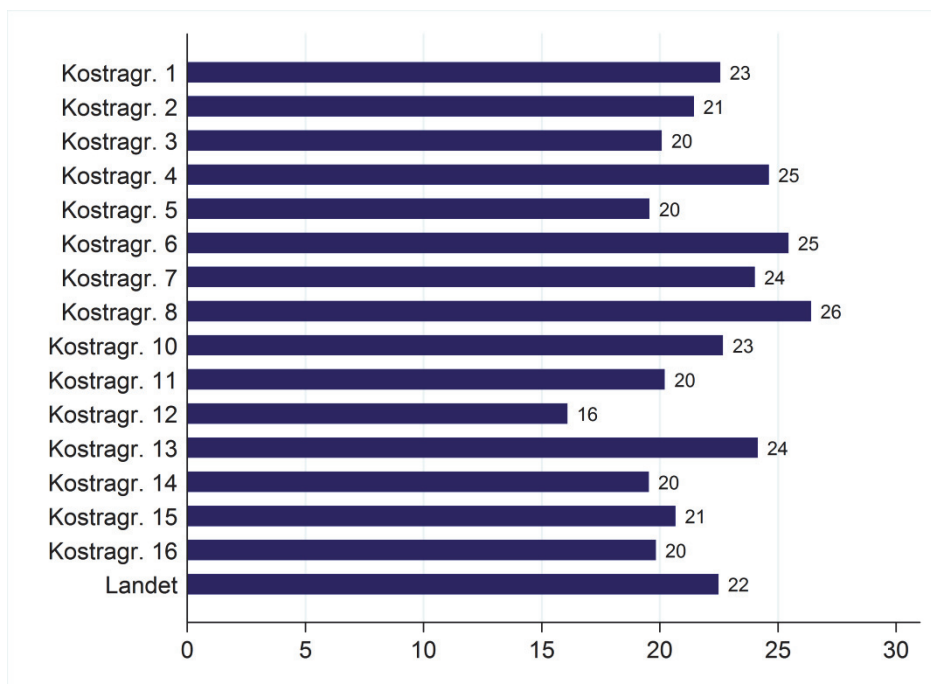
Variasjonen i andel årsverk i tjenester rettet mot barn og unge etter kommunestørrelse var lav i 2011, og har falt ytterligere i 2012. Det største avviket fra landsgjennomsnittet på 22,5 prosent finner vi i kommunene som har mellom 20 000 – 50 000 innbyggere, som ligger 0,6 prosentpoeng over landsgjennomsnittet.



Figur 11.10 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse, 2012

11.3.3 KOSTRAGRUPPE

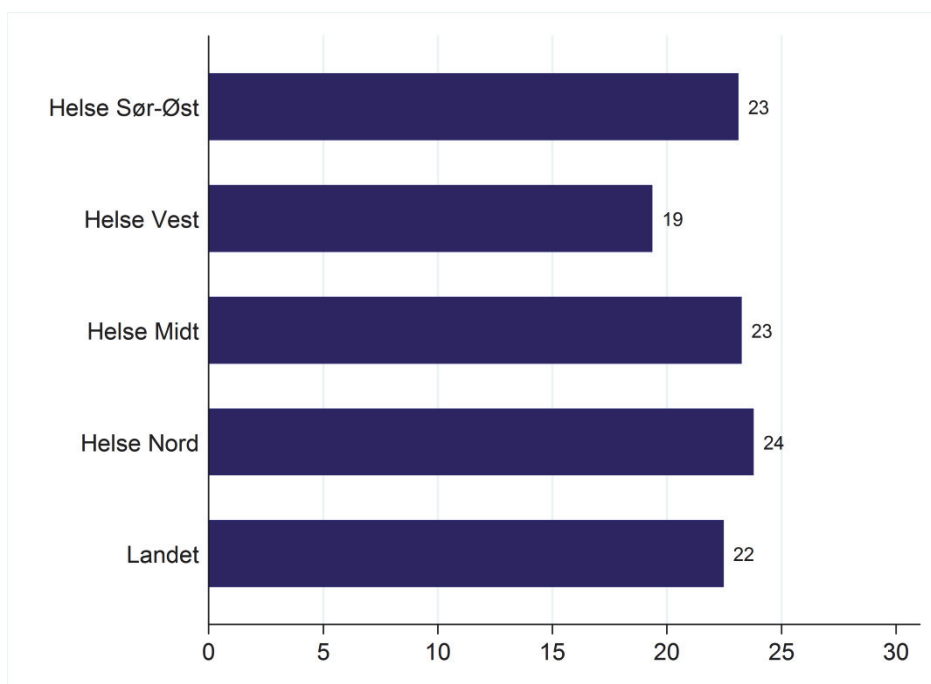
Kommunene i Kostragruppe 8 har den høyeste gjennomsnittlige andelen årsverk som går til tjenester for barn og unge (26 prosent). Dette betyr m.a.o. at de 27 kommunene med lave bundne kostnader og middels frie disponible inntekter i gjennomsnitt benyttet en høy andel av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid i tjenester til barn og unge. Kostragruppe 12, kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter, ligger lavest med 16 prosent.



Figur 11.11 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, Kostragruppe, 2012

11.3.4 HELSEREGION

I figur 12.12 presenteres andel av totale årsverk som går til tjenester og tiltak for barn og unge på helseregionnivå i 2012. Som for 2009, 2010 og 2011 ligger Sør-Øst og Midt-Norge over landsgjennomsnittet i 2012, mens Vest ligger lavest. Nytt i 2012 er imidlertid en økning på fire prosentpoeng i Helse Nord, noe som har brakt også denne helseregionen over landsgjennomsnittet.



Figur 11.12 Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, helseregion, 2012

11.4 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER

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 12.2. 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.

11.4.1 ÅRSVERK TIL VOKSNE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

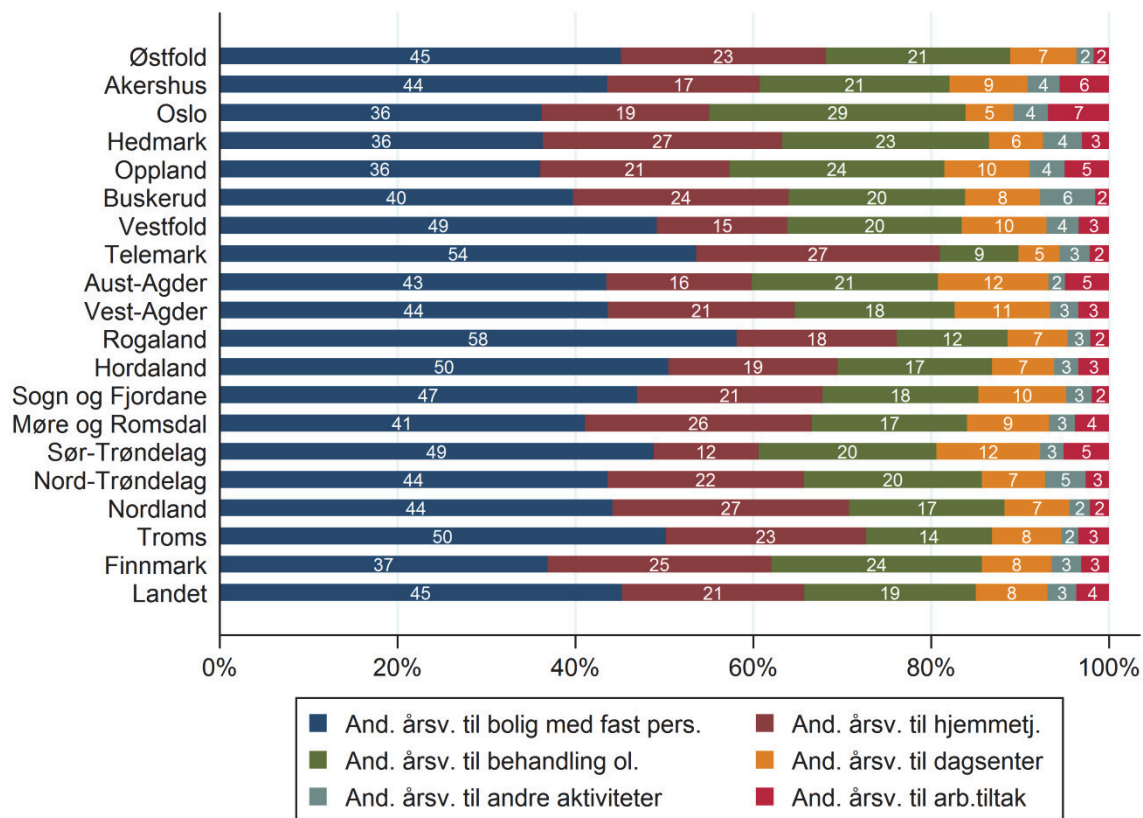
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene som er rapportert på ulike tiltak i tjenester for voksne fordeler seg andelsmessig på tiltakene bolig/oppfølging/behandling m.m. og aktivitetstilbud.

1.1.1.1 FYLKESFORSKJELLER

Første kolonne i tabell 12.5 er illustrert i figur 12.2 i forrige delkapittel. De to neste kolonnene i tabellen er illustrert i figur 12.13 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 (3,8) og Oslo og (1,6).

Tabell 11.5 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak for voksne, fylke, 2012

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemme- tjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitets- tilbud	Totalt
Østfold	1.9	45	23	21	11	100
Akershus	1.9	44	17	21	18	100
Oslo	1.6	36	19	29	16	100
Hedmark	2.8	36	27	23	14	100
Oppland	2.9	36	21	24	19	100
Buskerud	2.1	40	24	20	16	100
Vestfold	2.4	49	15	20	17	100
Telemark	3.4	54	27	9	10	100
Aust-Agder	2.2	44	16	21	19	100
Vest-Agder	2.6	44	21	18	17	100
Rogaland	2.1	58	18	13	12	100
Hordaland	2.2	51	19	17	13	100
Sogn og Fjordane	3.8	47	21	18	15	100
Møre og Romsdal	2.8	41	26	17	16	100
Sør-Trøndelag	3.0	49	12	20	19	100
Nord-Trøndelag	2.8	44	22	20	14	100
Nordland	2.6	44	27	18	12	100
Troms	2.8	50	23	14	13	100
Finnmark	2.9	37	25	24	14	100
Landet	2.4	45	21	19	15	100



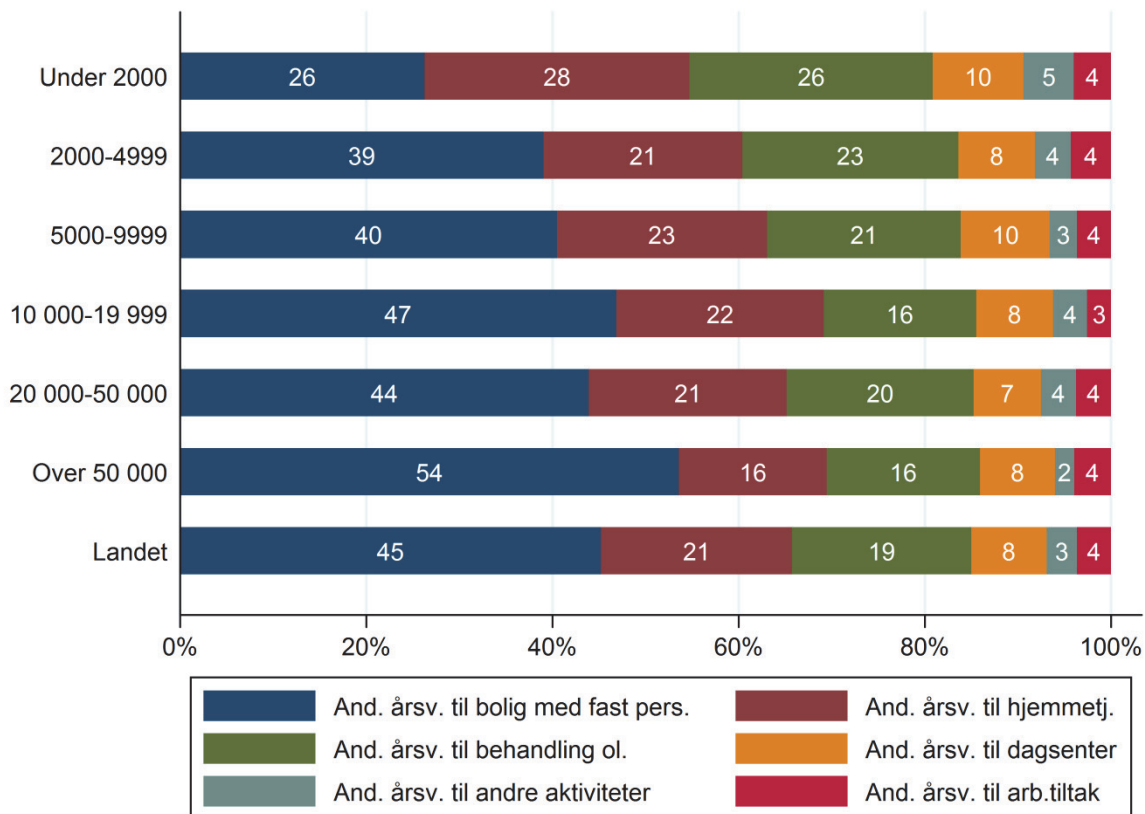
Figur 11.13 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke, 2012

1.1.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

Når vi grupperer tallene etter kommunestørrelse (tabell 12.6), ser vi at andelen årsverk som går til bolig, oppfølging og behandling m.m. stiger med økende kommunestørrelse, fra 26 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 tilrettede behandlingstilbud (jf. Storbysatsningen). For de andre tre kategoriene ser vi en tendens til at andelen årsverk faller med økende kommunestørrelse.

Tabell 11.6 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2012

	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
Under 2 000	3.4	26	28	26	19	100
2 000-4 999	3.3	39	21	23	16	100
5 000-9 999	2.6	41	23	21	16	100
10 000-19 999	2.3	47	22	16	15	100
20 000-50 000	2.1	44	21	20	15	100
Over 50 000	2.3	54	16	17	14	100
Landet	2.4	45	21	19	15	100



Figur 11.14 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse, 2012

Figur 12.14 illustrerer fordelingen av årsverk til ulike tiltak for voksne i 2012. 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.

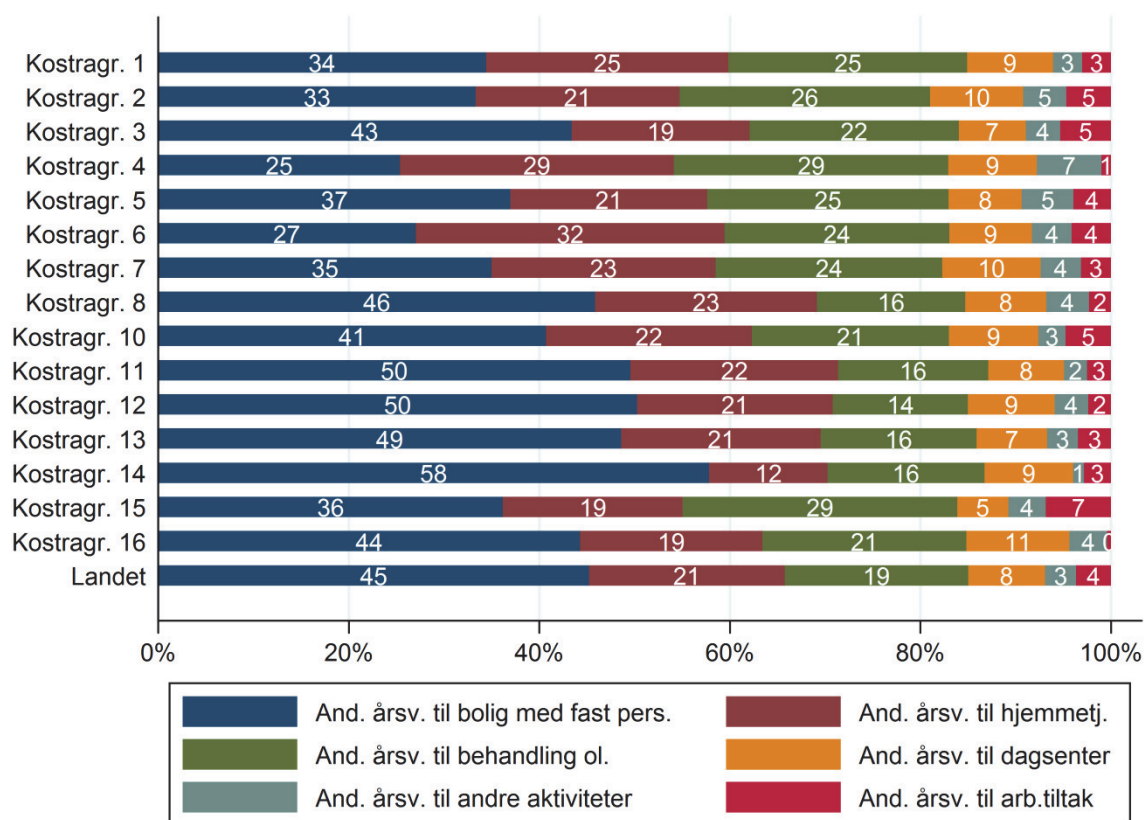
1.1.1.3 KOSTRA-GRUPPE

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 12.7.

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 (32 prosent).

Tabell 11.7 Årsverk per 1 000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2012

	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	2.8	34	25	25	15	100
Kostragr. 2	2.9	33	21	26	19	100
Kostragr. 3	3.9	43	19	22	16	100
Kostragr. 4	3.7	25	29	29	17	100
Kostragr. 5	3.1	37	21	25	17	100
Kostragr. 6	3.7	27	32	24	17	100
Kostragr. 7	1.8	35	24	24	18	100
Kostragr. 8	2.2	46	23	16	15	100
Kostragr. 10	2.3	41	22	20	17	100
Kostragr. 11	3.2	50	22	16	13	100
Kostragr. 12	2.8	50	21	14	15	100
Kostragr. 13	2.3	49	21	16	14	100
Kostragr. 14	2.3	58	12	17	13	100
Kostragr. 15	1.6	36	19	29	16	100
Kostragr. 16	2.8	44	19	21	15	100
Landet	2.4	45	21	19	15	100



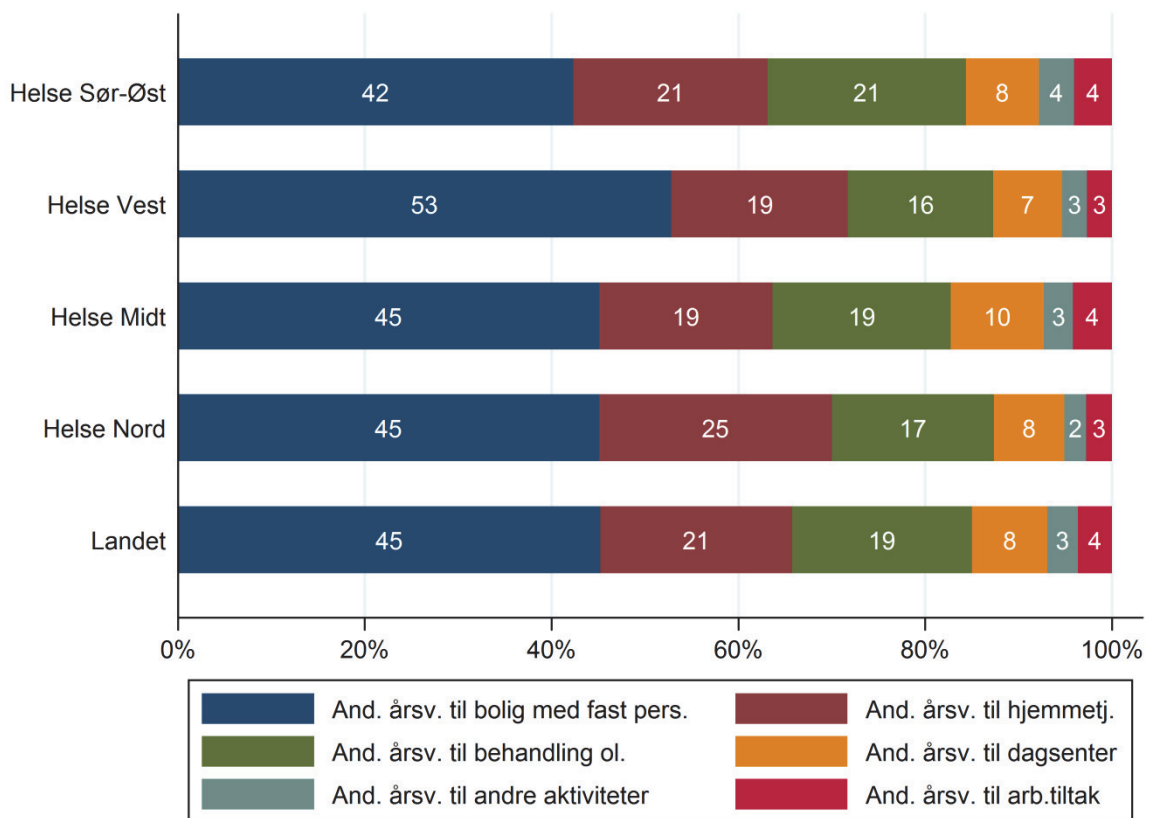
Figur 11.15 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., Kostragruppe, 2012

1.1.1.4 HELSEREGION

I tabell 12.8 og figur 12.16 presenteres tallene per helseregion. Andelen av årsverk til bolig med fast personell er høyest i helseregion Vest (53 prosent). Denne helseregionen ligger 8 prosentpoeng over landsgjennomsnittet på 45 prosent. Andel av årsverk til hjemmetjenester er høyest i helseregion Nord.

Tabell 11.8 Årsverk per 1 000 voksne innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2012

	Sum årsverk voksne pr. 1000 innb.	Andel av årsverk til bolig med fast personell	Andel av årsverk til hjemme- tjenester	Andel av årsverk til behandling etc.	Andel av årsverk til aktivitets- tilbud	Totalt
Helse Sør-Øst	2.2	42	21	21	16	100
Helse Vest	2.4	53	19	16	13	100
Helse Midt	2.9	45	19	19	17	100
Helse Nord	2.7	45	25	17	13	100
Landet	2.4	45	21	19	15	100



Figur 11.16 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., helseregion, 2012

11.4.2 ÅRSVERK TIL BARN OG UNGE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

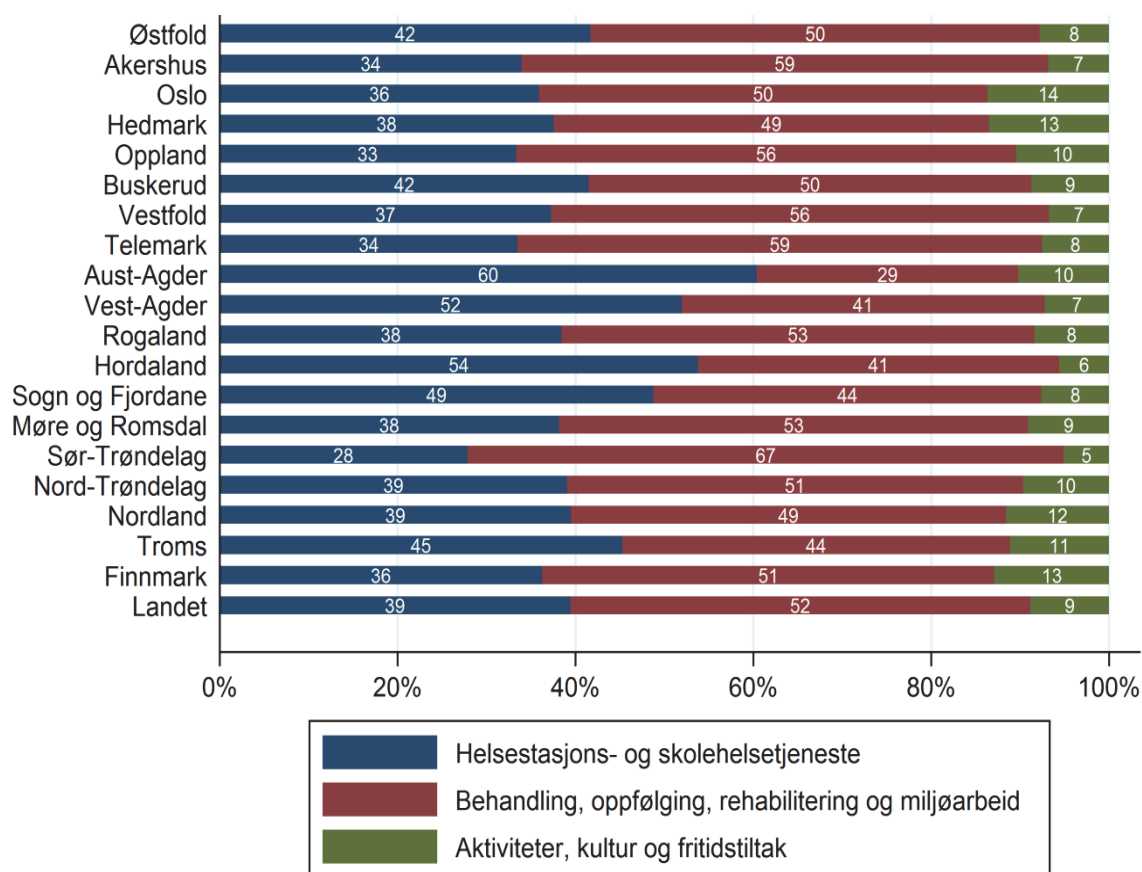
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene i psykisk helsearbeid i kommunene fordeler seg på tre ulike tiltak for barn og unge: Helsestasjons- og skolehelsetjeneste; behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid (behandling og oppfølging m.v.); aktiviteter, kultur og fritidstiltak.

1.1.1.5 FYLKESFORSKJELLER

Som vi ser av tabell 12.9 går i gjennomsnitt over halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging m.v. (52 prosent) i 2012. 39 prosent går til helsestasjoner og skolehelsetjeneste, mens ni prosent går til aktiviteter, kultur og fritidstilbud. Denne fordelingen er uforandret siden 2011. Det er imidlertid en del variasjon innad i fylkene. Andelen som går til helsestasjoner og skolehelsetjeneste varierer fra 28 prosent i Sør-Trøndelag til 60 prosent i Aust-Agder. Om vi ser på behandling, oppfølging mm., er bildet omvendt: Sør-Trøndelag har den høyeste andelen med 67 prosent, mens Aust-Agder ligger nederst med 29 prosent.

Tabell 11.9 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2012

	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	2.7	42	51	8	100
Akershus	1.8	34	59	7	100
Oslo	1.7	36	50	14	100
Hedmark	3.3	38	49	14	100
Oppland	3.3	33	56	11	100
Buskerud	3	42	50	9	100
Vestfold	3	37	56	7	100
Telemark	2.9	34	59	8	100
Aust-Agder	1.9	60	29	10	100
Vest-Agder	2.1	52	41	7	100
Rogaland	1.7	38	53	8	100
Hordaland	1.9	54	41	6	100
Sogn og Fjordane	2	49	44	8	100
Møre og Romsdal	2.8	38	53	9	100
Sør-Trøndelag	3.1	28	67	5	100
Nord-Trøndelag	3.2	39	51	10	100
Nordland	3.8	40	49	12	100
Troms	2.3	45	44	11	100
Finnmark	2.5	36	51	13	100
Landet	2.4	39	52	9	100



Figur 11.17 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke, 2012

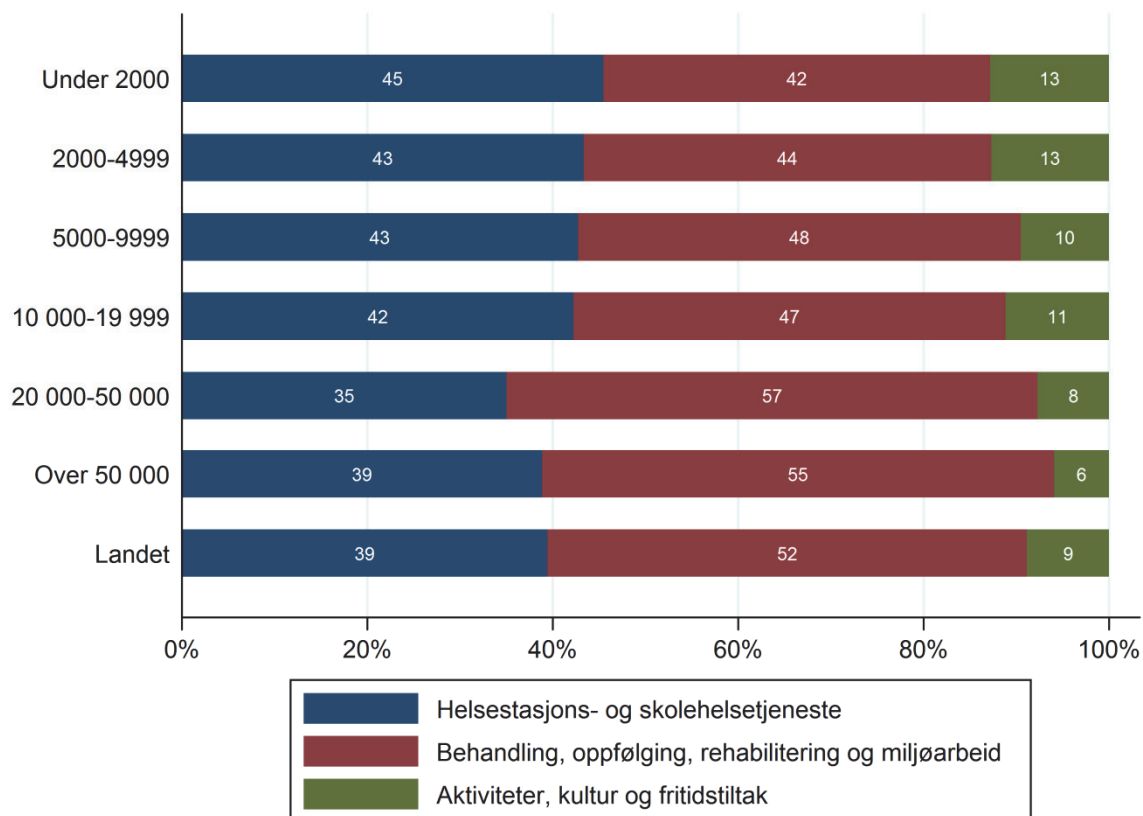
1.1.1.6 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse ser vi av tabell 12.10 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. Kommuner med mer enn 50 000 innbyggere skiller seg imidlertid fra denne trenden, jf. tabell 12.10. Dette markerer en endring fra 2011, hvor det var kommuner i størrelsen 20 000 – 50 000 innbyggere som brøt trenden. Disse kommunene har rapportert en nedgang på to prosentpoeng (til 35 prosent), samtidig som den største kategorien har rapportert en økning på fire prosentpoeng, til 39 prosent.

Tabell 11.10 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2012

	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	4.2	46	42	13	100
2000-4999	3.2	43	44	13	100
5000-9999	2.4	43	48	10	100
10 000-19 999	2.3	42	47	11	100
20 000-50 000	2.4	35	57	8	100
Over 50 000	2.0	39	55	6	100
Landet	2.4	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 (42 prosent), sammenliknet med i de største kommunene (55 prosent). De minste kommunene prioriterer i større grad aktivitetstilbud. Dette så vi også i tallene fra 2008-2011. Forskjellene har imidlertid minket noe siden 2011, hvor de minste kommunene rapporterte om 40 prosent, mot 58 prosent i de største. Figur 12.18 illustrerer fordelingen av 2012-tallene.



Figur 11.18 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse, 2012

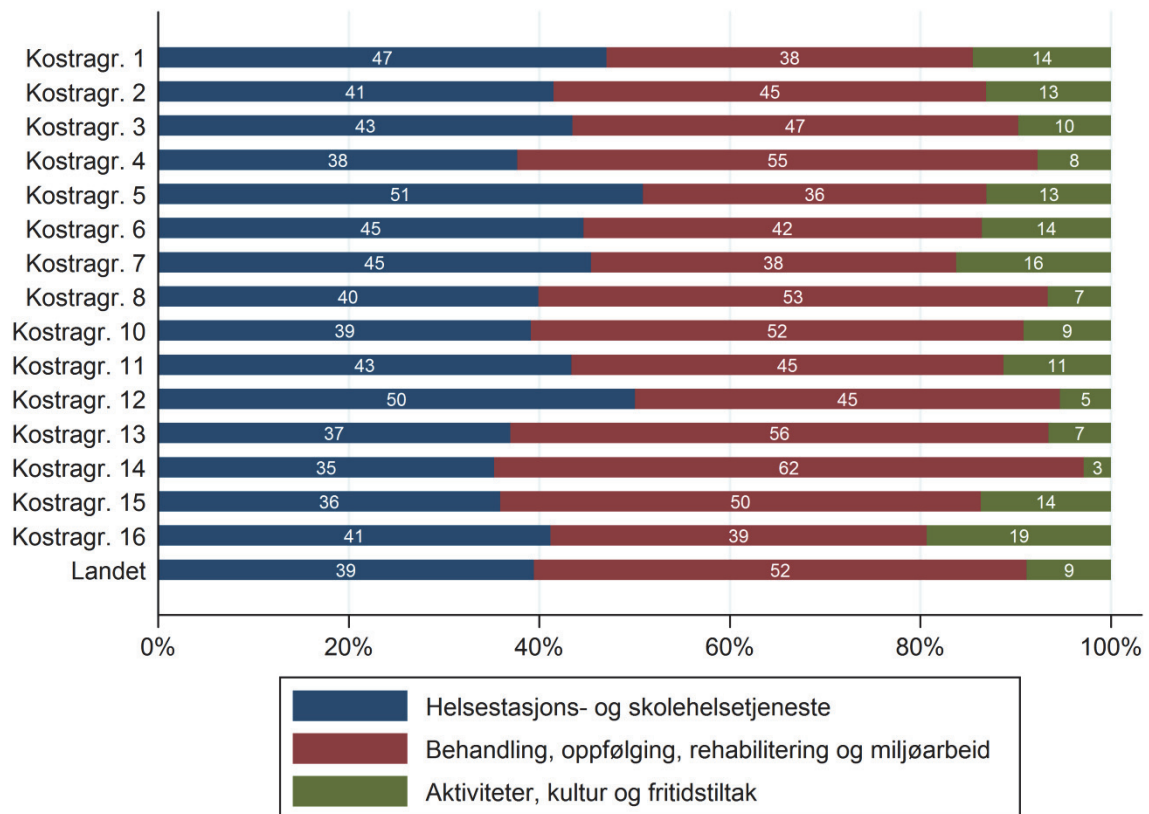
1.1.1.7 KOSTRAGRUPPE

I tabell 12.11 og figur 12.19 presenteres tallene per Kostragruppe for 2012.

Tabell 11.11 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2012

	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	15	100
Kostragr. 2	2.8	42	45	13	100
Kostragr. 3	3.6	44	47	10	100
Kostragr. 4	4.5	38	55	8	100
Kostragr. 5	2.8	51	36	13	100
Kostragr. 6	5.1	45	42	14	100
Kostragr. 7	1.8	45	38	16	100
Kostragr. 8	2.5	40	53	7	100
Kostragr. 10	2.3	39	52	9	100
Kostragr. 11	2.9	43	45	11	100
Kostragr. 12	1.8	50	45	5	100
Kostragr. 13	2.5	37	57	7	100
Kostragr. 14	2.1	35	62	3	100
Kostragr. 15	1.7	36	50	14	100
Kostragr. 16	2.5	41	40	19	100
Landet	2.4	39	52	9	100

Som i 2011 rapporterer Kostragruppe 14 den laveste andelen årsverk innen helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Gruppen har imidlertid økt andelen innen dette området fra 28 til 35 prosent, vel å merke uten at dette har påvirket totalgjennomsnittet på 39 prosent. Kostragruppe 4 rapporterer en nedgang fra 57 til 38 prosent, mens gruppe 12 går opp fra 42 til 50 prosent. Disse endringene speiles naturlig nok med motsatt fortegn innen behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid, mens det er relativt små endringer innen aktiviteter, kultur og fritidstilbud.



Figur 11.19 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, Kostragruppe, 2012

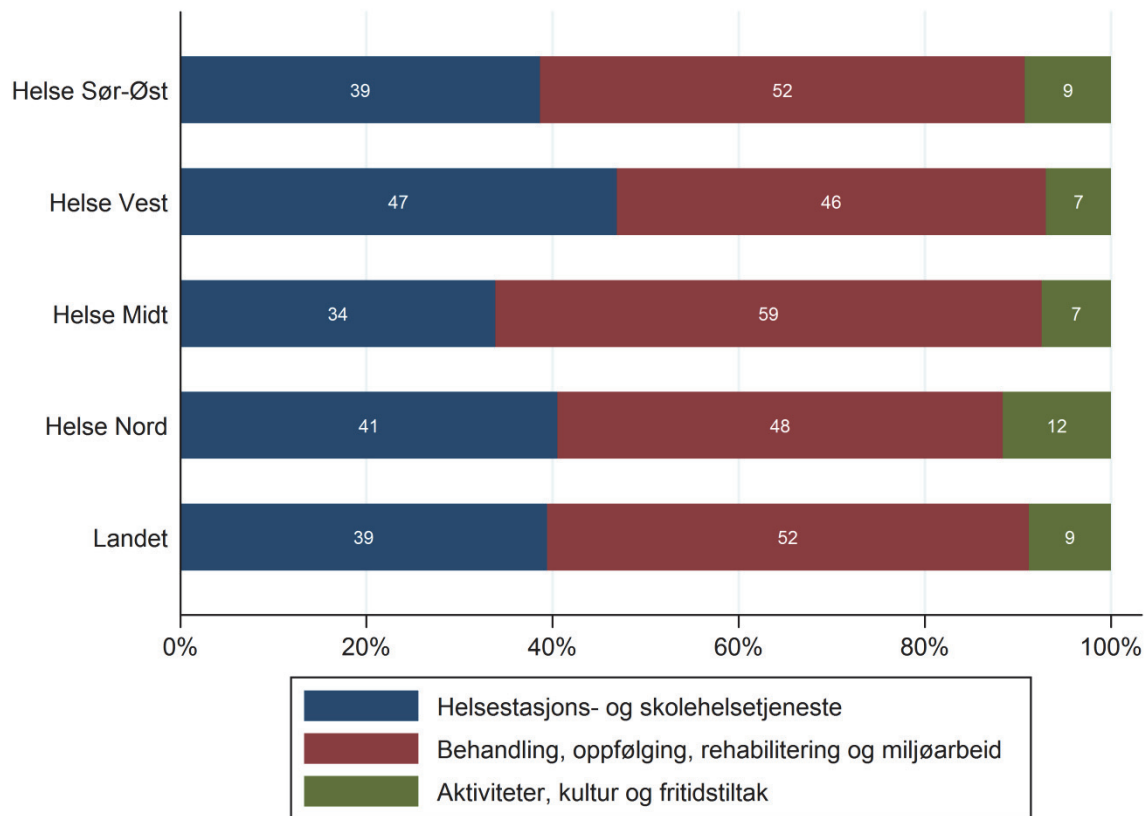
1.1.1.8 HELSEREGION

I tabell 11.12 og figur 12.20 presenteres tallene per helseregion.

Tabell 11.12 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbyggere og andel fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2012

	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	39	52	9	100
Helse Vest	1.8	47	46	7	100
Helse Midt	3.0	34	59	8	100
Helse Nord	3.1	41	48	12	100
Landet	2.4	39	52	9	100

Kommunene i Helse Nord rapporterer en økning fra 2,4 til 3,1 årsverk per 1 000 innbyggere, noe som plasserer denne helseregionen som den som har høyest årsverksinnsats i forhold til innbyggertallet. Kommunene i Helse Vest har i gjennomsnitt 1,8 årsverk per 1 000 innbyggere, uendret fra 2011.



Figur 11.20 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, helseregion, 2012

11.5 ÅRSVERK FORDELT 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
- Helse- og sosialfag og andre fag fra høyskole/universitet
- Andre
- Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid

11.5.1 ÅRSVERK TOTALT

Vi tar først for oss totalt antall årsverk, deretter skiller vi mellom årsverk i tjenester for henholdsvis barn og unge og voksne.

1.1.1.9 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 12.13 presenteres totaltallene per fylke fordelt på de ulike utdanningskategoriene kommunene rapporterer på. Den prosentvise andelen i hver kategori per fylke presenteres i tabell 12.14.

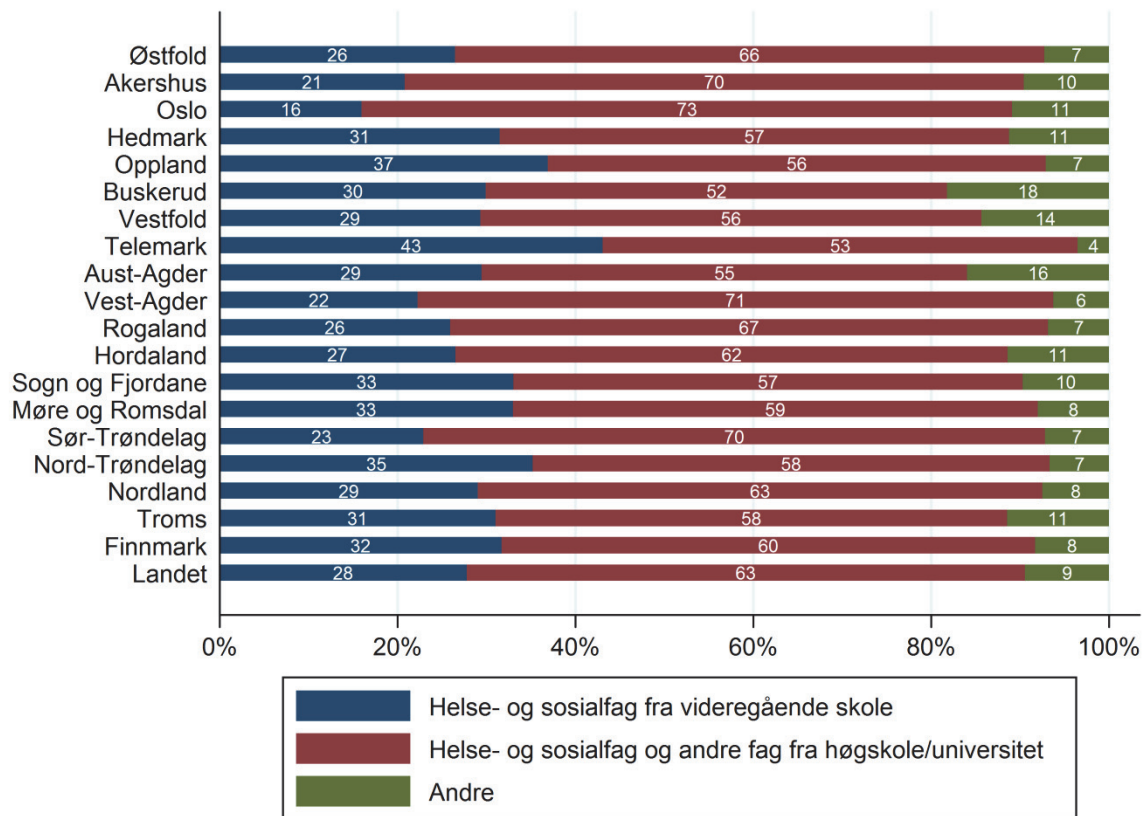
Tabell 11.13 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	52	102	147		144	6		
Akershus	99	121	252	258	51	41	132	101	1 054
Oslo	69	93	210	387	20	27	96	110	1 012
Hedmark	82	92	135	145	10	9	18	62	553
Oppland	66	138	99	152	4	7	49	39	554
Buskerud	82	105	111	139	13	33	26	113	623
Vestfold	52	128	132	146	9	15	44	88	612
Telemark	83	162	90	120	2	33	58	20	567
Aust-Agder	28	41	56	53	1	7	10	37	232
Vest-Agder	32	68	142	124	6	26	25	28	451
Rogaland	102	136	216	303	33	14	52	63	918
Hordaland	113	169	242	309	38	14	57	121	1 062
Sogn og Fjordane	34	88	74	107	5	1	26	36	370
Møre og Romsdal	87	150	136	186	12	26	63	57	716
Sør-Trøndelag	68	143	190	288	28	25	112	66	920
Nord-Trøndelag	49	87	78	106	6	19	17	26	387
Nordland	81	121	187	156	10	16	74	52	698
Troms	46	92	112	110	5	14	17	51	447
Finnmark	21	39	51	44	3	2	13	16	188
Landet	1 245	2 074	2 659	3 274	260	352	952	1 130	11 946

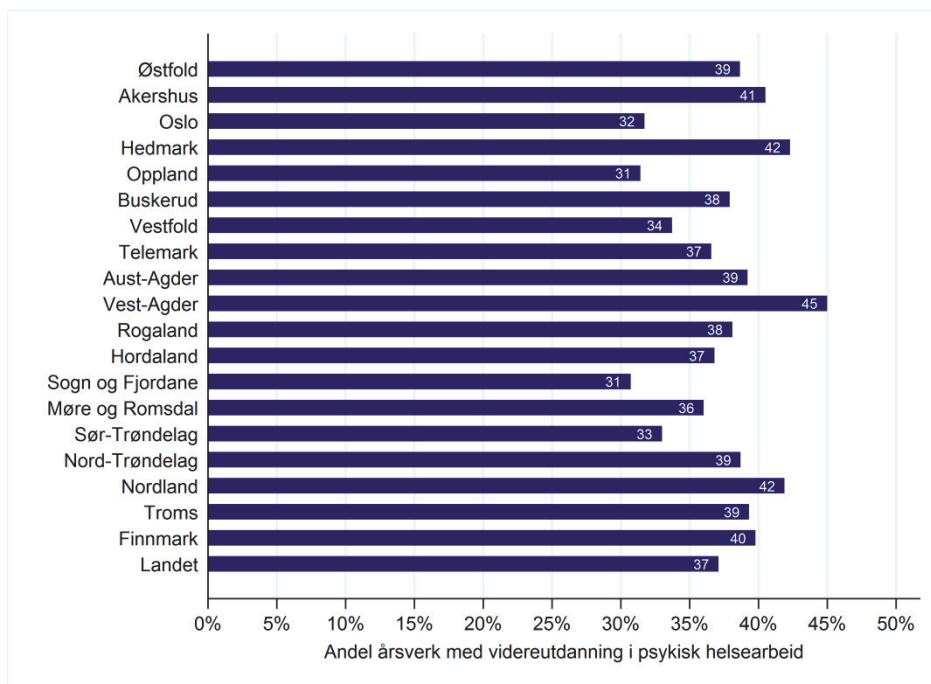
Tabell 11.14 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	9	18	25		25	1		
Akershus	9	12	24	25	5	4	13	10	100
Oslo	7	9	21	38	2	3	10	11	100
Hedmark	15	17	25	26	2	2	3	11	100
Oppland	12	25	18	27	1	1	9	7	100
Buskerud	13	17	18	22	2	5	4	18	100
Vestfold	9	21	22	24	2	2	7	14	100
Telemark	15	29	16	21	0	6	10	4	100
Aust-Agder	12	18	24	23	1	3	4	16	100
Vest-Agder	7	15	31	27	1	6	6	6	100
Rogaland	11	15	24	33	4	2	6	7	100
Hordaland	11	16	23	29	4	1	5	11	100
Sogn og Fjordane	9	24	20	29	1	0	7	10	100
Møre og Romsdal	12	21	19	26	2	4	9	8	100
Sør-Trøndelag	7	16	21	31	3	3	12	7	100
Nord-Trøndelag	13	23	20	27	1	5	4	7	100
Nordland	12	17	27	22	1	2	11	8	100
Troms	10	21	25	25	1	3	4	12	100
Finnmark	11	21	27	23	2	1	7	8	100
Landet	10	17	22	27	2	3	8	10	100

Som vi ser av tabell 12.14 har over 60 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid helse-/sosialfag fra høyskole- eller universitetsutdanning (med eller uten videreutdanning). Bydelene i Oslo rangerer høyest i denne kategorien, med en gjennomsnittlig andel på 73 prosent. 16 prosent av årsverkene har videregående skole som høyeste utdanning, mens 11 prosent ble kategorisert som "andre". Også Vest-Agder (71 prosent), Akershus og Sør-Trøndelag (begge 70 prosent) har høye gjennomsnittlige utdanningsnivåer. I motsatt ende av skalaen finner vi Buskerud og Telemark, med hhv. 52 og 53 prosent. Buskerud har den høyeste andelen kategorisert som "andre", 18 prosent, mens i Telemark har 43 prosent helse-/sosialfag fra videregående skole.



Figur 11.21 Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke, 2012



Figur 11.22 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2012

1.1.1.10 KOMMUNESTØRRELSE

I det følgende har vi gruppert kommunene etter kommunestørrelse, og starter med å presentere absolutte antall årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper i tabell 12.15. Deretter ser vi på de samme størrelsene som andel av totalt antall årsverk i tabell 12.16.

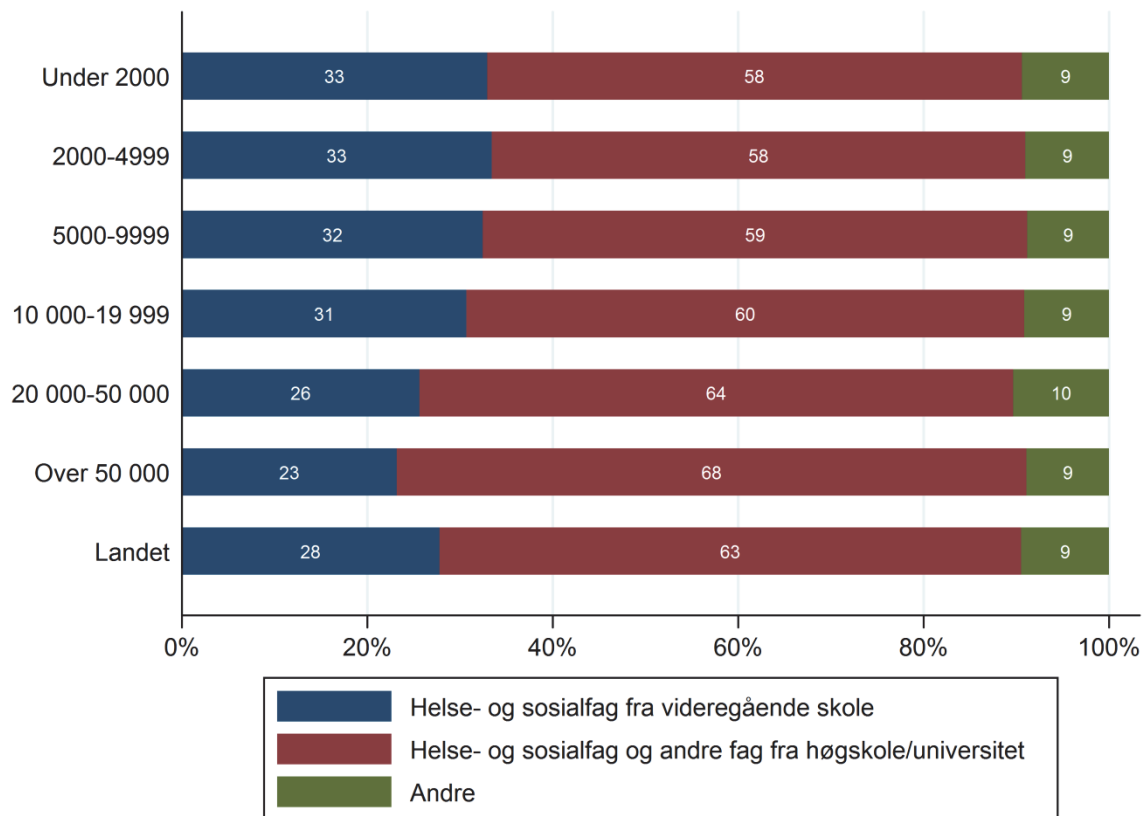
I figur 12.23 og 12.24 presenteres sammenslåtte utdanningskategorier fra tabell 12.16 – tilsvarende det vi gjorde på fylkesnivå over. Figurene er lett leselige, og kommenteres derfor ikke ytterligere.

Tabell 11.15 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2012

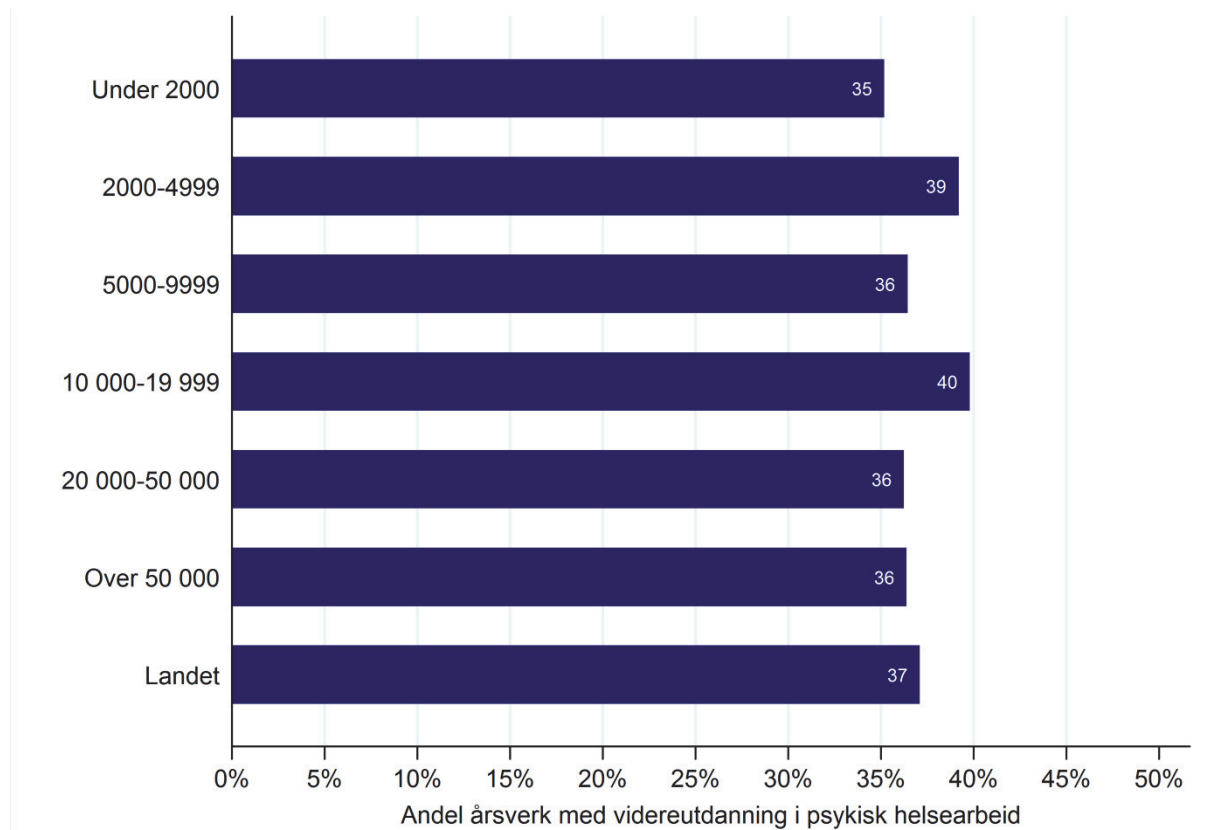
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	37	106	104	104	3	10	30	41	434
2000-4999	168	298	331	344	14	37	76	126	1 393
5000-9999	167	330	339	397	26	31	104	135	1 527
10 000-19 999	234	357	447	483	52	53	124	176	1 927
20 000-50 000	388	552	756	1 057	88	120	330	379	3 669
Over 50 000	251	431	674	866	77	99	284	262	2 942
Landet	1 245	2 074	2 659	3 274	260	352	952	1 130	11 946

Tabell 11.16 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, kommunestørrelse, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	9	24	24	24	1	2	7	9	100
2000-4999	12	21	24	25	1	3	5	9	100
5000-9999	11	22	22	26	2	2	7	9	100
10 000-19 999	12	19	23	25	3	3	6	9	100
20 000-50 000	11	15	21	29	2	3	9	10	100
Over 50 000	9	15	23	29	3	3	10	9	100
Landet	10	17	22	27	2	3	8	10	100



Figur 11.23 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2012



Figur 11.24 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2012

1.1.1.11 KOSTRAGRUPPE

I tabell 12.17 følger de absolutte tallene gruppert etter Kostragruppene.

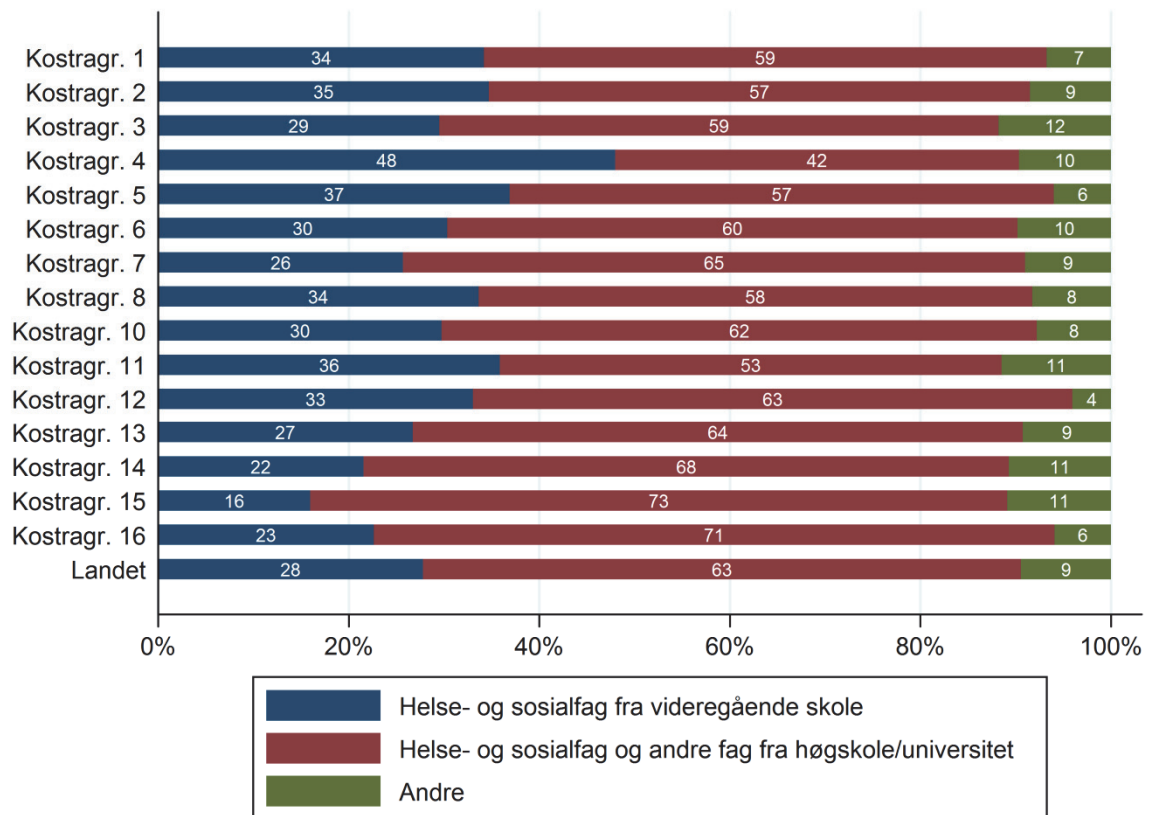
Tabell 11.17 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, Kostragruppe, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	26	59	58	69	2	7	11	17	248
Kostragr. 2	75	130	138	140	7	16	35	50	592
Kostragr. 3	45	86	108	112	6	10	27	52	445
Kostragr. 4	10	16	9	10	1	0	3	5	54
Kostragr. 5	25	41	49	37	0	8	8	11	178
Kostragr. 6	23	74	78	83	3	6	21	31	319
Kostragr. 7	99	86	183	183	19	35	51	65	721
Kostragr. 8	98	173	204	193	16	15	40	67	804
Kostragr. 10	65	113	142	163	14	15	38	47	595
Kostragr. 11	122	284	202	268	24	22	80	130	1 133
Kostragr. 12	34	54	69	67	3	6	23	11	268
Kostragr. 13	440	682	910	1 098	103	169	405	389	4 197
Kostragr. 14	109	175	282	444	42	14	111	141	1 317
Kostragr. 15	69	93	210	387	20	27	96	110	1 012
Kostragr. 16	5	8	15	21	0	1	5	4	59
Landet	1 245	2 074	2 659	3 274	260	352	952	1 130	11 946

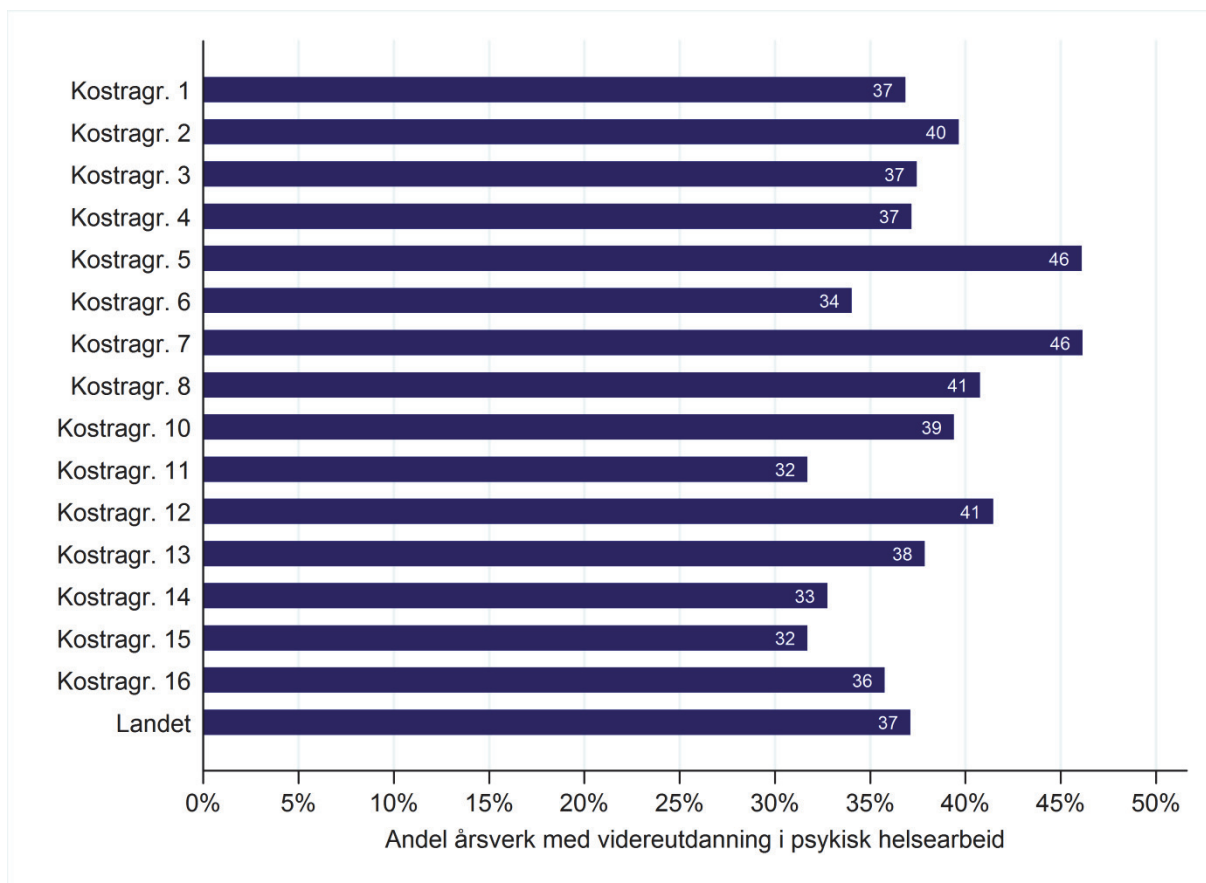
Tabell 11.18 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, Kostragruppe, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	10	24	23	28	1	3	4	7	100
Kostragr. 2	13	22	23	24	1	3	6	9	100
Kostragr. 3	10	19	24	25	1	2	6	12	100
Kostragr. 4	19	29	17	19	1	0	5	10	100
Kostragr. 5	14	23	28	21	0	5	4	6	100
Kostragr. 6	7	23	24	26	1	2	7	10	100
Kostragr. 7	14	12	25	25	3	5	7	9	100
Kostragr. 8	12	22	25	24	2	2	5	8	100
Kostragr. 10	11	19	24	27	2	3	6	8	100
Kostragr. 11	11	25	18	24	2	2	7	12	100
Kostragr. 12	13	20	26	25	1	2	9	4	100
Kostragr. 13	11	16	22	26	3	4	10	9	100
Kostragr. 14	8	13	21	34	3	1	8	11	100
Kostragr. 15	7	9	21	38	2	3	10	11	100
Kostragr. 16	9	14	25	36	0	2	8	6	100
Landet	10	17	22	27	2	3	8	10	100

I figur 12.25 og 12.26 er årsverkene gruppert etter hvor stor andel som går til de ulike utdanningsgruppene totalt, og andel årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 11.25 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, Kostragruppe, 2012



Figur 11.26 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2012

1.1.1.12 HELSEREGION

I tabell 12.19 og 12.20 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene for 2012 på helse-regionnivå – både som absolutte tall og andeler av totale årsverk i hver region.

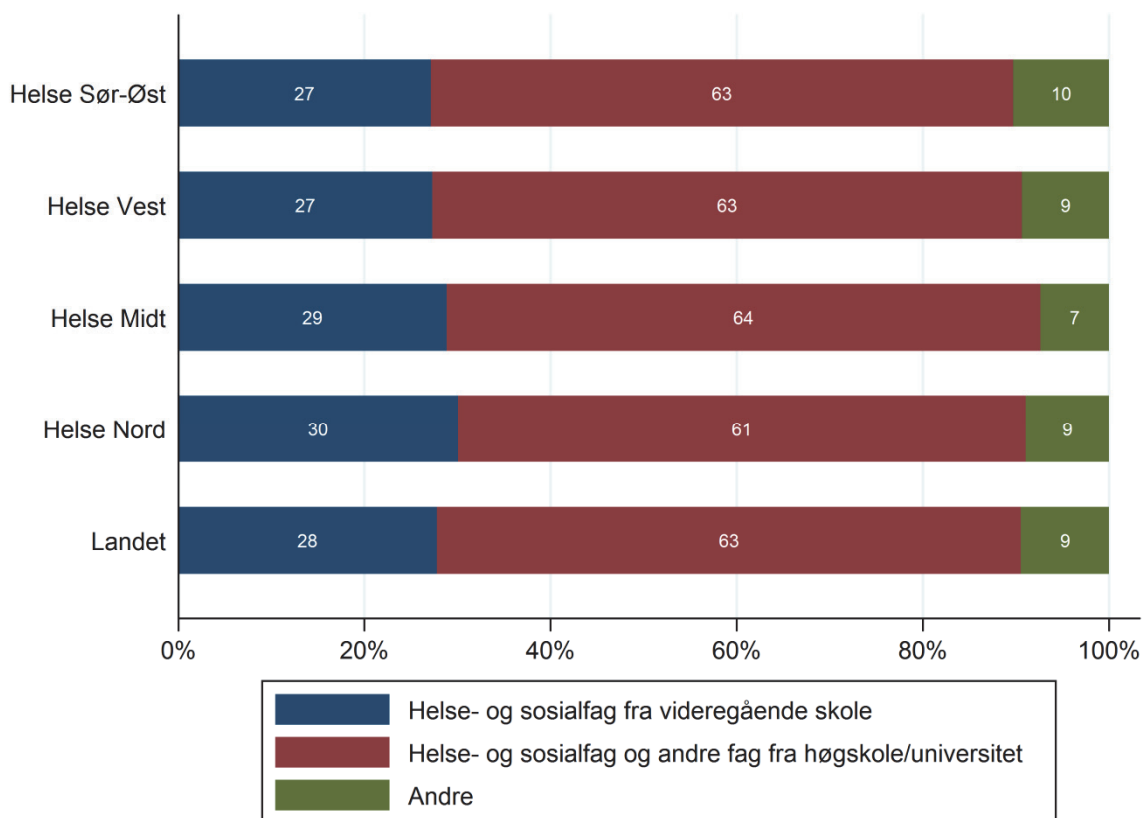
Tabell 11.19 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, helseregion, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	644	1 049	1 372	1 667	122	221	523	642	6 240
Helse Vest	249	393	532	718	76	28	134	220	2 351
Helse Midt	204	379	405	580	45	70	191	149	2 023
Helse Nord	149	252	350	309	18	33	104	119	1 333
Landet	1 245	2 074	2 659	3 274	260	352	952	1 130	11 946

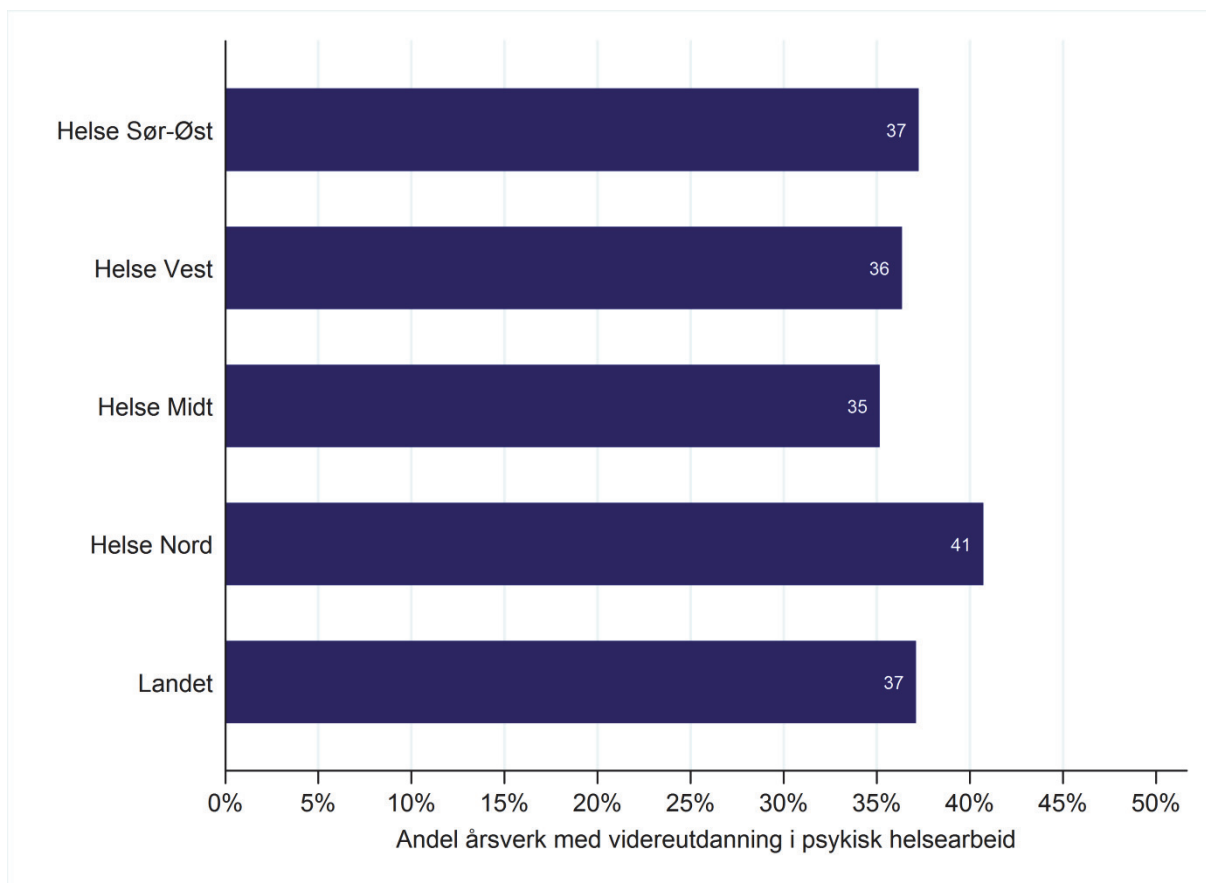
Tabell 11.20 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, helseregion, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	10	17	22	27	2	4	8	10	100
Helse Vest	11	17	23	31	3	1	6	9	100
Helse Midt	10	19	20	29	2	4	10	7	100
Helse Nord	11	19	26	23	1	3	8	9	100
Landet	10	17	22	27	2	3	8	10	100

I figur 12.27 og 12.28 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 11.27 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, helseregion, 2012



Figur 11.28 Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2012

11.5.2 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 12.4.3).

1.1.1.13 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 12.21 og 12.22 angir hvordan årsverkene til voksne fordeler seg mellom de ulike utdanningskategoriene, hhv. som absolutte tall og som andeler i prosent.

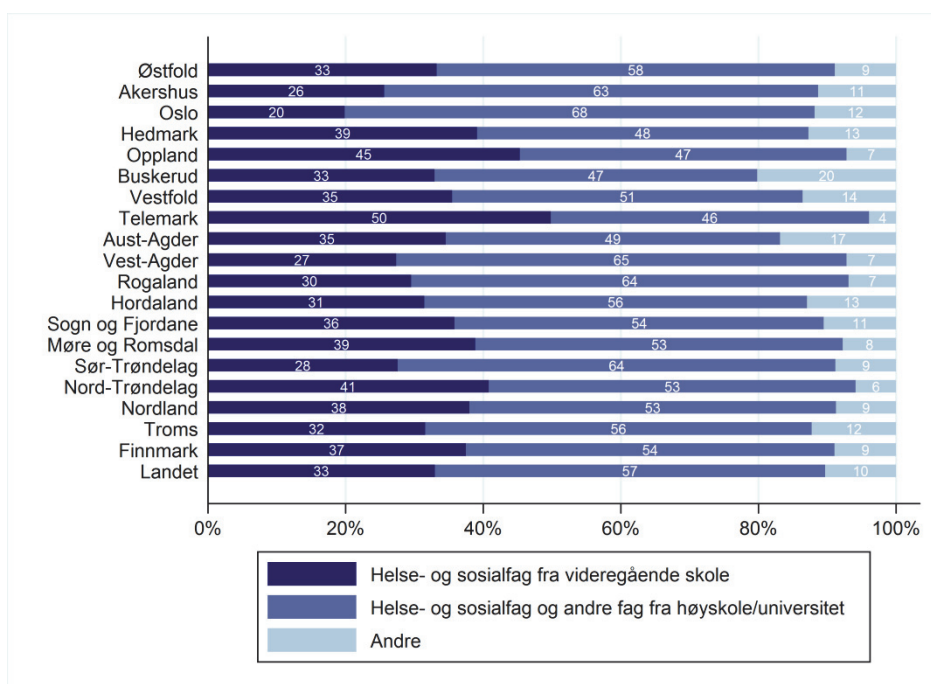
Tabell 11.21 Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	51	89	121		85	1		
Akershus	94	115	207	180	13	22	94	93	819
Oslo	69	91	183	275	4	19	66	95	802
Hedmark	80	86	103	91	-	3	7	54	423
Oppland	63	131	79	98	1	4	22	31	428
Buskerud	68	82	88	96	3	13	14	92	456
Vestfold	48	114	101	102	-	10	19	62	455
Telemark	83	148	73	93	0	25	24	18	463
Aust-Agder	27	36	37	44	1	5	1	31	181
Vest-Agder	32	67	115	94	2	8	18	26	362
Rogaland	96	119	187	230	4	7	34	50	727
Hordaland	109	157	222	199	6	6	38	109	845
Sogn og Fjordane	31	83	64	92	-	-	16	34	320
Møre og Romsdal	85	130	120	124	4	17	31	43	554
Sør-Trøndelag	64	133	157	188	2	17	89	63	713
Nord-Trøndelag	44	73	63	73	2	8	8	17	286
Nordland	79	108	144	82	3	12	21	43	492
Troms	38	78	100	87	1	7	11	45	367
Finnmark	20	35	42	30	1	1	5	13	147
Landet	1 180	1 874	2 205	2 261	47	194	543	954	9 258

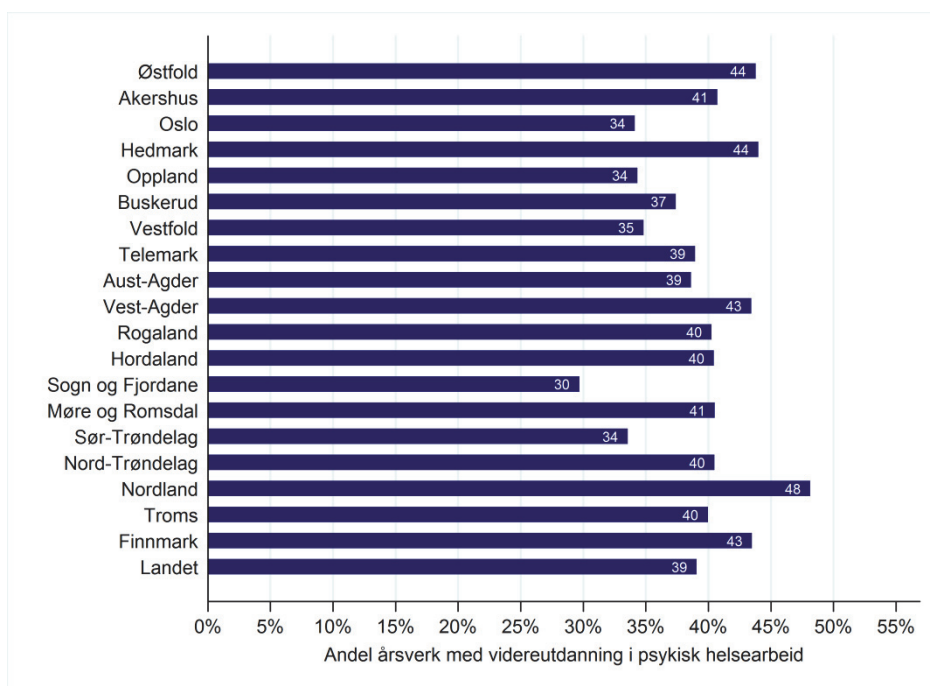
Tabell 11.22 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	12	21	29		20	0		
Akershus	12	14	25	22	2	3	12	11	100
Oslo	9	11	23	34	1	2	8	12	100
Hedmark	19	20	24	21	0	1	2	13	100
Oppland	15	31	18	23	0	1	5	7	100
Buskerud	15	18	19	21	1	3	3	20	100
Vestfold	11	25	22	23	0	2	4	14	100
Telemark	18	32	16	20	0	5	5	4	100
Aust-Agder	15	20	21	24	1	3	1	17	100
Vest-Agder	9	19	32	26	1	2	5	7	100
Rogaland	13	16	26	32	1	1	5	7	100
Hordaland	13	19	26	24	1	1	5	13	100
Sogn og Fjordane	10	26	20	29	0	0	5	11	100
Møre og Romsdal	15	24	22	22	1	3	6	8	100
Sør-Trøndelag	9	19	22	26	0	2	13	9	100
Nord-Trøndelag	15	26	22	25	1	3	3	6	100
Nordland	16	22	29	17	1	2	4	9	100
Troms	10	21	27	24	0	2	3	12	100
Finnmark	14	24	29	20	0	1	4	9	100
Landet	13	20	24	24	1	2	6	10	100

I figur 12.29 har vi gruppert helse- og sosialfaglige årsverk i hhv. videregående og høyskole sammen.



Figur 11.29 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2012



Figur 11.30 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2012

1.1.1.14 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse fordeler årsverkene i tjenester for voksne seg på utdannings-kategorier som vist i tabell 12.23 (absolutte tall) og tabell 12.24 (prosentandel).

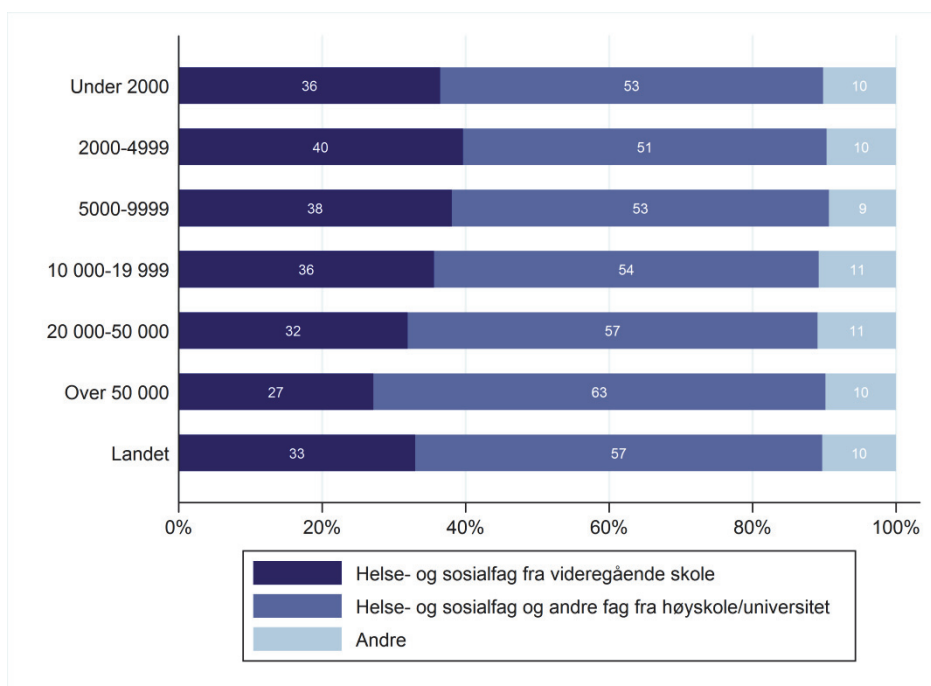
Tabell 11.23 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, kommunestørrelse, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	35	87	83	72	1	7	15	34	333
2000-4999	161	274	260	228	4	22	42	106	1 096
5000-9999	161	297	285	260	4	17	66	112	1 203
10 000-19 999	213	308	354	354	7	19	52	158	1 465
20 000-50 000	370	507	616	706	17	71	160	300	2 746
Over 50 000	241	402	599	616	14	58	205	232	2 367
Landet	1 180	1 874	2 205	2 261	47	194	543	954	9 258

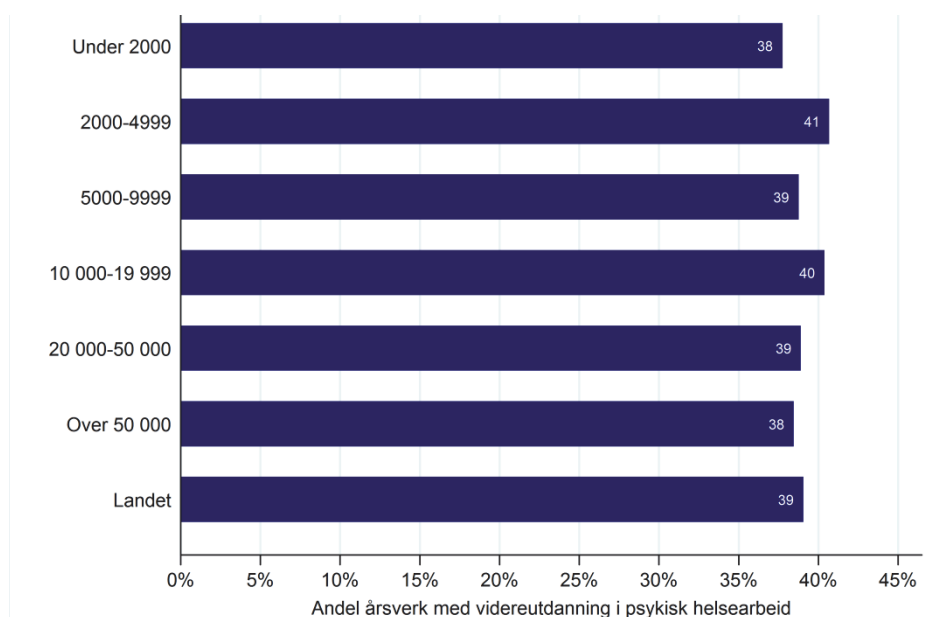
Tabell 11.24 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, kommunestørrelse, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	11	26	25	22	0	2	4	10	100
2000-4999	15	25	24	21	0	2	4	10	100
5000-9999	13	25	24	22	0	1	6	9	100
10 000-19 999	15	21	24	24	1	1	4	11	100
20 000-50 000	14	19	22	26	1	3	6	11	100
Over 50 000	10	17	25	26	1	3	9	10	100
Landet	13	20	24	24	1	2	6	10	100

Figur 12.31 og 12.32 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 11.31 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2012



Figur 11.32 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2012

1.1.1.15 KOSTRAGRUPPE

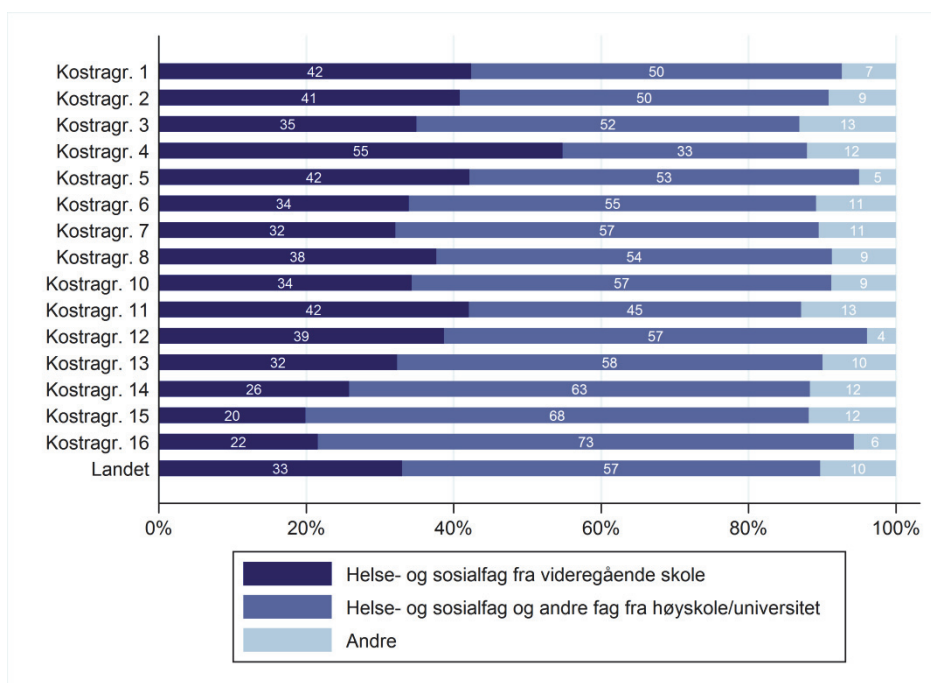
Under har vi gruppert årsverkene i tjenester for voksne etter Kostragruppe – først i absolutte tall, deretter som andeler (tabell 12.25 og 12.26).

Tabell 11.25 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, Kostragruppe, 2012

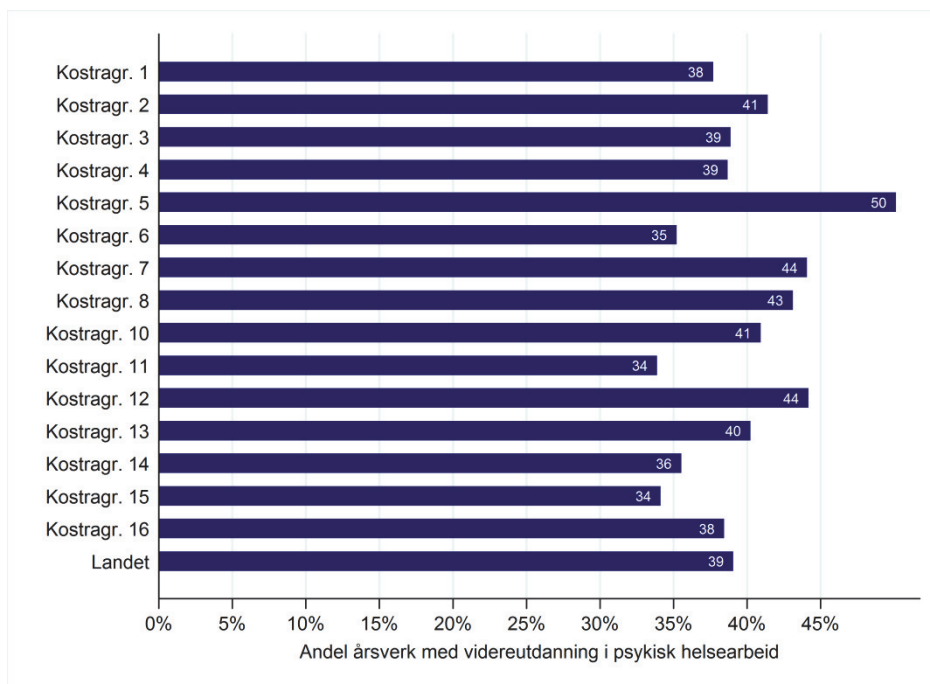
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	24	56	42	45	0	5	3	14	190
Kostragr. 2	73	117	110	92	1	9	21	43	467
Kostragr. 3	44	79	87	73	2	4	17	46	351
Kostragr. 4	8	14	7	5	-	-	1	5	40
Kostragr. 5	25	36	41	26	0	7	2	7	144
Kostragr. 6	21	61	60	59	1	3	10	26	240
Kostragr. 7	92	82	134	139	2	13	24	57	543
Kostragr. 8	86	137	158	125	4	8	24	51	592
Kostragr. 10	60	99	120	113	1	5	22	41	460
Kostragr. 11	118	258	170	182	5	11	35	115	895
Kostragr. 12	34	53	62	50	-	3	14	9	225
Kostragr. 13	414	619	760	768	23	93	200	319	3 195
Kostragr. 14	106	167	257	291	3	12	101	124	1 060
Kostragr. 15	69	91	183	275	4	19	66	95	802
Kostragr. 16	5	6	13	18	0	1	4	3	49
Landet	1 180	1 874	2 205	2 261	47	194	543	954	9 258

Tabell 11.26 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, Kostragruppe, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Kostragr. 1	13	30	22	24	0	3	2	7	100
Kostragr. 2	16	25	24	20	0	2	5	9	100
Kostragr. 3	13	23	25	21	1	1	5	13	100
Kostragr. 4	21	34	18	13	0	0	3	12	100
Kostragr. 5	17	25	28	18	0	5	2	5	100
Kostragr. 6	9	25	25	25	0	1	4	11	100
Kostragr. 7	17	15	25	26	0	2	5	11	100
Kostragr. 8	15	23	27	21	1	1	4	9	100
Kostragr. 10	13	22	26	25	0	1	5	9	100
Kostragr. 11	13	29	19	20	1	1	4	13	100
Kostragr. 12	15	23	28	22	0	1	6	4	100
Kostragr. 13	13	19	24	24	1	3	6	10	100
Kostragr. 14	10	16	24	27	0	1	10	12	100
Kostragr. 15	9	11	23	34	1	2	8	12	100
Kostragr. 16	10	12	26	37	0	2	7	6	100
Landet	13	20	24	24	1	2	6	10	100



Figur 11.33 Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, Kostragruppe, 2012



Figur 11.34 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2012

1.1.1.16 HELSEREGION

I tabell 12.27 og 12.28 presenteres hhv. absolutte størrelser og andel av totalt antall årsverk som har gått til tjenester i psykisk helsearbeid for voksne i 2012.

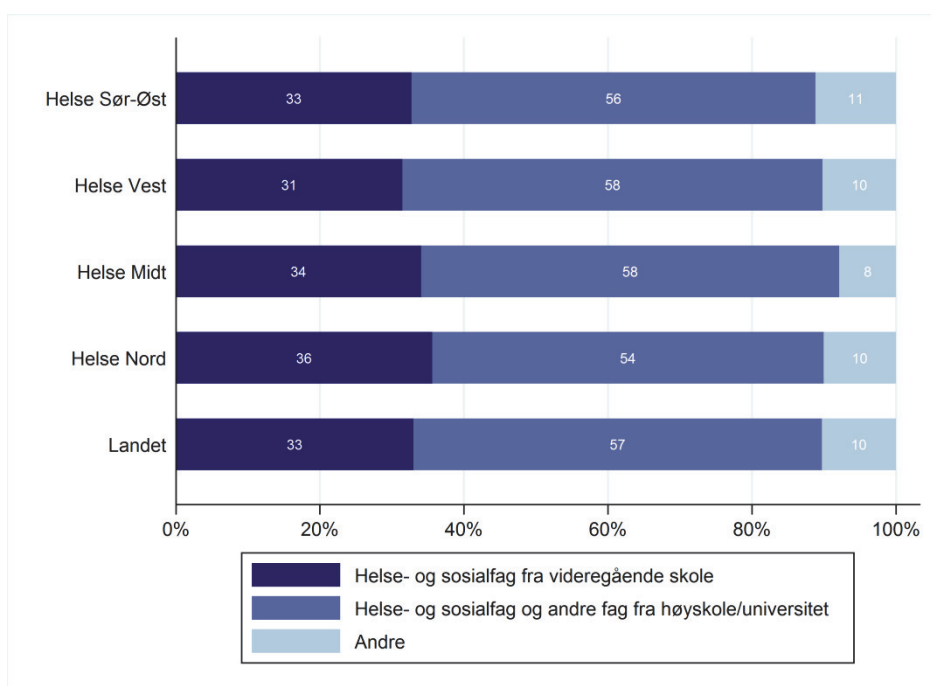
Tabell 11.27 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, helseregion, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.	med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		med vid. utd innen psykisk helsearb.	uten vid. utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	615	957	1 107	1 158	25	119	290	538	4 809
Helse Vest	236	359	473	521	10	13	88	193	1 892
Helse Midt	193	336	339	385	7	42	128	122	1 552
Helse Nord	137	221	286	198	5	21	37	101	1 006
Landet	1 180	1 874	2 205	2 261	47	194	543	954	9 258

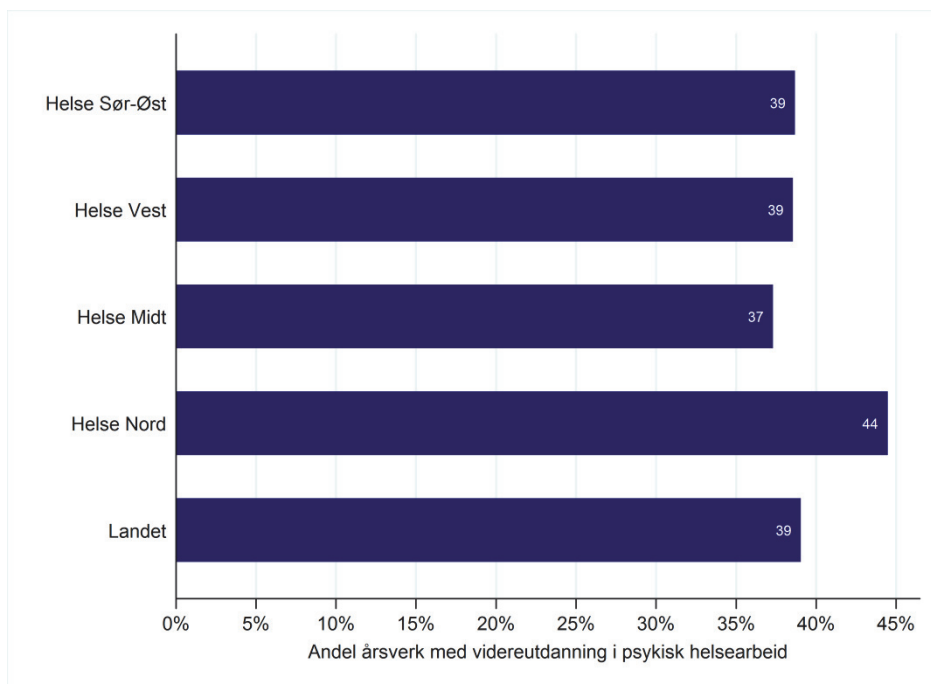
Tabell 11.28 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, helseregion, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	13	20	23	24	1	3	6	11	100
Helse Vest	13	19	25	28	1	1	5	10	100
Helse Midt	12	22	22	25	1	3	8	8	100
Helse Nord	14	22	29	20	1	2	4	10	100
Landet	13	20	24	24	1	2	6	10	100

Figurene under illustrer en sammenslåing av kategoriene fra hhv. videregående, høyskole/universitet og andre, samt andelen årsverk i tjenester for voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 11.35 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2012



Figur 11.36 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2012

11.5.3 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

Delkapittel 12.5.3 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.

1.1.1.17 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 12.29 angir antall årsverk i tjenester for barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper i 2012.

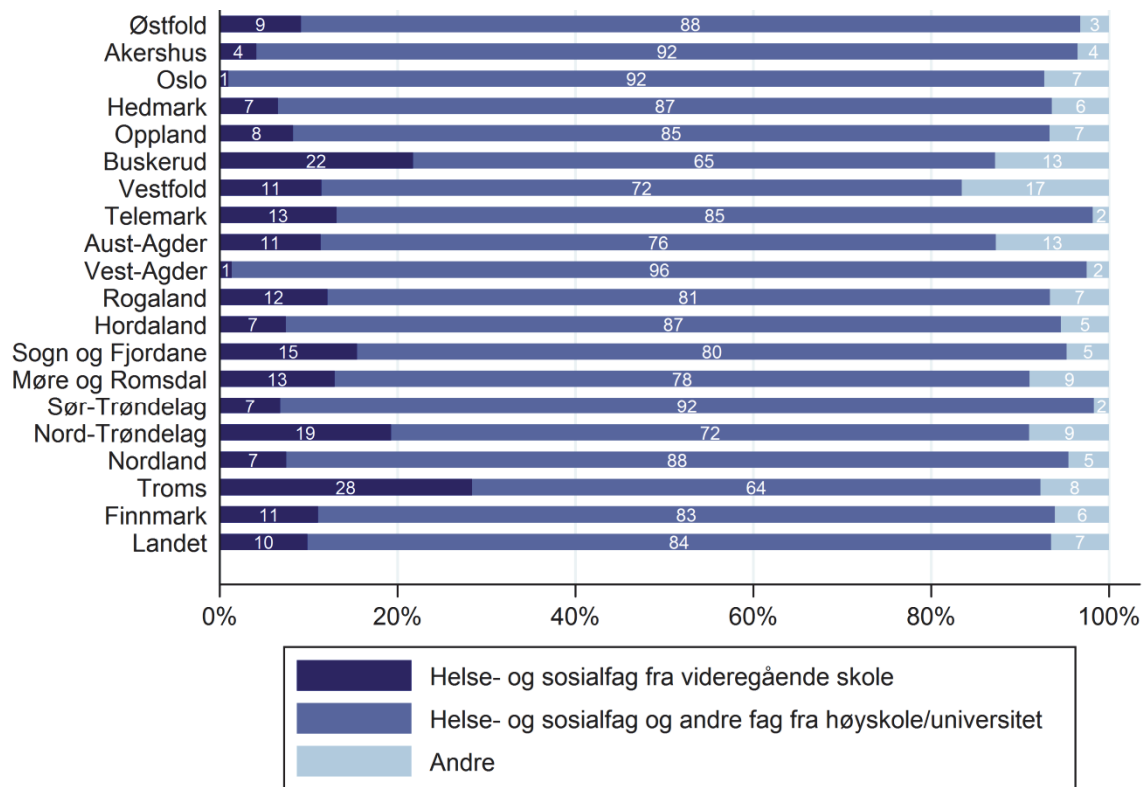
Tabell 11.29 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, fylke, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Østfold	1	14	25	59	5	13	41	5	164
Akershus	4	6	44	78	38	20	38	8	236
Oslo	0	2	27	112	16	8	30	15	210
Hedmark	2	7	32	54	10	6	11	8	130
Oppland	3	7	20	54	3	3	27	8	126
Buskerud	14	23	23	43	10	21	12	21	166
Vestfold	4	14	31	43	9	5	25	26	157
Telemark	0	14	17	27	2	9	34	2	104
Aust-Agder	1	5	19	9	1	2	9	7	51
Vest-Agder	0	1	26	30	4	18	7	2	88
Rogaland	7	17	29	73	30	6	18	13	191
Hordaland	4	12	21	110	32	9	19	12	218
Sogn og Fjordane	3	5	11	14	5	1	10	2	51
Møre og Romsdal	2	19	16	62	8	9	32	15	162
Sør-Trøndelag	4	10	34	100	26	8	22	4	207
Nord-Trøndelag	6	14	15	33	4	12	9	9	101
Nordland	2	13	43	74	6	5	53	9	206
Troms	8	14	12	23	4	7	6	6	80
Finnmark	1	4	8	15	3	1	8	3	41
Landet	65	201	454	1 013	214	158	409	175	2 688

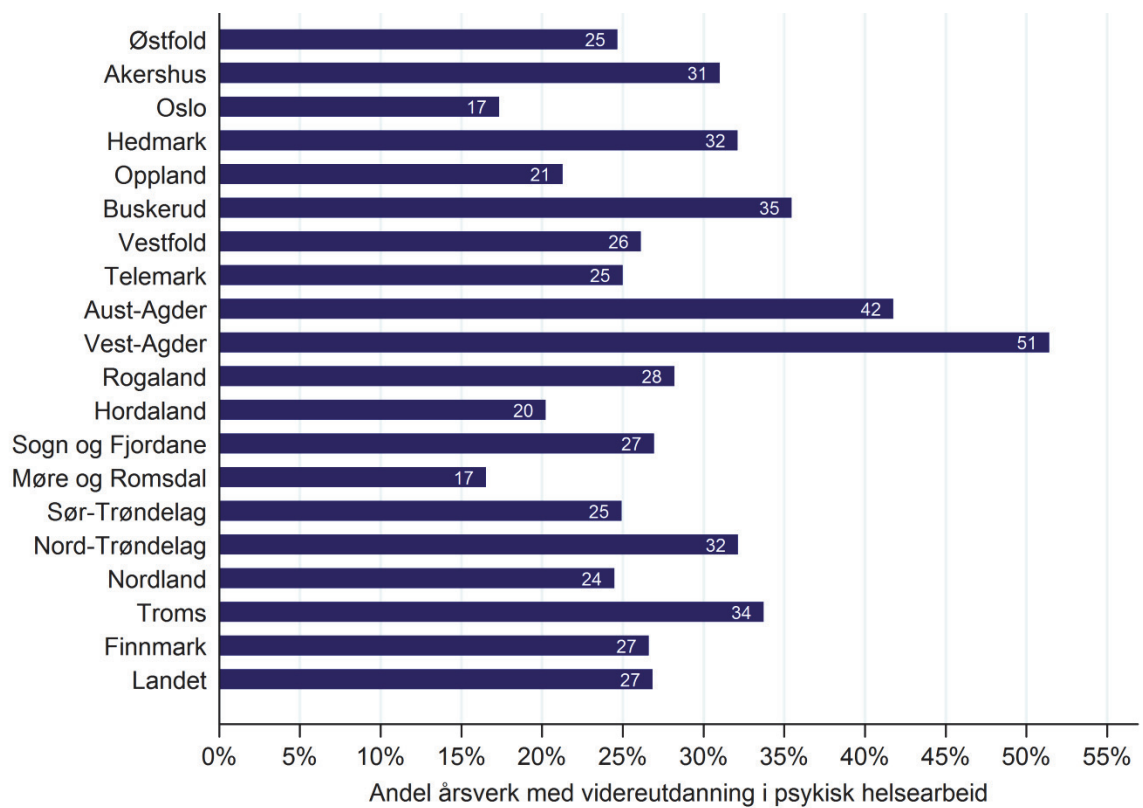
Tabell 11.30 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
	Østfold	1	8	16		36	3		
Akershus	2	2	19	33	16	8	16	4	100
Oslo	0	1	13	53	8	4	14	7	100
Hedmark	1	5	25	42	8	4	8	6	100
Oppland	2	6	16	43	3	2	21	7	100
Buskerud	8	14	14	26	6	13	7	13	100
Vestfold	3	9	20	28	6	3	16	17	100
Telemark	0	13	17	26	2	8	32	2	100
Aust-Agder	1	10	36	17	1	4	17	13	100
Vest-Agder	0	1	30	34	4	21	8	3	100
Rogaland	4	9	15	38	16	3	9	7	100
Hordaland	2	6	10	51	15	4	9	5	100
Sogn og Fjordane	5	11	21	28	10	1	20	5	100
Møre og Romsdal	1	12	10	38	5	5	20	9	100
Sør-Trøndelag	2	5	16	48	13	4	11	2	100
Nord-Trøndelag	6	14	15	33	4	11	9	9	100
Nordland	1	6	21	36	3	2	26	5	100
Troms	11	18	15	29	4	9	8	8	100
Finnmark	2	9	20	35	6	2	19	6	100
Landet	2	8	17	38	8	6	15	7	100

Figur 12.37 angir andel årsverk til barn og unge fordelt på helse- og sosialfag fra videregående og høyskole/universitet, samt "Andre". Figur 12.38 viser prosentvis andel av årsverkene i tjenester til barn og unge som har videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 11.37 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2012



Figur 11.38 Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2012

1.1.1.18 KOMMUNESTØRRELSE

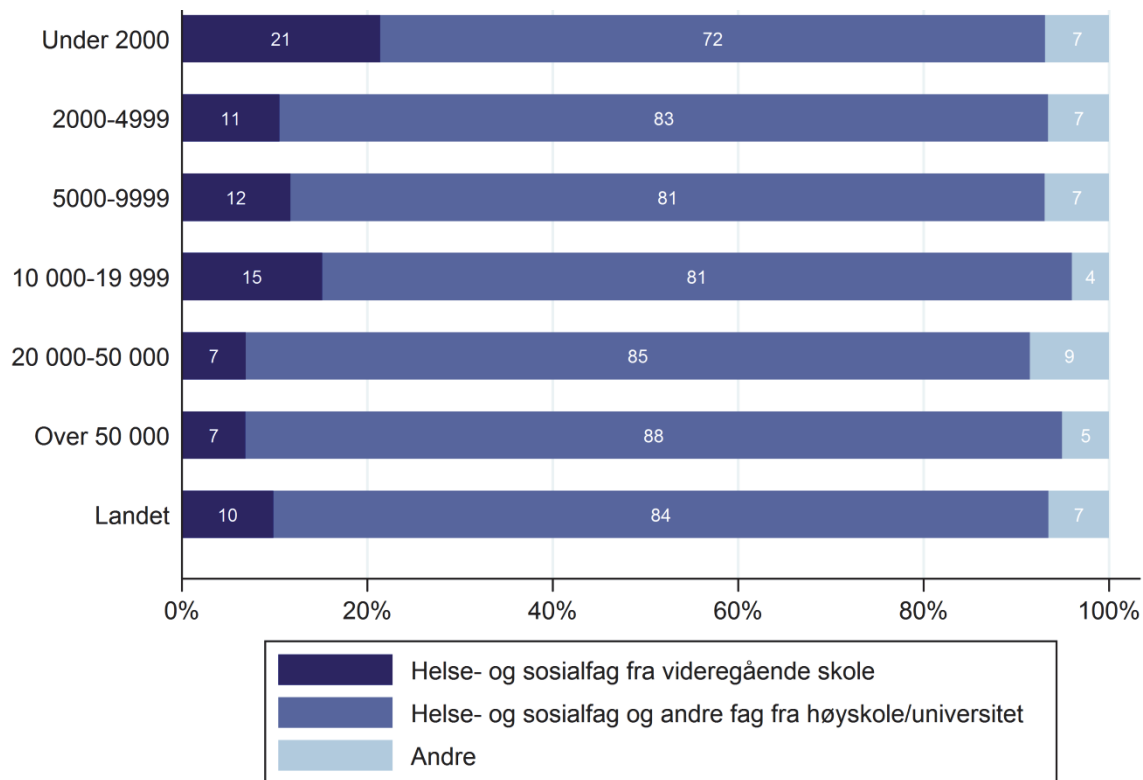
Under har vi gruppert kommunene etter innbyggertall (kommunestørrelse). Tabell 12.31 angir antall årsverk i tjenester til barn og unge fordelt på de ulike utdanningsgruppene.

Tabell 11.31 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2012

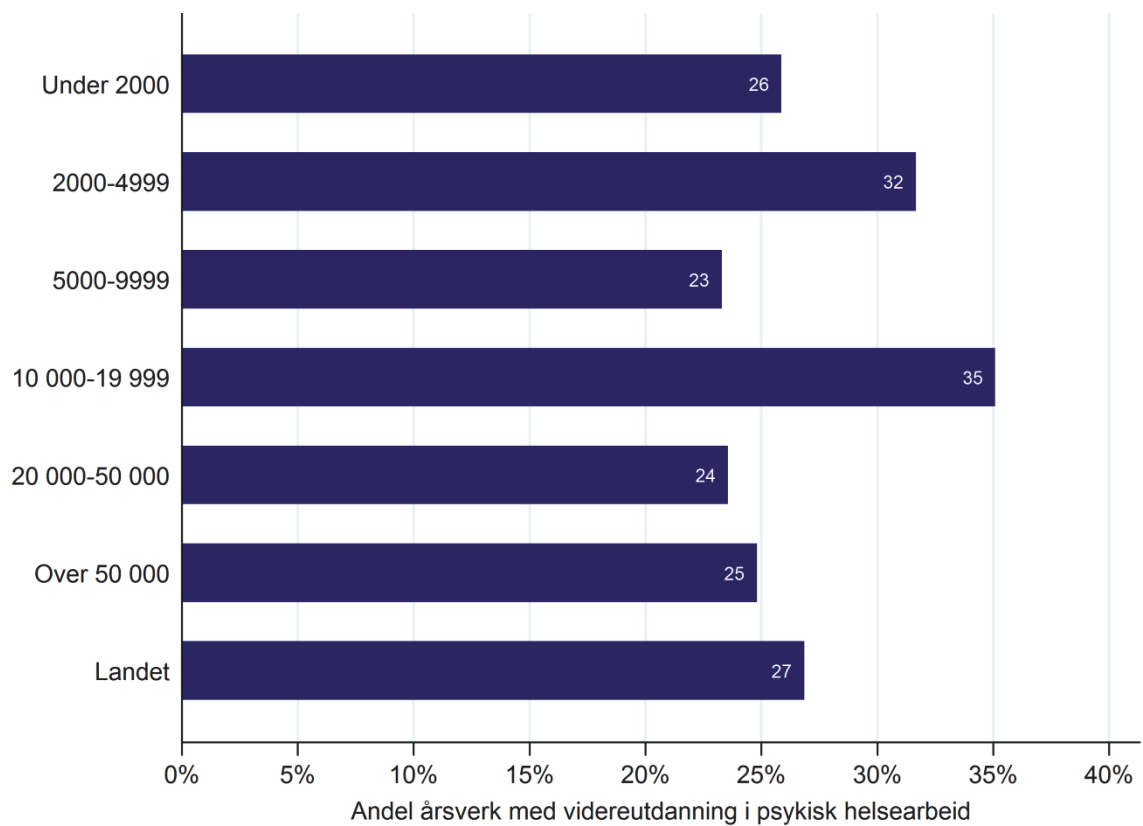
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	2	20	21	32	2	3	15	7	102
2000-4999	7	24	71	116	10	15	34	20	297
5000-9999	5	33	54	136	22	14	38	23	325
10 000-19 999	21	49	93	129	45	34	73	18	462
20 000-50 000	19	45	140	351	71	49	170	79	923
Over 50 000	11	29	75	249	63	41	79	29	575
Landet	65	201	454	1 013	214	158	409	175	2 688

Tabell 11.32 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, kommunestørrelse 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ.utd		Andre	Totalt
	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.	med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		med vid.utd innen psykisk helsearb.	uten vid.utd innen psykisk helsearb.		
Under 2000	2	19	21	31	2	3	15	7	100
2000-4999	2	8	24	39	3	5	11	7	100
5000-9999	2	10	17	42	7	4	12	7	100
10 000-19 999	5	11	20	28	10	7	16	4	100
20 000-50 000	2	5	15	38	8	5	18	9	100
Over 50 000	2	5	13	43	11	7	14	5	100
Landet	2	8	17	38	8	6	15	7	100



Figur 11.39 Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, kommunestørrelse 2012



Figur 11.40 Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse, 2012

1.1.1.19 KOSTRAGRUPPE

I det følgende presenteres årsverkstallene for barn og unge gruppert etter Kostragruppe og fordelt på type utdanning. Tabell 12.33 angir antall årsverk, mens tabell 12.34 gir en oversikt over prosentvis andel av årsverkene som hører hjemme i de ulike Kostragruppene.

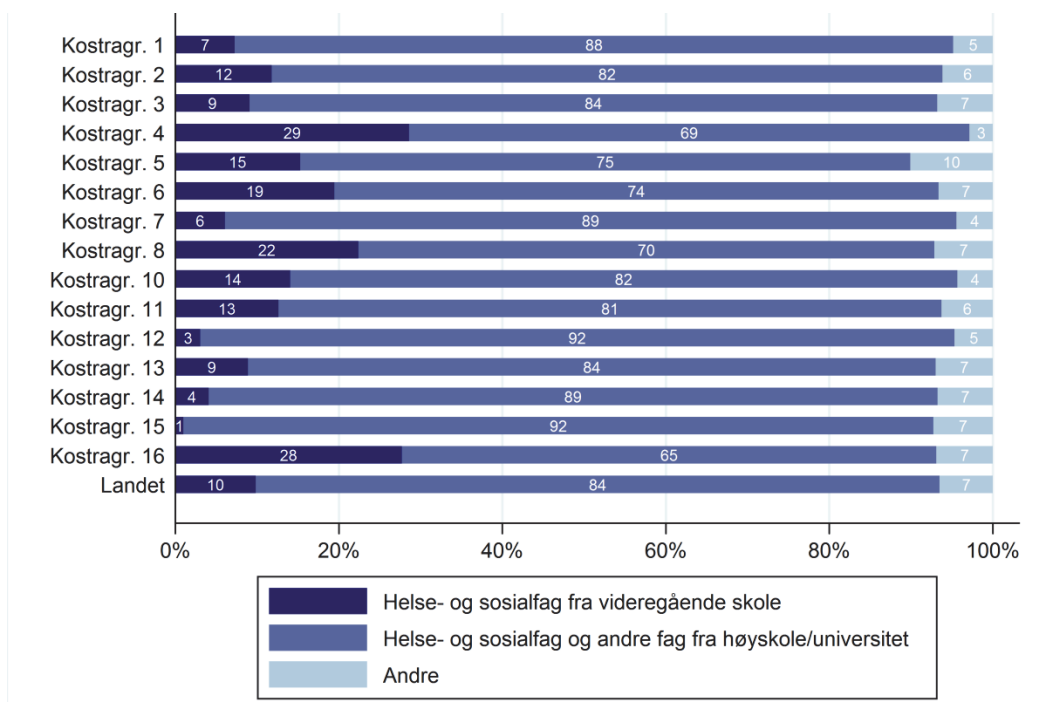
Tabell 11.33 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, Kostragruppe, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	1	3	16	24	1	2	7	3	58
Kostragr. 2	2	13	28	48	6	6	14	8	125
Kostragr. 3	1	7	21	39	4	6	10	6	94
Kostragr. 4	2	2	2	5	1	0	2	0	14
Kostragr. 5	1	5	8	11	0	1	6	4	35
Kostragr. 6	2	14	18	24	2	2	12	5	78
Kostragr. 7	6	4	49	44	17	22	27	8	177
Kostragr. 8	12	36	46	68	12	8	16	15	212
Kostragr. 10	5	14	22	50	13	10	16	6	135
Kostragr. 11	4	26	32	86	19	11	44	15	238
Kostragr. 12	0	1	7	17	3	3	9	2	43
Kostragr. 13	26	63	150	331	80	77	205	70	1 002
Kostragr. 14	3	8	25	153	39	2	10	17	257
Kostragr. 15	0	2	27	112	16	8	30	15	210
Kostragr. 16	0	3	2	3	0	0	1	1	10
Landet	65	201	454	1 013	214	158	409	175	2 688

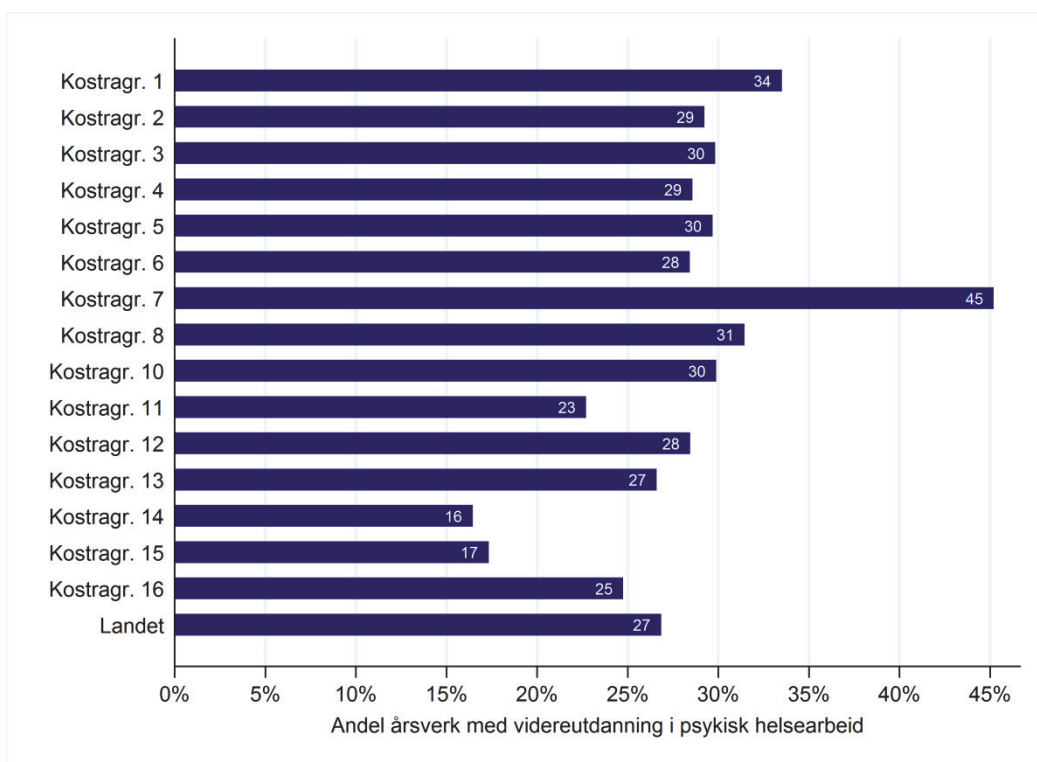
Tabell 11.34 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2012

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd		Andre	Totalt
	med vid. utd.	uten vid. utd.	med vid. utd.	uten vid. utd.		med vid. utd.	uten vid. utd.		
Kostragr. 1	2	5	27	42	2	3	13	5	100
Kostragr. 2	2	10	22	39	5	5	11	6	100
Kostragr. 3	2	8	22	41	4	6	11	7	100
Kostragr. 4	14	14	14	37	4	0	13	3	100
Kostragr. 5	2	13	24	31	0	4	16	10	100
Kostragr. 6	2	17	23	30	3	3	15	7	100
Kostragr. 7	4	3	28	25	9	12	15	5	100
Kostragr. 8	6	17	22	32	6	4	8	7	100
Kostragr. 10	4	10	16	37	9	7	12	4	100
Kostragr. 11	2	11	14	36	8	5	19	6	100
Kostragr. 12	0	3	17	39	8	7	21	5	100
Kostragr. 13	3	6	15	33	8	8	21	7	100
Kostragr. 14	1	3	10	59	15	1	4	7	100
Kostragr. 15	0	1	13	53	8	4	14	7	100
Kostragr. 16	1	27	20	30	0	4	12	7	100
Landet	2	8	17	38	8	6	15	7	100

Figur 12.41 illustrerer hvordan årsverkene med helse- og sosialfag og "Andre" fordeler seg mellom gruppene.



Figur 11.41 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke, 2012



Figur 11.42 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Kostragruppe, 2012

1.1.1.20 HELSEREGION

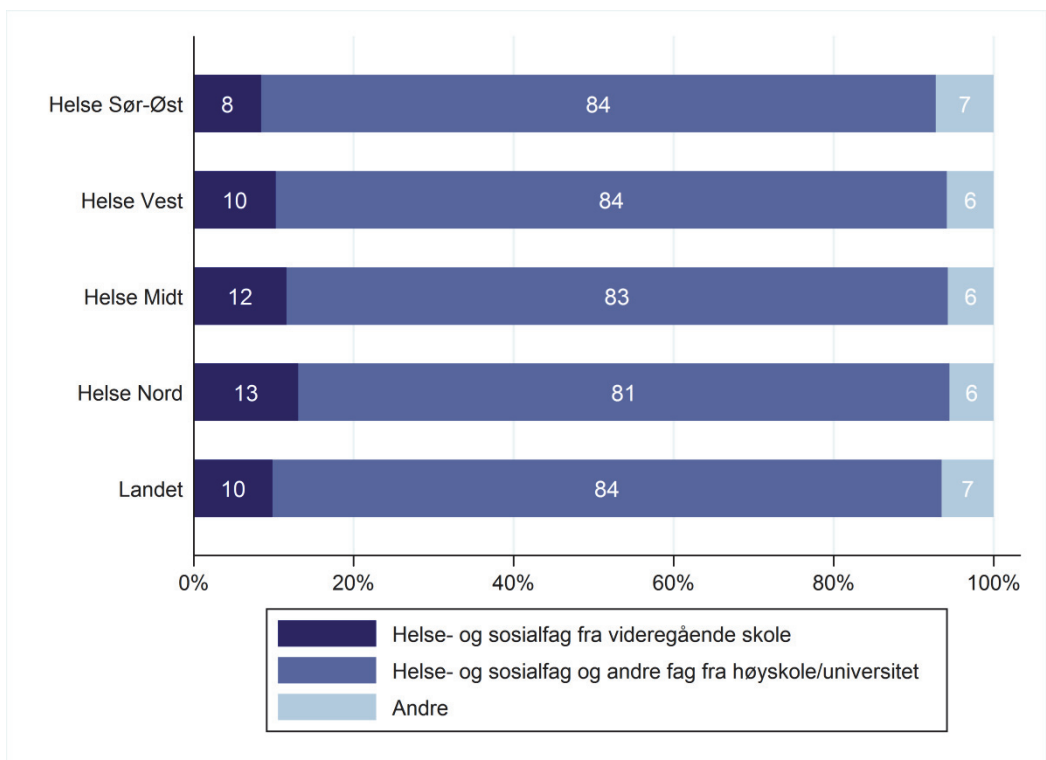
I tabell 12.35 og 12.36 presenteres årsverk i psykisk helsearbeid for barn og unge på helseregionnivå – hhv. som absolutte størrelser og andel av totale årsverk i tjenester for barn og unge.

Tabell 11.35 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, helseregion, 2012

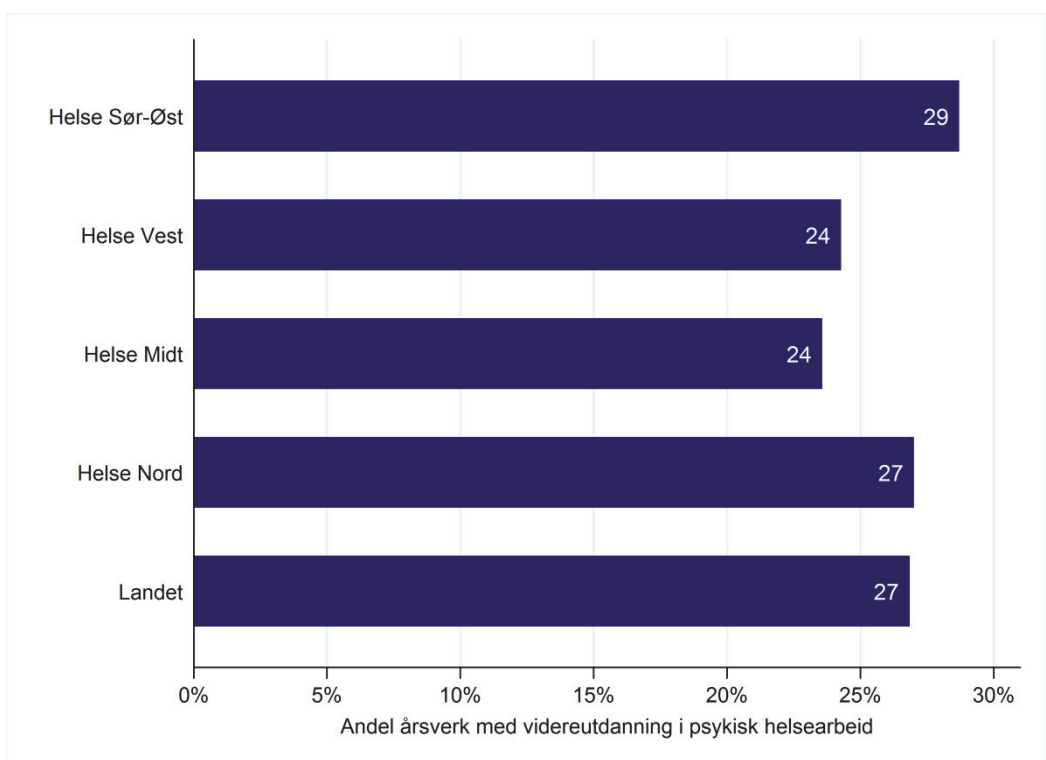
	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	29	92	266	510	97	103	233	104	1 432
Helse Vest	13	34	60	197	67	15	46	27	459
Helse Midt	11	43	65	195	38	28	63	27	470
Helse Nord	12	31	63	112	12	12	67	18	327
Landet	65	201	454	1 013	214	158	409	175	2 688

Tabell 11.36 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, helseregion, 2011

	Helse-/sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høgskole		Psyko- loger	Andre med høgskole/univ. utd.		Andre	Totalt
	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.	med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		med vid. utd. innen psykisk helsearb.	uten vid. utd. innen psykisk helsearb.		
Helse Sør-Øst	2	6	19	36	7	7	16	7	100
Helse Vest	3	7	13	43	15	3	10	6	100
Helse Midt	2	9	14	41	8	6	13	6	100
Helse Nord	4	10	19	34	4	4	21	6	100
Landet	2	8	17	38	8	6	15	7	100



Figur 11.43 Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, helseregion, 2012



Figur 11.44 Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, helseregion, 2012

11.6 ANTALL MOTTAKERE AV INDIVIDUELL STØTTEKONTAKT

I 2012 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, Kostragruppe og helseregion. Tallene presenteres i tabeller både som absolutte størrelser og som rater per 1 000 innbyggere.

11.6.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 12.37 og 12.38 presenteres de fem resultatvariablene, som absolutt antall og per innbygger.

Tabell 11.37 Mottakere av støttekontakt, antall, fylke, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Østfold	454	84	538
Akershus	884	231	1115
Oslo	653	177	830
Hedmark	288	96	384
Oppland	475	94	569
Buskerud	341	148	489
Vestfold	387	167	554
Telemark	458	225	683
Aust-Agder	191	78	269
Vest-Agder	170	67	237
Rogaland	453	154	607
Hordaland	712	213	925
Sogn og Fjordane	280	99	379
Møre og Romsdal	517	208	725
Sør-Trøndelag	406	186	592
Nord-Trøndelag	338	67	405
Nordland	488	157	645
Troms	192	46	238
Finnmark	182	91	273
Landet	7 869	2 588	10 457

Tabell 11.38 Resultat per 1 000 innbyggere, fylke, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Østfold	2.1	1.4
Akershus	2.1	1.7
Oslo	1.3	1.5
Hedmark	1.9	2.4
Oppland	3.2	2.5
Buskerud	1.6	2.5
Vestfold	2.1	3.2
Telemark	3.4	6.3
Aust-Agder	2.2	3.0
Vest-Agder	1.3	1.6
Rogaland	1.3	1.4
Hordaland	1.9	1.9
Sogn og Fjordane	3.3	3.9
Møre og Romsdal	2.6	3.6
Sør-Trøndelag	1.7	2.8
Nord-Trøndelag	3.3	2.2
Nordland	2.6	3.0
Troms	1.5	1.3
Finnmark	3.1	5.5
Landet	2.0	2.3

11.6.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabellene 12.39 og 12.40 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 12.40.

Tabell 11.39 Mottakere av individuell støttekontakt, antall, fylke, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Under 2000	306	101	407
2000-4999	935	318	1 253
5000-9999	1 050	396	1 446
10000-19999	1 462	549	2 011
20000-50000	2 507	806	3 313
Over 50000	1 609	418	2 027
Landet	7 869	2 588	10 457

Tabell 11.40 Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1000 innbyggere, kommunestørrelse, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Under 2000	3.2	4.1
2000-4999	2.7	3.4
5000-9999	2.3	3.0
10000-19999	2.3	2.8
20000-50000	1.9	2.1
Over 50000	1.6	1.4
Landet	2.0	2.3

11.6.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabellene 12.41 og 12.42 presenteres tallene gruppert etter Kostragruppe. Her er det de relative størrelsene per innbygger som er mest interessant, og vi kommenterer kun på tabell 12.42.

Tabell 11.41 Antall mottakere av individuell støttekontakt, antall, Kostragruppe, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Kostragruppe 1	138	82	220
Kostragruppe 2	441	131	572
Kostragruppe 3	275	98	373
Kostragruppe 4	58	10	68
Kostragruppe 5	161	45	206
Kostragruppe 6	176	73	249
Kostragruppe 7	488	183	671
Kostragruppe 8	768	287	1 055
Kostragruppe 10	427	166	593
Kostragruppe 11	736	240	976
Kostragruppe 12	150	71	221
Kostragruppe 13	2 750	804	3 554
Kostragruppe 14	597	205	802
Kostragruppe 15	653	177	830
Kostragruppe 16	41	10	51
Landet	7 869	2 588	10 457

Tabell 11.42 Antall mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, Kostragruppe, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Kostragruppe 1	2.0	4.1
Kostragruppe 2	2.7	2.9
Kostragruppe 3	3.0	3.9
Kostragruppe 4	5.4	3.4
Kostragruppe 5	3.4	3.5
Kostragruppe 6	2.9	4.8
Kostragruppe 7	1.6	1.9
Kostragruppe 8	2.8	3.4
Kostragruppe 10	2.2	2.9
Kostragruppe 11	2.6	3.0
Kostragruppe 12	1.8	2.9
Kostragruppe 13	2.0	2.0
Kostragruppe 14	1.3	1.7
Kostragruppe 15	1.3	1.5
Kostragruppe 16	2.4	2.1
Landet	2.0	2.3

1.1.1.21 HELSEREGION

I tabell 12.43 og 12.44 presenteres resultatene per helseregion.

Tabell 11.43 Mottakere av individuell støttekontakt, antall, helseregion, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Totalt
Sør-Øst	4 301	1 367	5 668
Vest	1 445	466	1 911
Midt-Norge	1 261	461	1 722
Nord	862	294	1 156
Landet	7 869	2 588	10 457

Tabell 11.44 Mottakere av individuell støttekontakt, per 1 000 innbyggere, helseregion, 2012

	Antall voksne med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt	Antall barn med psykiske vansker/lidelser som har hatt støttekontakt
Sør-Øst	2.0	2.2
Vest	1.8	1.9
Midt-Norge	2.3	3.0
Nord	2.3	2.8
Landet	2.0	2.3

11.7 ORGANISERING AV TJENESTENE

Kommunene er organisert på ulike måter og i denne rapporteringen har kommunene, som vist i kapittel 3, tre alternativer og en "annet"-kategori å velge mellom når de skal svare på hvordan tjenestene er organisert:

- Modell 1: Egen enhet/tjeneste
- Modell 2: Integreerte tjenester
- Modell 3: Ansvar hos rådmann/helsesjef
- Annen organisering

I det følgende ser vi på hvordan organisasjonsmodellene fordeler seg andelsmessig gruppert etter fylke, kommunestørrelse, Kostragruppe og helseregion. Merk de 17 bydelene og etatene i Oslo som rapporterer for IS-24 inngår her, noe som gjør at antall svar skal summere til 446. Det er imidlertid bare 437 kommuner og enheter som har svart, noe som gjør at andelene i en del tilfeller ikke summerer til 100. For fylkene angir tabell 12.45 og 12.46 hvor stor andel av kommunene som har angitt å ha en gitt organiseringsmodell, mens landstotalene oppsummerer de kommunene som faktisk har rapportert.

11.7.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 12.45 viser vi hvordan ulike typer modeller i tjenester for voksne fordeler seg andelsmessig i hvert enkelt fylke.

Tabell 11.45 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Østfold	78	11	0	11	100	18
Akershus	82	0	0	18	100	22
Oslo (bydeler og etater)	76	18	0	6	100	17
Hedmark	91	0	5	5	100	22
Oppland	69	8	4	19	100	26
Buskerud	71	10	5	14	100	21
Vestfold	86	14	0	0	100	14
Telemark	89	0	0	11	100	18
Aust-Agder	53	13	7	27	100	15
Vest-Agder	67	7	7	20	100	15
Rogaland	81	19	0	0	100	26
Hordaland	58	18	6	15	97*	32
Sogn og Fjordane	69	19	0	12	100	26
Møre og Romsdal	50	28	8	14	100	36
Sør-Trøndelag	76	4	0	20	100	25
Nord-Trøndelag	83	13	0	4	100	23
Nordland	61	5	7	14	86*	44
Troms	72	12	8	4	96*	25
Finnmark	74	11	0	16	100	19
Landet	73	12	3	12	100	437*

* Manglende svar

Tabell 11.46 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel og antall kommuner, fylke, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Østfold	33	39	0	22	94*	18
Akershus	27	55	0	18	100	22
Oslo (bydeler og etater)	12	76	0	6	94*	17
Hedmark	32	41	5	18	95*	22
Oppland	8	65	4	15	92*	26
Buskerud	43	43	0	14	100	21
Vestfold	29	64	0	7	100	14
Telemark	39	50	0	11	100	18
Aust-Agder	20	60	0	20	100	15
Vest-Agder	27	40	0	33	100	15
Rogaland	42	42	0	12	96*	26
Hordaland	21	45	6	18	91*	33
Sogn og Fjordane	12	65	8	15	100	26
Møre og Romsdal	14	56	8	22	100	36
Sør-Trøndelag	32	48	0	20	100	25
Nord-Trøndelag	43	35	0	13	91*	23
Nordland	18	32	5	23	77*	44
Troms	20	52	8	16	96*	25
Finnmark	21	58	0	11	89*	19
Landet	26	52	3	18	100	421*

* Manglende svar

11.7.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 12.47 presenteres valg av organiseringsmodell i tjenester for voksne på kommunegruppenivå.

Tabell 11.47 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunestørrelse, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Under 2000	63	13	5	15	96*	95
2000-4999	67	12	5	13	98*	134
5000-9999	77	8	3	11	100	87
10 000-19 999	75	10	0	13	98*	60
20 000-50 000	80	13	0	5	98*	40
Over 50 000	77	15	0	8	100	13
Oslo bydeler	76	18	0	6	100	17
Landet	73	12	3	12	100	437*

* Manglende svar

Tabell 12.48 presenterer tilsvarende tall i tjenester for barn og unge.

Tabell 11.48 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel besvart, og antall kommuner per gruppe, kommunestørrelse, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Under 2000	28	40	4	21	94*	95
2000-4999	28	44	4	16	93*	134
5000-9999	20	56	2	16	94*	87
10 000-19 999	28	50	0	18	97*	60
20 000-50 000	20	58	3	15	95*	40
Over 50 000	15	69	0	15	100	13
Oslo bydeler	12	76	0	6	94*	17
Landet	26	52	3	18	100	421*

* Manglende svar

11.7.3 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 11.49 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Kostragr. 1	64	12	4	20	100	25
Kostragr. 2	65	10	6	18	98*	62
Kostragr. 3	70	14	3	8	95*	37
Kostragr. 4	86	0	0	14	100	7
Kostragr. 5	64	10	8	18	100	39
Kostragr. 6	64	15	5	9	93*	55
Kostragr. 7	77	3	0	19	100	31
Kostragr. 8	56	22	4	19	100	27
Kostragr. 10	81	13	3	0	97*	32
Kostragr. 11	79	5	2	12	98*	43
Kostragr. 12	92	0	0	8	100	12
Kostragr. 13	80	13	0	7	100	45
Kostragr. 14	67	33	0	0	100	3
Kostragr. 15	76	18	0	6	100	17
Kostragr. 16	70	20	0	10	100	10
Landet	73	12	3	12	100	437*

* Manglende svar

Tabell 12.50 presenterer valg av organiseringsmodell i tjenester for barn og unge.

Tabell 11.50 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, Kostragruppe, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Kostragr. 1	24	56	4	12	96*	25
Kostragr. 2	27	44	5	16	92*	62
Kostragr. 3	41	35	3	14	92*	37
Kostragr. 4	43	29	0	29	100	7
Kostragr. 5	23	44	8	23	97*	39
Kostragr. 6	27	40	5	18	91*	55
Kostragr. 7	26	61	0	13	100	31
Kostragr. 8	30	48	0	22	100	27
Kostragr. 10	19	53	3	16	91*	32
Kostragr. 11	16	60	0	19	95*	43
Kostragr. 12	25	33	0	17	75*	12
Kostragr. 13	20	58	2	18	98*	45
Kostragr. 14	0	100	0	0	100	3
Kostragr. 15	12	76	0	6	94*	17
Kostragr. 16	30	40	0	30	100	10
Landet	26	52	3	18	100	421*

* Manglende svar

11.7.4 HELSEREGION

I tabell 12.51 og 12.52 presenteres valg av organiseringsmodeller i hhv. tjenester for voksne og barn og unge på helseregionnivå. I forhold til 2011-rapporteringen ser vi en dreining bort fra modell 1 (egen enhet/tjeneste) for voksne, mens det er lite endring i organiseringen av tjenester for barn og unge.

Tabell 11.51 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Helse Sør-Øst	77	7	3	13	100	188
Helse Vest	68	19	2	9	99*	85
Helse Midt	67	17	4	13	100	84
Helse Nord	67	8	6	11	92*	88
Landet	73	12	3	12	100	437*

* Manglende svar

Tabell 11.52 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall kommuner, helseregion, 2012

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Annen org.	Totalt	Antall
Helse Sør-Øst	27	53	1	16	97*	188
Helse Vest	25	51	5	15	95*	85
Helse Midt	27	48	4	19	98*	84
Helse Nord	19	43	5	18	85*	88
Landet	26	52	3	18	100	421*

* Manglende svar

11.8 OPPSUMMERING

I dette deskriptive kapitlet har vi sett på hvordan de rapporterte årsverkene for 2012 varierer på kommunenivå gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere), Kostragruppe og helseregion. Alle spørsmålene i skjema er presentert. Kort oppsummert finner vi følgende:

Like mange årsverk per innbygger i tjenester til voksne og tjenester til barn og unge

I 2012 var landsgjennomsnittet i psykisk helsearbeid 2,4 årsverk per 1 000 voksne innbyggere både for voksne og barn og unge. Dette er samme nivå som i 2011 for voksne, og en økning på 0,1 årsverk for barn og unge.

På fylkesnivå varierte årsverkene fra Oslo med 1,7 årsverk per 1000 innbyggere (totalt antall årsverk sett i forhold til totalbefolkningen) til Sogn og Fjordane med 3,4 årsverk per 1000 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. Hovedtendensen er at jo flere innbyggere en kommune har, jo færre årsverk i psykisk helsearbeid per innbygger. For voksne stiger imidlertid nivået litt igjen for de største kommunene (over 50 000) innbyggere, mens for barn og unge er nivået ganske stabilt omkring 2,4 årsverk per 1000 innbyggere i kommuner mellom 5000 og 50 000 innbyggere, før det faller til 2,0 for de største kommunene.

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 4,0 årsverk per tusen innbyggere.

På helseregionnivå har Helse Nord passert Helse Midt, og hadde i 2012 den høyeste årsverksinnsatsen for voksne, med 3,1 årsverk per 1000 innbyggere. For barn og unge ligger derimot Helse Midt høyest med 2,9 årsverk per 1000 innbyggere. Kommunene i Helse Vest rapporterer en lavere årsverksinnsats for voksne per innbygger enn i 2011, samtidig som en økning har blitt innrapportert fra kommunene i Helse Sør-Øst. Dette gjør at Helse Vest rangerer lavest innen innsats i tjenester rettet mot voksne, med 1,8 årsverk per 1000 innbyggere. Helse Sør-Øst er par med landsgjennomsnittet, med 2,4 årsverk per 1000 innbyggere. For årsverk rettet mot barn og unge er imidlertid bildet omvendt: Helse Vest ligger på nivå med landsgjennomsnittet (2,4 årsverk per 1000 innbyggere), mens Helse Sør-Øst rapporterer den laveste innsatsen med 2,2 årsverk per 1000 innbyggere.

22 prosent av årsverkene gikk til tjenester for barn og unge i 2012

Dette er stabilt med nivået i 2010 og 2011, men lavere enn de 25 prosentene som ble innrapportert i 2007.

Når vi grupperer kommunene etter fylke, ser vi at tallene varierer fra 13 prosent (Sogn og Fjordane) til 29 prosent (Buskerud). I 2012 var det i praksis ikke forskjeller ut fra kommunestørrelse i andelen årsverk som gikk til tiltak og tjenester for barn og unge – alle størrelseskategoriene ligger på 22 eller 23 prosent. Innen helseregionene skiller Helse Vest seg ut med 19 prosent, mens Sør-Øst og Midt ligger på 23 prosent og Helse Nord på 24 prosent.

Flest årsverk i bolig med fast personell

På landsbasis går i gjennomsnitt 45 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid for voksne til boliger med fast personell. 40 prosent går til hjemmetjenester og behandling, det øvrige (15 prosent) til aktivitetstilbud. Dette er stabilt med nivåene i 2010 og 2011.

Stabile nivåer i årsverk til helsestasjons- og skolehelsetjeneste

I 2012 gikk 39 prosent av årsverkene i tjenester for barn og unge til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, det samme som i 2011 og 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 høyskole/ universitetsutdanning

62 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid hadde i 2012 utdanning fra høyskole eller universitet. I kommunene i Vest-Agder og Oslo lå andelene på hhv. 71 og 73 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 84 prosent av årsverkene slik utdanning på landsbasis, mot 57 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 (39 prosent) slik utdanning, sammenliknet med tjenester for barn og unge (27 prosent).

Nedgang i antall psykologårsverk

Fra sentrale myndigheters hold er det fokus på at psykologtjenestene i kommunene skal og bør styrkes. Fra 2009 til 2011 økte antall psykologårsverk i psykisk helsearbeid fra 205 til 276. Fra 2011 til 2012 ser vi imidlertid en nedgang til 260 årsverk. Det er klart flest psykologårsverk i kommunene som faller inn under helseregion Sør-Øst (122), mens kommunene i Vest og Midt-Norge har hhv. 76 og 45 psykologårsverk. I kommunene i Helse Nord er det kun 18 psykologårsverk totalt. Dette innebærer at Helse Nord hadde fire flere psykologårsverk enn i 2011, mens Sør-Øst, Vest og Midt rapporterte fall på hhv. åtte, ti og ett årsverk.

Støttekontakttilbudet i det psykiske helsearbeidet er i endring

I 2011 mottok 7 869 voksne og 2 588 barn og unge tilbud om individuell støttekontakt, til sammen 10 457 personer. Tallene er noe lavere enn i 2011 (hhv. 8 021 voksne og 2 817 barn fikk tilbud om individuell støttekontakt). Dermed fortsetter den nedadgående trenden siden 2010. Per 1 000 innbyggere på landsbasis utgjør dette for 2012 2,0 voksne og 2,3 barn og unge støttekontaktmottakere. Målt per innbygger er det flest voksne mottakere i Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag (3,3) og færrest i Oslo, Vest-Agder og Rogaland (1,3). For barn og unge skiller Telemark og Finnmark seg ut med høye andeler (hhv. 6,3 og 5,5 personer per 1000 personer i aldersgruppen 0-17 år), mens Troms ligger lavest med 1,3 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.

Ettersom 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

Rapporteringskjemaet gir i 2012 respondenten 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 73 prosent av kommunene valgt modell 1, der psykisk helsearbeid er organisert som en egen tjeneste/enhet. Dette er en nedgang på fire prosentpoeng siden 2011. Andelen kommuner som velger denne organisasjonsformen for tjenester til voksne med psykiske lidelser/vansker er høyest (77 prosent) i kommuner med 20 000 - 50 000 innbyggere (her er imidlertid bydelene i Oslo behandlet for seg selv). For helseregionene er andelen høyest i kommunene i Helse Sør-Øst, der 77 prosent av kommunene har organisert tjenestene på denne måten. I de andre helseregionene ligger nivået på 67-68 prosent.

For barn og unge er det modell 2, integrerte tjenester, som er den best brukte. 52 prosent av kommunene oppgir å benytte denne. Andelen er høyest i Oslo, hvor 13 bydeler (76 prosent) oppgir å benytte denne organiseringsmåten. Utenfor Oslo er det kommunene i Oppland og Sogn og Fjordane som i størst grad (65 prosent) benytter modell 2.

Totalt oppgir 12 prosent av kommunene å ha "annen organisering" i tjenester for voksne, mens 18 prosent oppgir dette for tjenester rettet mot barn og unge. Dette er en økning fra hhv. fire og seks prosent i 2011 (åtte og ni prosent i 2011 om man slår sammen kategoriene "annen organisering" og "kombinert").

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 Ådnes, 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.
- Brøyn, N., E.S. Lunde, og I. Kvalstad (2007), *SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. Ny statistikk fra allmennlegetjenesten?, Rapporter 2007/15.*, Statistisk sentralbyrå: Oslo - Kongsvinger.
- 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.
- Helsedirektoratet (2005): ... Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Helsedirektoratet (2009): *Allmennlegetjenesten og psykisk helse, IS-1655*, Helsedirektoratet: Oslo.
- Helsedirektoratet (2012): SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2012. Rapport IS-2074.
- Hetlevik, Ø. (2012). Allmennlegetjenestens tilgjengelighet - med spesiell vekt på området psykisk helse
- 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 opptrappingsplanen 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, 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, 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. 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

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., 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 & Slettebak, R (2013): Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. SINTEF Rapport SINTEF A25247.

Pedersen et al., (2009): SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2008. Rapport 2/09.

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.

Prop. 124 S (2009-2010): Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2010. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.

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, 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. Nå Opptappingsplanens mål innen 2008? SINTEF-rapport A851. Trondheim.

Ådnanes, M., Hatling, T., og Grut, L. (2005) Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med alvorlig psykisk lidelse. SINTEF Helse, Rapport STF78 A055023

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

Ådnanes, Mariann, Silje L. Kaspersen, Tonje L. Husum og Solveig Osborg Ose (2013): Effektivitet av Helsedirektoratets modellforsøk og tilskudd til psykologer i kommunen. SINTEF-rapport A23869. Trondheim

VEDLEGG 1: GRUNNLAGSDATA 2012

Kommune		Årsverk			Årsverk per 10 000 innbyggere		
Kommune- nummer	Navn	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge	Totalt	Tjenester for voksne	Tjenester for barn og unge
101	Halden	43.0	25.8	17.2	14	11	27
104	Moss	80.3	66.4	13.9	26	27	21
105	Sarpsborg	119.1	86.5	32.6	22	21	28
106	Fredrikstad	114.8	74.6	40.2	15	12	24
111	Hvaler	6.8	5.3	1.5	16	15	19
118	Aremark	3.0	2.0	1.0	21	18	33
119	Marker	8.1	5.8	2.3	23	20	31
121	Rømskog	1.2	0.8	0.4	17	14	30
122	Trøgstad	9.2	6.3	2.9	17	15	25
123	Spydeberg	9.9	7.8	2.1	18	19	17
124	Askim	77.1	50.2	26.9	50	42	79
125	Eidsberg	20.8	16.6	4.2	19	19	17
127	Skiptvet	12.2	8.7	3.5	33	31	40
128	Rakkestad	14.3	8.3	6.0	18	14	35
135	Råde	14.0	12.5	1.5	20	23	10
136	Rygge	26.4	24.6	1.8	18	21	5
137	Våler i Østfold	13.4	10.9	2.5	28	30	21
138	Hobøl	8.9	6.3	2.6	18	16	24
211	Vestby	21.3	17.9	3.4	14	15	9
213	Ski	57.3	39.6	17.7	20	18	24
214	Ås	37.9	28.6	9.3	22	21	22
215	Frogn	35.7	23.5	12.2	23	20	34
216	Nesodden	24.9	21.4	3.5	14	16	8
217	Oppegård	59.7	42.4	17.3	23	22	28
219	Bærum	336.3	291.9	44.4	29	33	16
220	Asker	116.3	104.1	12.2	20	24	9
221	Aurskog-Høland	15.6	12.8	2.8	10	11	8
226	Sørum	28.6	20.0	8.6	17	16	21
227	Fet	19.5	15.7	3.8	18	19	15
228	Rælingen	9.7	7.0	2.7	6	6	7
229	Enebakk	13.3	7.8	5.5	13	10	21
230	Lørenskog	58.0	28.7	29.3	17	11	36
231	Skedsmo	60.0	34.0	26.0	12	9	22
233	Nittedal	50.5	34.4	16.1	23	21	29
234	Gjerdrum	6.8	5.0	1.8	11	11	11
235	Ullensaker	31.9	25.4	6.5	10	11	8
236	Nes	30.2	24.7	5.5	15	16	12
237	Eidsvoll	24.3	19.4	4.9	11	11	10
238	Nannestad	14.4	9.0	5.4	13	10	19
239	Hurdal	4.6	3.0	1.6	17	14	29
301	Gamle Oslo	117.9	92.9	25.0	26	25	31
301	Grünerløkka	120.5	105.0	15.5	24	25	22
301	Sagene	108.7	96.7	12.0	30	31	24
301	St. Hanshaugen	34.0	25.4	8.6	10	8	21

301	Frogner	55.8	39.6	16.2	11	8	28
301	Ullern	30.1	19.6	10.5	10	8	16
301	Vestre Aker	59.5	38.5	21.0	13	11	20
301	Nordre Aker	36.4	31.9	4.5	8	9	4
301	Bjerke	61.3	51.3	10.0	21	23	14
301	Grorud	40.4	23.2	17.2	15	11	28
301	Stovner	58.0	45.1	12.9	19	20	17
301	Alna	77.6	53.6	24.0	16	15	22
301	Østensjø	68.5	57.6	10.9	15	16	10
301	Nordstrand	52.1	42.4	9.7	11	11	9
301	Søndre Nordstrand	43.9	36.7	7.2	12	14	7
301	Velferdsetaten	25.0	25.0	0.0			
301	Helseetaten	25.0	20.5	4.5			
301	Oslo totalt	1014.7	805.0	209.7	17	17	17
402	Kongsvinger	38.1	26.2	11.9	22	18	34
403	Hamar	115.7	84.1	31.6	39	36	54
412	Ringsaker	64.5	40.1	24.4	19	15	33
415	Løten	11.2	7.8	3.5	15	13	23
417	Stange	113.1	99.5	13.6	58	65	33
418	Nord-Odal	10.5	8.8	1.7	20	21	16
419	Sør-Odal	11.4	10.4	1.0	15	17	6
420	Eidskog	9.6	6.6	3.0	15	13	25
423	Grue	20.2	18.2	2.0	40	44	22
425	Åsnes	22.5	19.0	3.5	30	30	26
426	Våler	7.7	6.2	1.5	20	20	23
427	Elverum	47.9	33.2	14.7	24	21	34
428	Trysil	10.0	8.8	1.1	15	16	9
429	Åmot	5.7	4.7	1.0	13	14	11
430	Stor-Elvdal	8.8	6.2	2.6	33	28	58
432	Rendalen	15.1	13.3	1.8	79	84	55
434	Engerdal	3.1	1.3	1.8	22	12	67
436	Tolga	2.7	1.9	0.8	16	14	22
437	Tynset	21.0	19.3	1.7	38	45	13
438	Alvdal	8.7	4.0	4.7	36	21	82
439	Folldal	5.5	4.5	1.0	33	34	30
441	Os	2.9	1.6	1.3	14	10	29
501	Lillehammer	76.5	57.3	19.2	28	27	35
502	Gjøvik	72.3	52.8	19.5	25	23	32
511	Dovre	6.2	4.4	1.8	23	20	35
512	Lesja	4.7	2.8	1.9	22	17	41
513	Skjåk	5.5	4.1	1.4	24	22	32
514	Lom	6.5	5.9	0.6	27	31	13
515	Vågå	32.9	29.8	3.1	89	101	40
516	Nord-Fron	7.7	5.4	2.3	13	12	20
517	Sel	14.7	11.9	2.8	25	25	23
519	Sør-Fron	20.1	12.9	7.2	63	51	108
520	Ringebu	14.0	10.5	3.5	31	29	41
521	Øyer	18.8	14.3	4.5	37	35	43
522	Gausdal	18.3	14.2	4.1	30	29	33
528	Østre Toten	42.0	37.0	5.0	28	31	17
529	Vestre Toten	44.0	34.5	9.5	34	33	35
532	Jevnaker	11.6	9.7	1.9	18	19	14
533	Lunner	24.5	21.1	3.4	28	31	17
534	Gran	46.0	29.0	17.0	34	27	59
536	Søndre Land	23.4	21.3	2.1	41	46	19

538	Nordre Land	11.6	6.9	4.7	17	13	35
540	Sør-Aurdal	8.8	6.6	2.2	28	26	34
541	Etnedal	6.9	5.9	1.0	49	52	38
542	Nord-Aurdal	10.2	7.1	3.1	16	14	25
543	Vestre Slidre	5.2	3.6	1.6	23	20	36
544	Øystre Slidre	14.3	12.9	1.4	45	51	22
545	Vang	3.0	2.6	0.4	19	20	13
602	Drammen	142.5	105.3	37.2	22	20	27
604	Kongsberg	45.0	31.1	13.9	17	15	25
605	Ringerike	91.6	79.1	12.5	31	33	22
612	Hole	21.5	13.4	8.1	33	27	56
615	Flå	5.1	3.6	1.5	49	42	75
616	Nes	0.9	0.9	0.0	2	3	0
617	Gol	8.9	7.9	1.0	19	21	10
618	Hemsedal	11.3	6.5	4.8	51	38	92
619	Ål	11.5	8.8	2.7	24	24	25
620	Hol	17.8	11.8	6.0	40	32	73
621	Sigdal	13.8	11.7	2.1	39	42	29
622	Krødsherad	8.4	6.8	1.6	38	38	38
623	Mødum	48.6	23.1	25.5	36	22	94
624	Øvre Eiker	38.6	19.5	19.1	22	14	49
625	Nedre Eiker	36.2	24.9	11.3	15	14	20
626	Lier	42.4	31.1	11.3	17	16	19
627	Røyken	28.8	24.3	4.5	14	16	9
628	Hurum	27.2	18.1	9.1	29	25	45
631	Flesberg	11.8	8.9	2.9	44	43	49
632	Rollag	4.1	3.0	1.1	30	27	42
633	Nore og Uvdal	4.8	3.4	1.4	19	17	28
701	Horten	53.6	36.7	16.9	20	18	30
702	Holmestrand	18.9	16.1	2.8	18	20	13
704	Tønsberg	100.8	84.1	16.7	24	26	19
706	Sandefjord	91.7	84.9	6.8	21	24	7
709	Larvik	144.5	124.6	19.9	34	37	22
711	Svelvik	8.3	6.8	1.5	13	13	11
713	Sande	19.1	13.5	5.6	22	20	27
714	Hof	3.5	1.8	1.8	12	7	26
716	Re	24.7	19.5	5.2	27	29	24
719	Andebu	7.0	5.2	1.8	13	12	14
720	Stokke	17.2	15.0	2.2	15	17	9
722	Nøtterøy	89.1	24.1	65.0	42	15	138
723	Tjøme	20.2	13.6	6.6	42	35	70
728	Lardal	6.0	4.1	1.9	25	21	37
805	Porsgrunn	89.1	70.2	18.9	25	25	26
806	Skien	233.7	193.2	40.5	44	46	36
807	Notodden	32.5	27.5	5.0	26	28	20
811	Siljan	12.5	10.5	2.0	52	57	34
814	Bamble	31.2	23.6	7.6	22	21	25
815	Kragerø	18.8	9.8	9.0	18	11	43
817	Drangedal	8.7	7.9	0.8	21	24	9
819	Nome	25.3	23.6	1.7	38	45	12
821	Bø	23.1	23.0	0.1	40	50	1
822	Sauherad	8.6	7.7	0.9	20	22	10
826	Tinn	27.2	24.6	2.6	46	52	22
827	Hjartdal	4.0	3.1	0.9	25	24	28
828	Seljord	5.7	5.2	0.5	19	22	8

829	Kviteseid	5.2	4.1	1.1	21	20	23
830	Nissedal	24.5	17.1	7.3	171	151	250
831	Fyresdal	4.3	3.6	0.7	32	34	24
833	Tokke	5.0	3.3	1.7	22	18	36
834	Vinje	5.0	3.7	1.3	13	12	17
901	Risør	13.1	13.1	0.0	19	24	0
904	Grimstad	37.4	27.8	9.6	17	17	18
906	Arendal	99.7	83.3	16.4	23	25	17
911	Gjerstad	7.4	3.5	3.9	30	18	72
912	Vegårshei	7.4	5.6	1.8	37	38	36
914	Tvedestrand	13.1	8.6	4.5	22	18	36
919	Froland	12.0	9.7	2.3	22	24	16
926	Lillesand	19.2	16.0	3.2	19	21	13
928	Birkenes	6.7	4.5	2.2	14	12	17
929	Åmli	3.4	2.5	0.9	19	18	23
935	Iveland	1.8	1.3	0.5	14	13	16
937	Evje og Hornnes	7.9	5.4	2.5	22	20	30
938	Bygland	4.4	3.8	0.6	36	40	24
940	Valle	1.1	0.0	1.1	9	0	42
941	Bykle	2.4	1.9	0.5	26	26	24
1001	Kristiansand	248.6	202.2	46.4	29	31	24
1002	Mandal	25.9	19.7	6.2	17	17	17
1003	Farsund	29.8	22.8	7.0	32	32	31
1004	Flekkefjord	18.3	15.1	3.2	20	21	16
1014	Vennesla	26.4	19.2	7.2	19	19	21
1017	Songdalen	9.6	5.7	3.9	15	12	24
1018	Søgne	16.1	14.0	2.1	15	17	7
1021	Marnardal	4.8	2.6	2.2	21	15	38
1026	Åseral	4.3	3.7	0.6	48	56	25
1027	Audnedal	5.7	4.2	1.5	33	33	32
1029	Lindesnes	8.2	6.9	1.3	17	19	11
1032	Lyngdal	14.3	12.1	2.2	18	21	10
1034	Hægebostad	4.9	4.1	0.8	30	33	19
1037	Kvinesdal	21.9	20.0	1.9	37	44	14
1046	Sirdal	3.8	3.1	0.7	21	22	16
1101	Eigersund	47.9	36.2	11.7	33	33	33
1102	Sandnes	110.2	89.0	21.2	16	17	12
1103	Stavanger	260.8	192.0	68.8	20	19	24
1106	Haugesund	56.0	45.5	10.5	16	16	13
1111	Sokndal	4.8	3.8	1.0	15	15	13
1112	Lund	8.5	7.4	1.1	27	31	14
1114	Bjerkreim	4.9	3.9	1.0	18	19	13
1119	Hå	43.1	34.3	8.8	24	27	18
1120	Klepp	29.6	22.9	6.7	16	17	13
1121	Time	18.9	16.4	2.5	11	13	5
1122	Gjesdal	20.8	19.0	1.8	19	24	6
1124	Sola	44.3	36.2	8.1	18	20	13
1127	Randaberg	36.5	23.8	12.7	35	31	46
1129	Forsand	2.9	2.4	0.5	24	27	15
1130	Strand	16.7	14.1	2.6	14	16	8
1133	Hjelmeland	6.3	5.0	1.3	23	24	19
1134	Suldal	10.6	9.3	1.3	27	31	14
1135	Sauda	15.5	13.7	1.8	33	37	18
1141	Finnøy	6.1	4.7	1.4	20	20	20
1142	Rennesøy	8.8	7.5	1.3	19	23	10

1144	Kvitsøy	0.5	0.5	0.0	9	12	0
1145	Bokn	2.4	1.7	0.7	28	26	33
1146	Tysvær	48.5	43.8	4.7	46	58	16
1149	Karmøy	73.4	62.5	10.9	18	20	11
1151	Utsira	0.6	0.3	0.3	29	18	70
1160	Vindafjord	36.5	29.9	6.6	42	46	30
1201	Bergen	472.6	397.9	74.7	18	19	13
1211	Etne	9.5	7.8	1.7	24	25	18
1216	Sveio	13.5	12.0	1.5	25	30	11
1219	Bømlo	26.7	21.6	5.1	23	25	17
1221	Stord	25.3	22.6	2.7	14	17	6
1222	Fitjar	17.2	15.9	1.3	58	72	17
1223	Tysnes	5.6	4.2	1.5	21	19	26
1224	Kvinnherad	41.5	31.1	10.4	31	31	33
1227	Jondal	3.7	2.7	1.0	35	32	49
1228	Odda	13.9	7.9	6.0	20	14	44
1231	Ullensvang	10.3	8.7	1.6	30	33	22
1232	Eidfjord	2.6	2.1	0.5	27	27	27
1233	Ulvik	5.7	3.2	2.5	51	35	118
1234	Granvin	1.4	0.8	0.6	15	11	36
1235	Voss	29.2	21.3	7.9	21	19	25
1238	Kvam	21.0	17.5	3.5	24	26	19
1241	Fusa	7.1	5.9	1.2	19	21	13
1242	Samnanger	3.4	2.6	0.8	14	13	15
1243	Os	24.0	23.0	1.0	13	17	2
1244	Austevoll	7.2	5.4	1.8	15	15	15
1245	Sund	23.2	15.4	7.8	36	32	46
1246	Fjell	61.4	34.3	27.1	26	20	43
1247	Askøy	128.3	96.5	31.8	48	50	43
1251	Vaksdal	8.8	7.3	1.5	21	22	17
1252	Modalen	2.7	2.0	0.7	70	70	72
1253	Osterøy	12.6	8.5	4.1	16	15	22
1256	Meland	12.4	7.6	4.8	17	14	24
1259	Øygarden	17.6	14.7	2.9	39	43	26
1260	Radøy	11.4	9.5	1.9	23	25	16
1263	Lindås	33.2	29.2	4.0	22	26	11
1264	Austrheim	8.8	7.2	1.6	31	32	26
1265	Fedje	2.4	2.0	0.4	42	46	31
1266	Masfjorden	10.7	8.3	2.4	63	63	65
1401	Flora	72.9	64.5	8.4	62	73	29
1411	Gulen	8.1	7.7	0.4	35	42	8
1412	Solund	2.5	1.7	0.8	30	25	51
1413	Hyllestad	1.5	1.5	0.0	11	13	0
1416	Høyanger	18.0	16.5	1.5	43	50	16
1417	Vik i Sogn	6.1	5.6	0.5	22	26	9
1418	Balestrand	5.7	4.9	0.8	43	46	28
1419	Leikanger	2.1	1.2	0.9	9	7	17
1420	Sogndal	10.4	9.4	1.0	14	16	6
1421	Aurland	5.0	4.8	0.2	29	35	6
1422	Lærdal	27.8	26.3	1.5	128	153	32
1424	Årdal	9.9	8.9	1.0	18	20	9
1426	Luster	8.6	6.4	2.2	17	16	19
1428	Askvoll	17.8	15.6	2.2	59	65	35
1429	Fjaler	7.5	4.7	2.8	26	21	44
1430	Gaular	8.2	5.2	3.0	28	24	42

1431	Jølster	14.9	13.9	1.0	48	60	13
1432	Førde	39.2	33.6	5.6	31	36	17
1433	Naustdal	4.8	3.5	1.3	18	17	21
1438	Bremanger	12.6	11.4	1.2	32	37	14
1439	Vågsøy	12.9	10.0	2.9	21	21	21
1441	Selje	13.5	12.4	1.1	48	57	18
1443	Eid	21.1	19.0	2.1	36	42	15
1444	Hornindal	1.1	0.8	0.3	9	8	10
1445	Gloppen	13.9	9.9	4.0	24	23	31
1449	Stryn	22.3	19.7	2.6	31	36	15
1502	Molde	52.9	45.7	7.2	20	22	13
1504	Ålesund	107.2	68.8	38.4	24	20	38
1505	Kristiansund	60.6	52.3	8.3	25	28	16
1511	Vanylven	29.1	24.7	4.4	87	93	66
1514	Sande	4.0	3.5	0.5	15	17	9
1515	Herøy	44.3	34.3	10.0	50	51	49
1516	Ulstein	30.5	25.9	4.6	38	43	23
1517	Hareid	13.0	10.3	2.7	26	27	23
1519	Volda	28.9	21.2	7.7	33	31	39
1520	Ørsta	16.3	12.3	4.0	16	15	17
1523	Ørskog	6.2	4.8	1.4	27	27	28
1524	Norddal	4.8	2.5	2.3	28	19	58
1525	Stranda	14.7	14.5	0.2	32	40	2
1526	Stordal	3.1	1.6	1.5	29	20	56
1528	Sykkylven	11.2	8.5	2.7	15	15	15
1529	Skodje	11.1	6.8	4.3	26	21	39
1531	Sula	20.4	16.9	3.5	24	27	16
1532	Giske	15.9	14.2	1.7	21	26	8
1534	Haram	26.8	19.0	7.8	30	27	38
1535	Vestnes	21.2	14.6	6.6	32	28	47
1539	Rauma	11.5	8.5	3.0	15	15	19
1543	Nesset	5.1	4.3	0.8	17	18	13
1545	Midsund	4.1	2.8	1.3	20	18	26
1546	Sandøy	3.9	3.6	0.3	30	36	10
1547	Aukra	24.1	17.8	6.3	72	70	78
1548	Fræna	54.5	41.5	13.0	57	56	58
1551	Eide	18.6	11.0	7.6	54	42	88
1554	Averøy	5.6	5.1	0.5	10	12	4
1557	Gjemnes	2.8	2.2	0.6	11	11	11
1560	Tingvoll	5.7	4.5	1.2	18	18	19
1563	Sunnadal	20.2	16.2	4.0	28	28	27
1566	Surnadal	18.6	16.1	2.5	31	35	20
1567	Rindal	5.6	4.1	1.5	27	26	33
1571	Halsa	5.2	4.2	1.0	32	32	32
1573	Smøla	8.9	7.9	1.0	41	45	24
1576	Aure	4.5	3.5	1.0	13	12	14
1601	Trondheim	583.8	470.0	113.8	32	33	30
1612	Hemne	17.7	13.9	3.8	42	42	40
1613	Snillfjord	3.2	2.3	0.9	32	29	48
1617	Hitra	22.0	15.0	7.0	49	42	78
1620	Frøya	16.7	12.7	4.0	37	36	41
1621	Ørland	31.9	17.3	14.6	62	43	133
1622	Agdenes	11.2	9.2	2.0	65	67	61
1624	Rissa	15.4	12.5	2.9	23	24	20
1627	Bjugn	11.6	8.5	3.1	25	23	30

1630	Åfjord	22.2	18.8	3.4	69	73	53
1632	Roan	4.6	3.9	0.7	46	48	39
1633	Osen	1.5	1.3	0.2	15	17	10
1634	Oppdal	20.3	14.6	5.7	30	28	38
1635	Rennebu	6.8	4.5	2.3	27	22	46
1636	Meldal	12.0	7.8	4.2	30	25	51
1638	Orkdal	34.1	26.1	8.0	30	29	31
1640	Røros	8.5	6.6	1.9	15	15	17
1644	Holtålen	3.2	2.4	0.8	16	15	21
1648	Midtre Gauldal	7.4	6.4	1.0	12	13	7
1653	Melhus	22.3	18.3	4.0	14	15	10
1657	Skaun	12.3	8.0	4.3	17	15	23
1662	Klæbu	12.9	6.9	6.0	22	16	36
1663	Malvik	31.5	20.7	10.8	24	21	31
1664	Selbu	6.3	4.7	1.6	16	15	19
1665	Tydal	2.9	2.3	0.6	34	32	39
1702	Steinkjer	86.6	52.6	34.0	40	31	73
1703	Namsos	38.3	28.3	10.0	29	29	32
1711	Meråker	5.1	3.4	1.7	20	17	34
1714	Stjørdal	85.8	69.8	16.0	38	41	29
1717	Frosta	3.4	1.9	1.5	13	9	25
1718	Leksvik	9.1	5.5	3.6	26	20	46
1719	Levanger	47.1	34.6	12.5	25	24	28
1721	Verdal	21.7	15.8	5.9	15	14	17
1724	Verran	5.0	4.4	0.6	18	19	12
1725	Namdalseid	9.4	8.6	0.8	55	64	22
1736	Snåsa	8.9	7.3	1.6	41	43	35
1738	Lierne	6.7	5.3	1.4	48	48	48
1739	Røyrvik	1.3	1.2	0.1	26	30	9
1740	Namsskogan	5.1	4.2	0.9	57	59	49
1742	Grong	4.5	3.0	1.5	18	15	29
1743	Høylandet	3.5	3.1	0.4	28	33	13
1744	Overhalla	6.9	4.7	2.2	19	17	25
1748	Fosnes	0.5	0.5	0.0	7	9	0
1749	Flatanger	3.2	3.1	0.1	28	34	4
1750	Vikna	5.7	5.3	0.4	13	16	4
1751	Nærøy	20.4	18.7	1.7	40	47	15
1755	Leka	0.9	0.5	0.4	15	9	42
1756	Inderøy	6.9	5.1	1.8	10	10	12
1804	Bodø	135.4	83.4	52.0	28	22	46
1805	Narvik	28.5	24.5	4.0	15	17	10
1811	Bindal	15.9	15.2	0.7	103	121	24
1812	Sømna	5.1	3.8	1.3	25	24	29
1813	Brønnøy	26.0	16.0	10.0	33	27	54
1815	Vega	1.0	0.7	0.3	8	7	12
1816	Vevelstad	0.6	0.5	0.1	12	12	10
1818	Herøy	8.4	7.9	0.5	48	56	15
1820	Alstahaug	19.2	15.0	4.2	26	26	26
1822	Leirfjord	6.5	5.3	1.2	30	31	27
1824	Vefsn	27.9	21.4	6.5	21	20	23
1825	Grane	3.7	3.0	0.7	25	26	24
1826	Hattfjelldal	3.0	2.5	0.5	20	21	16
1827	Dønna	8.5	3.9	4.6	59	35	143
1828	Nesna	11.2	5.1	6.1	60	35	145
1832	Hemnes	23.8	12.2	11.6	52	34	117

1833	Rana	43.0	36.0	7.0	17	18	12
1834	Lurøy	10.6	5.9	4.7	55	39	120
1835	Træna	2.9	1.3	1.6	58	35	124
1836	Rødøy	4.0	1.5	2.5	31	15	76
1837	Meløy	16.9	16.9		26	33	0
1838	Gildeskål	3.7	2.7	1.0	18	17	26
1839	Beiarn	5.2	3.7	1.5	48	41	89
1840	Saltdal	9.6	6.4	3.2	20	17	35
1841	Fauske	15.2	10.2	5.0	16	14	25
1845	Sørfold	6.7	4.4	2.3	34	28	59
1848	Steigen	19.7	14.0	5.7	77	68	119
1849	Hamarøy	7.0	5.3	1.7	39	36	53
1850	Tysfjord	5.8	4.8	1.0	29	29	28
1851	Lødingen	11.8	6.0	5.7	53	34	136
1852	Tjeldsund	1.0	1.0	0.0	8	10	0
1853	Evenes	2.8	2.0	0.8	20	18	29
1854	Ballangen	8.1	7.3	0.8	31	35	15
1856	Røst	1.4	1.1	0.3	26	25	27
1857	Værøy	0.8	0.5	0.3	11	8	19
1859	Flakstad	3.7	3.1	0.6	27	28	21
1860	Vestvågøy	15.5	11.3	4.2	14	14	17
1865	Vågan	22.3	15.5	6.8	24	21	35
1866	Hadsel	22.7	18.7	4.0	28	30	23
1867	Bø	9.6	8.6	1.0	36	39	21
1868	Øksnes	24.1	21.6	2.5	54	62	26
1870	Sortland	50.5	25.9	24.6	50	34	103
1871	Andøy	33.8	31.8	2.0	67	80	19
1874	Moskenes	7.6	7.1	0.5	68	78	24
1901	Harstad	90.4	68.6	21.8	37	36	42
1902	Tromsø	97.0	79.5	17.5	14	15	11
1911	Kvæfjord	11.5	8.0	3.5	37	33	52
1913	Skånland	14.0	13.2	0.8	48	55	15
1915	Bjarkøy	0.5	0.4	0.1	9	10	6
1917	Ibestad	0.5	0.5	0.0	4	4	0
1919	Gratangen	0.3	0.0	0.3	3	0	15
1920	Lavangen	8.6	8.1	0.5	85	103	22
1922	Bardu	19.3	17.8	1.5	49	58	17
1923	Salangen	33.0	29.2	3.8	149	170	76
1924	Målselv	28.2	21.6	6.6	43	41	46
1925	Sørreisa	3.0	2.5	0.5	9	10	6
1926	Dyrøy	6.1	3.9	2.2	51	40	97
1927	Tranøy	0.8	0.8	0.0	5	7	0
1928	Torsken	1.5	1.4	0.1	17	19	7
1929	Berg	4.3	3.5	0.8	47	46	50
1931	Lenvik	29.9	25.1	4.8	26	29	17
1933	Balsfjord	16.2	14.8	1.4	29	33	12
1936	Karlsøy	6.9	5.6	1.3	30	29	31
1938	Lyngen	13.4	12.9	0.5	44	54	8
1939	Storfjord	4.2	3.7	0.5	22	24	12
1940	Kåfjord	5.1	3.9	1.2	23	22	30
1941	Skjervøy	21.8	16.2	5.6	75	71	90
1942	Nordreisa	20.9	15.4	5.5	43	41	51
1943	Kvænangen	2.0	1.8	0.2	16	17	9
2002	Vardø	3.2	3.0	0.2	15	17	5
2003	Vadsø	17.0	13.5	3.5	28	28	25

2004	Hammerfest	12.3	10.5	1.8	12	13	8
2011	Kautokeino	14.9	12.4	2.5	51	55	38
2012	Alta	46.8	37.3	9.5	24	26	19
2014	Loppa	3.4	2.0	1.4	31	23	74
2015	Hasvik	3.3	2.6	0.7	32	31	37
2017	Kvalsund	6.5	6.0	0.5	63	70	28
2018	Måsøy	3.7	2.5	1.2	30	24	57
2019	Nordkapp	10.5	7.5	3.0	33	29	46
2020	Porsanger	25.0	22.4	2.6	63	70	33
2021	Karasjok	6.8	4.4	2.3	25	21	39
2022	Lebesby	2.7	1.7	1.0	20	16	36
2023	Gamvik	9.1	6.4	2.7	86	73	148
2024	Berlevåg	7.0	3.4	3.6	68	40	200
2025	Tana	26.2	23.3	2.9	90	101	50
2027	Nesseby	2.2	1.7	0.5	25	23	32
2028	Båtsfjord	8.1	6.1	2.0	37	35	45
2030	Sør-Varanger	0.0	0.0	0.0	0	0	0

VEDLEGG 2: RAPPORTERINGSSKJEMA FOR 2012

Rapportering av årsverksinnsats innen psykisk helsearbeid 2012

Hovedrapporteringen av årsverksinnsats innen psykisk helsearbeid skjer i år ved hjelp av et nettskjema. For å forenkle rapporteringen for enheter med flere underavdelinger ol. kan dette skjemaet distribueres til avdelingene.

Felter merket i denne grønnfargen er uendret i forhold til fjorårets rapportering

Svar

Hvilken kommune/ bydel/ enhet fyller ut dette skjemaet?

Midler til brukermedvirkning

1. Hvilket beløp bevilget kommunen til brukermedvirkning i organisert form i 2012? Vennligst oppgi svaret i hele kroner. Omfatter bevilgninger til organisasjoner for mennesker med psykiske lidelser og/eller deres pårørende, for å sikre brukermedvirkning på systemnivå. Omfatter også brukerråd ol.

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 eget kommentarfelt.

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.

2b. Kommentar?

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.

3b. Kommentar?

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.

4b. Kommentar?

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.

5b. Kommentar?

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.

6b. Kommentar?

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.

7b. Kommentar?

Rapporterte årsverk for voksne: 0

Årsverksinnsats tjenester for barn og unge med psykiske vansker/lidelser

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. 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.

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/ kulturetatt), skal de likevel regnes med her.

8b. Kommentar?

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.

9b. Kommentar?

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.

10b. Kommentar?

Rapporterte årsverk for barn og unge: 0

Årsverk tiltak for voksne, fordelt etter utdanning

I spørsmålene 11 til 18 ber vi deg om å fordele årsverkene som er oppgitt i tiltak for voksne 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.

Hvor mange av årsverkene i tiltak for voksne utføres av personer med...

- 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. ...annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 17. ... annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 18. ...annen utdanning enn spesifisert i spørsmål 11-17, eller personell uten formell utdanning?

Kommentarer til spørsmål 11-18?

Rapporterte årsverk for voksne: 0 (Identisk med rapporteringen i spørsmål 2-7)

Årsverk tiltak for barn og unge, fordelt etter utdanning

Spørsmålene 19 til 26 ber vi deg om å fordele årsverkene som er oppgitt i tiltak for barn og 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.

Hvor mange av årsverkene i tiltak for barn og unge utføres av personer med...

- 19. ... helse- og sosialfag fra videregående skole med videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 20. ... helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 21. ... helse- /sosialfag fra høgskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 22. ... helse- /sosialfag fra høgskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 23a. ...psykologer?
- 23b. ...psykologspesialister?
- 24. ...annen høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 25. ... annen høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid?
- 26. ...annen utdanning enn spesifisert i spørsmål 11-17, eller personell uten formell utdanning?

Spesifiser i kommentarfeltet under eventuelle andre utdanninger som inngår

Kommentarer til spørsmål 19-26?

Rapporterte årsverk for barn og unge: 0 (Identisk med rapporteringen i spørsmål 8-10)

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.

27. Kjøper din kommune/bydel tjenester i psykisk helsearbeid fra private eller andre aktører (for eksempel andre kommuner)? (ja/nei)

Hvis ja på spørsmål 27, besvar 28a og b, ellers gå til 29.

28a. For hvor mange personer kjøper dere følgende tjenester til voksne: (ingen/ vet ikke/ antall

Bo og omsorgstjenester	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Avlastning	<input style="width: 100%;" type="text"/>
tunet)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Arbeidstilbud/arbeidstrening privat	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Veiledningstjenester	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Annet (i tilfelle, hva?):	<input style="width: 100%;" type="text"/>

28b. For hvor mange personer kjøper dere følgende tjenester til barn og unge: (ingen/ vet ikke/ antall personer)

Bo og omsorgstjenester	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Avlastning	<input style="width: 100%;" type="text"/>
tunet)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Arbeidstilbud/arbeidstrening privat	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Privatpraktiserende psykolog	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Veiledningstjenester	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Annet (i tilfelle, hva?):	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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

30. Uavhengig om du svarte ja eller nei på spørsmål 29, i hvor stor grad henviser fastlegene til psykisk helsearbeid i kommunen? (kryss av for det alternativet som passer best)

I svært stor grad	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
I stor grad	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
I noen grad	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
I liten grad	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>
I svært liten grad	<input style="width: 100%;" type="checkbox"/>

31. Hvordan oppleves utviklingen i fastlegenes henvisninger til psykisk helsearbeid de siste årene?

Fastlegene henviser til psykisk helsearbeid i:

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

32. Har kommunen gjort en vurdering av kompetansebehovet knyttet til forsvarlig utøvelse av nåværende og fremtidige oppgaver på psykisk helseområdet?

- Ja
- Nei
- Planlegges

Hvis ja, hvor mange årsverk utgjør dette? (hvor mange flere årsverk enn det dere har i dag)

--

Hvilken type kompetanse mener dere det ellers er behov for på psykisk helseområdet fremover?

--

Legger dere opp til interkommunalt samarbeid eller andre tiltak for å dekke kompetansebehovet?

--

33. Ta stilling til følgende påstander om fastlegenes involvering i psykisk helsearbeid: (kryss av)

Fastlegene i kommunen er generelt godt involvert i de individuelle sakene

- Enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Uenig
- Vet ikke

Fastlegene i kommunen bidrar godt i plan- og systemarbeid i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser og problemer

- Enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Uenig
- Vet ikke

Fastlegene i kommunen bidrar godt i utviklingsarbeidet i tjenestene for mennesker med psykiske lidelser

- Enig
- Delvis enig
- Verken enig eller uenig
- Delvis uenig
- Uenig
- Vet ikke

Pasientene/brukerne er generelt godt fornøyd med hjelpen de får fra fastlegen sin

- Enig

--

Delvis enig
 Verken enig eller uenig
 Delvis uenig
 Uenig
 Vet ikke

Vi opplever at det er lett å få hjelp fra fastlegene når vi trenger det

Enig
 Delvis enig
 Verken enig eller uenig
 Delvis uenig
 Uenig
 Vet ikke

Fastlegene i kommunen har god kompetanse til å følge opp mennesker med psykiske lidelser og

Enig
 Delvis enig
 Verken enig eller uenig
 Delvis uenig
 Uenig
 Vet ikke

Fastlegene er viktig i vårt samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Enig
 Delvis enig
 Verken enig eller uenig
 Delvis uenig
 Uenig
 Vet ikke

Fastlegene er våre viktigste støttespillere

Enig
 Delvis enig
 Verken enig eller uenig
 Delvis uenig
 Uenig
 Vet ikke

Generelt har psykisk helsearbeid et godt samarbeid med fastlegene i vår kommune

Enig
 Delvis enig
 Verken enig eller uenig
 Delvis uenig
 Uenig
 Vet ikke

Skriv her dersom du har en kommentar til samarbeidet med legene i kommunehelsetjenesten eller deres rolle i kommunens psykiske helsearbeid:

--

34. Støttekontaktmottakere med psykiske vansker/lidelser

Spørsmål 34a. og 34b. 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. 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

a. Hvor mange **voksne** med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt?

b. Hvor mange **barn og unge** med psykiske vansker/lidelser har individuell støttekontakt?

35. Tilbyr kommunen følgende tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer: (sett kryss)
Aktiviteter på dagtid:

Dagsenter med ulike aktivitetstilbud

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Arbeidstrening

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Treffsteder

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Annet

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Hvis ja, hva:

Fritidstilbud om kvelden /i helga rettet mot mennesker med psykiske lidelser og problemer:

Fysisk aktivitet (trim, turer, med mer)

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Kultur (teatergrupper, film, fotokurs etc)

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Bakegrupper og liknende

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Annet

Ja

Nei

Nei, men det er under planlegging

Hvis ja, hva:

(Fortsetter på neste side)

Organisering av det psykiske helsearbeidet

I spørsmål 36 og 37 skal du oppgi hvordan arbeidet med psykisk helse, for hhv. voksne og barn/unge, er

36. Hvilken organisering har kommunen for arbeid med psykisk helse for voksne? (kryss av)

Egen enhet/tjeneste. 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.

Integrerte 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.

Ansvar hos rådmann/helsesjef. 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.

Annen organisering. Gjelder for arbeid med psykisk helse for voksne

Hvis annen organisering, beskriv kort hvordan:

37. Hvilken organisering har kommunen for arbeid med psykisk helse for barn og unge?

Egen enhet/tjeneste. 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.

Integrerte 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.

Ansvar hos rådmann/helsesjef. Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid for

Ansvar hos rådmann/helsesjef. 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.

Annen organisering. Gjelder for arbeid med psykisk helse for barn og unge

Hvis annen organisering, beskriv kort hvordan:

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

38. Får dere tilstrekkelig veiledning fra spesialisthelsetjenesten?

Ja
Nei
Evt. kommentar:

39. Opplever dere at pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten uten at dere klarer å gi dem et godt nok tilbud?

Ja
Nei
Evt. kommentar:

40. Hvordan opplever dere samarbeidet med spesialisthelsetjenesten rundt tjenestene til psykisk syke? (sett ett kryss)

Samarbeidet rundt den enkelte pasient fungerer...

Svært godt
Ganske godt
Både og
Ganske dårlig
Svært dårlig

Samarbeidet på systemnivå fungerer...

Svært godt
Ganske godt
Både og
Ganske dårlig
Svært dårlig

Kommentarer til samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

41. Hvordan har samarbeidet utviklet seg det siste året?

I det siste året har samarbeidet blitt... (sett ett kryss)

Mye bedre
 Bedre
 Som før
 Dårligere
 Mye dårligere

42. Kjenner behandlerne i psykisk helsevern (PHV) godt til tilbudet i kommunen? (sett ett kryss)

Svært godt
 Ganske godt
 Både og
 Ganske dårlig
 Svært dårlig

Ny folkehelselov:

43. Hvordan har psykisk helsetjeneste blitt involvert i arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer?

--

44. Hva er de største folkehelseutfordringene i kommunen generelt?

--

45. I forhold til mennesker med psykiske lidelser og problemer, får dere til å jobbe mer forebyggende nå enn tidligere?

--

46. Hvilke forebyggingstiltak i forhold til psykisk helse har kommunen iverksatt?

--

47. Hvilke forebyggingstiltak i forhold til psykisk helse planlegger kommunen å iverksette?

--

48. Andre kommentarer til forebyggingssatsningen i kommunen

--

49. Hva kaller dere tjenestene rettet mot psykisk helse for voksne i kommunen? (sett ett kryss)

Vi har ikke en egen tjeneste, det er integrert i de andre tjenestene
 Psykisk helsetjeneste
 Psykisk helsearbeid
 Psykiatri- og rustjeneste
 Annet, hva:

--

50. Hva kaller dere tjenestene rettet mot psykisk helse for barn og unge i kommunen? (sett ett kryss)

Vi har ikke en egen tjeneste, det er integrert i de andre tjenestene

Barne- og familietjeneste

Psykisk helsetjeneste for barn og unge

Psykiatri- og rustjeneste for ungdom

Annet, hva:

--

Har rådmann/administrasjonssjef godkjent rapporteringen? (ja/nei)

--

Hvem har fylt ut skjemaet? (stilling, ansvarsområde - en eller flere personer)

--

Hva er epost-adressen til hovedansvarlig for utfyllingen? (Brukes om vi har spørsmål i forbindelse med rapporteringen:)

--

Alle kommunene som har fylt ut skjemaet vil motta en rapport fra SINTEF når denne er klar høsten 2013. Vennligst oppgi postadressen til hvor vi skal sende den.

Navn

Adresse

Adresse2

Postnummer

Poststed

I denne rapporten presenteres analyser og deskriptive framstillinger av årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid i kommunene for årene 2007 til 2012. I 2012 ble det rapportert om 11 955 årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid for hele landet totalt, og 22 prosent av årsverkene gikk til tjenester og tiltak til barn og unge. 95 prosent av kommunene har rapportert og for de som ikke har rapportert, er det gjort anslag basert på årsverksinnsats i sammenliknbare kommuner.

Basert på kartlegginger som er gjort i 127 av landets kommuner, har vi estimert at det er behov for 1780 nye årsverk i kommunalt psykisk helsearbeid, der 275 av årsverkene i følge fagpersonene i kommunene bør være psykologer. Det er altså ikke tilstrekkelig kun å satse på flere psykologer i kommunene, det er også behov for flere årsverk blant annet til å bemanne boliger for mennesker med psykiske lidelser.

Vi finner at det er vanskelig for kommunene å prioritere forebyggingsarbeid i form av ulike aktivitetstilbud. Trenden er at det blir færre og færre årsverk i disse tjenestene innen kommunalt psykisk helsearbeid. Vi anbefaler derfor å vurdere øremerking av statlige midler til forebygging gjennom ulike aktivitetstilbud til voksne (dagsenter, fritids- og kulturtilbud tilpasset målgruppen) og til tidlig innsats mot barn og unge som står i fare for å utvikle psykiske lidelser.

Rapporten konkluderer med at kort og effektiv behandling i spesialiserte tjenester med et godt utbygd kommunalt tilbud og utnyttelse av spesialistkompetanse inn i de kommunale tjenestene, fortsatt ser ut til å være riktig vei å gå. Det største potensialet ligger sannsynligvis i at pasienten samtidig får tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Noen får det til, og da oppnår man samarbeid, stabilitet og effektivitet i tjenestene i den forstand at det er den best egnede aktøren som har oppgaven. Det er sannsynligvis i området mellom tjenestenivåene det store utviklingspotensialet ligger.

ISBN: 978-82-14-05664-8

