

# SINTEF RAPPORT



**SINTEF** Teknologi og samfunn  
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim

Besøksadresse:  
Teknoobyen innovasjonssenter  
Abels gt 5  
7030 Trondheim

Telefon: 73 59 03 00  
Telefaks: 932 70 800

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007**  
Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon

FORFATTER(E)

Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen, Ivar Pettersen og Jorid Kalseth

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
SINTEF A11269	Åpen	Jan Tvedt	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG VEDLEGG
Åpen	978-82-14-04678-6	78114030	129 ink. vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
I:\7853 PSYKISK HA\Prosjekt\78108830 SAMDATA kommune\Prosjekt 2008		Solveig Osborg Ose	Vidar Halsteinli <i>Vidar Halsteinli</i>
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
E	2009-02-15	Britt Venner, Forsknings sjef <i>Britt Venner</i>	

## SAMMENDRAG

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

Kommunene rapporterer totalt 12 000 årsverk i psykisk helsearbeid. 25 prosent av årsverkene går til tjenester og tiltak til barn og unge. Dette betyr at omtrent 4 prosent av årsverkene i kommunene går til tjenester og tiltak til personer med psykiske lidelser og problemer. Dette betyr også at nærmere 10 prosent av årsverkene under helse- og sosialtjenester går til tjenester og tiltak for personer med psykiske lidelser og vansker.

I 2007 ble omtrent halvparten av de 12 000 årsverkene finansiert av øremerkede midler mens kommunene finansierte resten med egne frie midler (rammetilskudd og inntekter fra inntektsskatt og formueskatt).

Det er betydelig kommunal variasjon i årsverksinnsatsen per innbygger i tjenester og tiltak til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det er relativt flere årsverk i små kommuner enn i store kommuner.

Vi har undersøkt om variasjon i årsverksinnsats, andel egenfinansierte årsverk og organisering har sammenheng med ulike rammebetingelser i kommunene (kostnader, behov/etterspørsel og inntekter).

Analysene viser at det i stor grad er etterspørselen etter tjenestene som styrer årsverksinnsats og andel egenfinansierte årsverk og variasjonen skyldes i mindre grad forskjeller i kostnads og inntektsforhold mellom kommunene.

STIKKORD		ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsearbeid	Community Mental Health Services
GRUPPE 2	Kommuner	Municipalities
EGENVALGTE	Finansiering	Financing



## Forord

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

Denne rapporten inneholder beskrivelse og analyser av data samlet inn gjennom Rapporteringsskjema 2 i det kommunale psykiske helsearbeidet. Rapporteringsskjema 1 er rapportering på bruk av øremerkede midler tildelt gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) mens Rapporteringsskjema 2 omhandler kommunale tiltak i psykisk helsearbeid totalt, altså uavhengig av finansiering.

Rapporteringsskjema 2 er nytt fra rapporteringsåret 2007 og skal heretter rapporteres på årlig. Innholdet i rapporten er derfor baseline data for de neste års rapporteringer.

Vi har gjennomført grundig datakontroll av innsamlet materiale og gitt innspill til Helsedirektoratet på forbedringer i skjemaet for 2008 rapporteringen. Rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen har sørget for å samle inn data fra kommunene i fylket og de har hatt den løpende kontakten med kommunene. Rådgiverne har også vært viktige aktører i datakontrollen og bidratt med diskusjoner og innspill på en god måte. Kvalitetskontrollen hadde vært vanskelig uten deres sterke fagkompetanse og inngående kunnskap om de enkelte kommunene.

Helsedirektoratet, representert ved Jan Tvedt, Nina Ruth Kristoffersen og Jørgen Rodal, har hatt det overordnede ansvaret for datainnsamlingen. Vi takker for godt samarbeid, nyttige innspill og faglige bidrag fra Helsedirektoratet. Samarbeidet mellom Helsedirektoratet, Fylkesmannen og SINTEF har fungert svært godt.

15. februar 2009

Solveig Osborg Ose (prosjektleder)



# INNHold

Innhold .....	3
Sammendrag og konklusjoner .....	5
Nasjonale tall .....	5
Variasjon i rapporterte årsverk mellom kommuner .....	6
Analyser av datamaterialet .....	7
Hva forklarer variasjon i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid? .....	10
Analyser av egenfinansieringsandel i psykisk helsearbeid .....	10
Analyser av organisering av tjenestene .....	11
Konklusjoner .....	12
1    Innledning .....	13
2    Datagrunnlag .....	15
3    Nasjonale tall 2007 .....	17
3.1    Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid .....	17
3.2    Årsverk fordelt på ulike tiltak og tjenester .....	18
3.3    Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper .....	19
3.4    Antall brukere i utvalgte tiltak .....	21
3.5    Organisering av tjenestene .....	21
3.6    Andre indikatorer .....	23
3.7    Oppsummering .....	26
4    Variasjon i rapporterte årsverk mellom kommuner .....	27
4.1    Årsverk totalt i kommunalt psykisk helsearbeid .....	28
4.2    Andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge .....	34
4.3    Årsverk fordelt på ulike tiltak og tjenester .....	36
4.4    Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper .....	44
4.5    Antall brukere i utvalgte tiltak .....	66
4.6    Organisering av tjenestene .....	71

4.7	Oppsummering.....	76
5	Metodisk tilnærming til analyser av kommunal variasjon .....	79
5.1	Teoretisk tilnærming .....	79
5.2	Operasjonalisering av variablene til den økonometriske analysen.....	81
5.3	Empirisk tilnærming .....	83
6	Analyser av årsverksinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene .....	85
6.1	Deskriptive analyser .....	85
6.2	Regresjonsanalyser.....	88
6.3	Oppsummering.....	90
7	Analyser av egenfinansieringsandel i psykisk helsearbeid .....	91
7.1	Deskriptiv analyse.....	92
7.2	Regresjonsanalyse .....	93
7.3	Oppsummering.....	94
8	Analyser av organisering av tjenestene.....	95
8.1	Deskriptiv analyse.....	95
8.2	Regresjonsanalyse .....	97
8.3	Oppsummering.....	100
	Tabelloversikt .....	101
	Figuroversikt.....	105
	Vedlegg 1: Datakontroll og datakvalitet.....	107
	Innledning.....	107
	Datainnfang og innhold .....	108
	Prosedyrer og rutiner for datakontroll.....	108
	Detaljer og resultater fra utførte tester og beregninger i datakontrollen.....	110
	Tilbakemeldinger fra rådgiverne hos fylkesmannen .....	114
	Konklusjon .....	115
	Vedlegg 2 Grunnlagsdata .....	119

# SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER

## NASJONALE TALL

Kommunene rapporterer totalt 12 029 årsverk i psykisk helsearbeid. 25 prosent av årsverkene går til tjenester og tiltak til barn og unge. Dette betyr at nærmere 10 prosent av årsverkene under helse- og sosialtjenester går til tjenester og tiltak for personer med psykiske lidelser og vansker.

40 prosent av årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak for voksne er tilknyttet boliger, mens totalt 42 prosent av årsverkene går til behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse. 9 prosent av årsverkene er knyttet til aktivitetssenter og/eller dagsenter, mens 2 prosent av årsverkene går til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud. 6 prosent av årsverkene til voksne går til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.

Over halvparten av årsverkene til barn og unge går til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. 35 prosent går til helsestasjons – og skolehelsetjeneste, mens de resterende 11 prosentene går til aktiviteter, kultur og fritidstiltak.

Over halvparten av årsverkene rettet mot voksne med psykiske lidelser og vansker utføres av høyskoleutdannet personell der de aller fleste har helse og sosialfaglig utdanning. For barn og unge utføres 80 prosent av årsverkene av høyskoleutdannet personell der de fleste har helse- og sosialfaglig utdanning, men det er også mange med annen høyskoleutdanning.

Hvert tredje årsverk rettet mot voksne har videreutdanning i psykisk helsearbeid (fra videregående skole eller høyskole), mens den tilsvarende andelen for barn og unge er 19 prosent. For alle årsverk i psykisk helsearbeid totalt har 30 prosent denne videreutdanningen.

Det er rapportert om over 8 700 voksne og 3 400 barn og unge med psykiske lidelser/problemer som har hatt støttekontakt i 2007.

75 prosent av kommunene har organisert tjenestene til voksne enten som en egen enhet eller som en egen tjeneste, mens da 25 prosent av kommunen har integrert psykisk helsearbeid i de øvrige tjenestene med eller uten klar plassering av ansvar.

Det er større variasjon i hvordan tjenestene til barn og unge organiseres. 48 prosent har egen enhet eller egen tjeneste mens 53 prosent har innsatsen integrert i øvrige tjenester med eller uten klar plassering av ansvaret.



## VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER

Vi har tatt for oss variasjon mellom kommunene i rapporterte årsverk i 2007 – gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere) og KOSTRA-gruppe i 2007.

### Flere årsverk per innbygger i tjenester til barn og unge i kommuner med få innbyggere

I 2007 var det 2,5 årsverk per 1 000 voksne innbygger i tjenester for voksne, og 2,7 årsverk per 1 000 barne- og ungdomsinnbygger i tjenester for barn og unge.

Gruppert etter innbyggertall er det flest årsverk per innbygger i de minste kommunene. Jo flere innbyggere, jo færre årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid. Dette er nærmere analysert i kapitlene 6-8 og vi finner at forskjellene mellom kommuner etter størrelse dempes når vi korrigerer for andre faktorer, for eksempel inntekt.

I KOSTRA-gruppene finner vi igjen mønsteret med at små kommuner i KOSTRA-gruppe 1-6 har relativt flere årsverk per innbygger enn de mellomstore og store kommunene. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger er imidlertid de som har høyest antall årsverk per voksen, med 4,7 årsverk per 1 000 voksne innbygger.

### 25 prosent av årsverkene går til tjenester for barn og unge

På landsbasis går én av fire årsverk til tjenester for barn og unge, men tallet varierer fra 16 (Sogn og Fjordane) til 36 prosent (Vestfold) på fylkesnivå. Sammen med kommunene i Sogn og Fjordane, er det kun kommunene i Troms (17 prosent) som i gjennomsnitt ligger under 20 prosent av årsverkene i disse tjenestene. Det er kommuner på mellom 20 000 – 50 000 innbyggere som i gjennomsnitt benytter den største andelen av årsverkene på tjenester til barn og unge – hele 30 prosent. For øvrig er resultatet relativt jevnt fordelt mellom gruppene basert på kommunestørrelse, mens KOSTRA-gruppene generer noe større variasjon; fra 19 prosent i KOSTRA-gruppe 6 til 28 prosent i KOSTRA-gruppe 28.

### De fleste årsverkene går til bolig, oppfølging, behandling og rehabilitering

I gjennomsnitt gikk 17 prosent av årsverkene knyttet til tjenester for voksne til aktivitetstilbud, resten gikk til bolig, oppfølging og behandling m.v. Kommunene i Sør-Trøndelag benytter klart høyest andel årsverk i psykisk helsearbeid på aktivitetstilbud – 29 prosent i 2007. Andelen årsverk som går til aktivitetstilbud er høyest i de minste kommunene med 23 prosent i gjennomsnitt for kommuner med under 2 000 innbyggere. KOSTRA-gruppe 16 med de ti kommunene med høyest frie disponibel inntekter per innbygger ligger i gjennomsnitt med 30 prosent av årsverkene sine i aktivitetstilbud.

Innenfor tjenester for barn og unge benyttes 11 prosent til aktivitets-, kultur- og fritidstiltak, 35 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens de resterende 54 prosentene går til behandling, oppfølging m.v. Kommunene i Vest-Agder bruker imidlertid halvparten av årsverkene sine i tjenester til barn og unge på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens kommunene i Rogaland og Troms i gjennomsnitt bare benytter 4-5 prosent av årsverkene på aktivitetstilbud.

### Nær halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid har helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning

Mens 49 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge har helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning (hvorav 12 prosent har videreutdanning) er det en litt lavere andel (45 prosent) med slik utdanning i tjenester for voksne, men her har 20 prosent av disse videreutdanning på høyskolenivå. Det er en langt større andel *andre* med høyskole/universitetsutdanning som arbeider i tjenester for barn og unge (26



prosent) sammenliknet med tjenester for voksne (ni prosent). Det er også langt flere psykologårsverk i tjenester for barn og unge. Når vi grupperer kommunene etter fylke, størrelse og KOSTRA-gruppe, er det relativt små forskjeller mellom gruppene i tjenester for voksne, mens tallene varierer mer for tjenester til barn og unge.

#### Antall voksne og barn og unge med støttekontakt per innbygger er høyest i små kommuner

På landsbasis var antall voksne som har hatt støttekontakt per 1 000 voksne innbygger 2,4 i 2007 – variasjonsbredden på fylkesnivå variasjonsbredden utgjøres av kommunene i Sogn og Fjordane (4,1) og Oslo (0,9). Det tilsvarende tallet for barn og unge var 3,1 – med en variasjonsbredde spennende fra Telemark med 6,5 barn og unge per 1 000 barne- og ungdomsinnbygger til Rogaland med 1,4. Gruppert etter kommunestørrelse går det fram at tallene for antall personer med støttekontakt er fallende med økt innbyggertall i kommunene. Delkapittel 4.5 viser også antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi, antall barn og unge med pårørende som mottar omsorgslønn og avlastning, samt antall innkjøpte heldøgns plasser. Sistnevnte er klart høyest per innbygger i de mest folkerike kommunene.

#### Organisering av det psykiske helsearbeidet gjøres forskjellig i tjenester for voksne og tjenester for barn og unge

Rapporteringskjema gir respondenten mulighet til å velge mellom fire ulike modeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet. I tjenester for voksne har 44 prosent av kommunene valgt modell 4, der psykisk helsearbeid er organisert som en egen tjeneste. Rundt halvparten av kommunene med mellom 2 000 og 10 000 innbyggere har valgt denne modellen. Når det gjelder de største kommunene med over 50 000 innbyggere, svarer 55 prosent av disse at de har modell 1 – der tjenesten er organisert som egen enhet med egen leder og eget budsjett. De fleste av kommunene som har valgt modell 3 – der man har integrert det psykiske helsearbeidet i øvrige tjenester, men med en klar plassering av ansvaret hos Rådmannens stab eller helse- og sosialsjefen, er små kommuner med under 2 000 innbyggere. Modell 2 – der psykisk helsearbeid er helt integrert i andre kommunale tjenester velges gjennomsnittlig i størst grad kommuner med over 20 000 innbyggere.

I tjenester for barn og unge rapporteres organiseringen av det psykiske helsearbeidet å være annerledes enn for voksne. Her utgjør den største andelen av kommunene (43 prosent) modell 2, og det er fortsatt de største kommunene som i all hovedsak velger denne modellen. Modell 4 velges av nær 40 prosent av de minste kommunene, mens modell 3 også i størst grad velges av de minste. Av de som har valgt modell 1, ligger den største andelen blant kommuner med under 5 000 innbyggere.

## ANALYSER AV DATAMATERIALET

Kommunene kan betraktes som et system av rettigheter hvor innbyggerne har rett på visse ytelser og tjenester. Noen tjenester er gratis og allmenne, for eksempel grunnskolen. Andre tjenester som innbyggerne har rett på, koster det noe å bruke, for eksempel legetjenester. For tjenester det er knapphet på er det vanlig med ulike køordninger og prioriteringssystem. Noen tjenester er kommunen lovpålagt å produsere, mens større valgfrihet gis for andre tjenester. I kommunene foregår det derfor en konkurranse mellom brukere av ulike tjenester og vi er her spesielt opptatt av hvordan tjenester til mennesker med psykiske lidelser eller problemer prioriteres i forhold til andre tjenester. Konkurrerer for eksempel disse tjenestene med tjenester rettet mot visse aldersgrupper som barnehage,

grunnskole og tjenester for eldre? Er det slik at forskjellene i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid i stor grad er et speilbilde av at kommunene har ulike økonomiske forutsetninger?

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 ulikt 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 satsning 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.

For å kunne sammenlikne tjenesteproduksjon mellom kommuner, er det behov for å plassere kommuner i grupper med relativt like rammebetingelser. Fordi de lokale rammebetingelsene er forskjellige vil mulighetene for å produsere et bestemt tjenestetilbud variere fra kommune til kommune. Skal man kunne foreta sammenlikninger av tjenesteproduksjonen mellom kommuner, vil det derfor være 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.

I utgangspunktet kan vi tenke oss følgende faktorer som har betydning for den kommunale tjenesteproduksjonen: kostnader, behov/etterspørsel og 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

Kostnadene operasjonaliseres med følgende variabler: Antall innbyggere (inngår som binærvariabler), bosettingsmønster (gjennomsnittlig reisetid til kommunenes administrative senter), regioner.

**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).

Behov og etterspørsel operasjonaliseres med følgende variabler: andel mottakere av sosialhjelp, andel uføre (med psykiatrisk diagnose), 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 kommunene og totalt behov for kommunale boliger per innbygger.

**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

Inntekt er operasjonalisert med følgende variabler: Inntekts og formueskatt per innbygger, øremerket tilskudd gjennom Opptrappingsplanen per innbygger.

Kommunale inntekter må antas å være viktig for utbygging av tjenester for mennesker med psykiske problemer og lidelser. I den forbindelse er opptrappingsmidlene viktig, 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 gitt at denne er frivillig og problematisk i forhold til endogenitetsproblemer.

Det er naturlig å tro at de øremerkede midlene har hatt betydning for utbyggingen av tjenestene innenfor psykisk helsearbeid. Samtidig er det sannsynlig at etterspørselen etter slike tjenester til en viss grad kan beskrives ved generelle kjennetegn i befolkningen. Kommunene 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 kostnadsnøklene 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 våre vil baseres på ulike sett av forklaringsvariable og ulike definisjoner av kommunale inntekter for ta høyde for denne problematikken.

I denne rapportens analysedel (kapittel 5-8) ønsker vi å svare på følgende problemer:

- Hva forklarer variasjon i ressursinnsats i psykisk helsearbeid? (kapittel 6)
- Hva kjennetegner kommuner med ulik grad av egenfinansiering? (kapittel 7)
- Hva kjennetegner kommuner med ulike organisasjonsmodeller av psykisk helsearbeid? (kapittel 8)

## HVA FORKLARER VARIASJON I ÅRSVERKSINNSATS I PSYKISK HELSEARBEID?

En ren grafisk framstillingen av sammenhengen mellom årsverksinnsats, innbyggertall og kommunale inntekter, indikerer at små, relativt rike kommuner har høyest årsverksinnsats. Kommuner som har relativt lav årsverksinnsats er større enn gjennomsnittskommunen. De har også en mer konsentrert bosetting og en relativt lav andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose. Kommunene som bruker flest årsverk per innbygger er små, spredtbygde kommuner med over gjennomsnittlig etterspørsel etter tjenestene (målt ved andel uføre, andel arbeidsledige, andel sosialhjelpsmottakere og andel husholdninger med eneforsørger). De skiller seg ikke ut i forhold til skatteinntekter per innbygger, men har et høyere nivå på korrigerte inntekter.

I regresjonsanalysen, der vi er i stand til å ta hensyn til mange faktorer samtidig, finner vi at sammenhengen mellom årsverksinnsats og kommunestørrelse består, 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 for tjenester til voksne og til barn/unge.

For årsverksinnsats for voksne er det andel uføre med psykiatrisk diagnose og andel arbeidsledige som har signifikant effekt. Dette betyr at det systematisk er slik at kommuner med en høyere andel uføre med psykiske lidelser har større årsverksinnsats (per innbygger) i tjenester og tiltak til voksne enn kommuner med relativt færre uføre med psykiske lidelser. Årsverksinnsatsen for barn og unge øker systematisk med andel sosialhjelpsmottakere og andel arbeidsledige i kommunen.

Det faktum at andel uføre med psykiatrisk diagnose er signifikant når vi kontrollerer for det øremerkede tilskuddet er en indikasjon på at inntektssystemet ikke i tilstrekkelig grad fanger opp etterspørselsforhold knyttet til denne gruppen.

Konklusjon: Det er ikke først og fremst inntektene til kommunene som bestemmer årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid - det er i større grad etterspørselen fra befolkningen som påvirker variasjon i innsatsen.

## ANALYSER AV EGENFINANSIERINGSANDEL I PSYKISK HELSEARBEID

Omtrent halvparten av de rapporterte årsverkene finansieres av kommunenes egen frie midler (rammeinntekter og inntekts- og formueskatt).

Kommunene med størst egenfinansiering har en over gjennomsnittlig andel uføre med psykiske lidelser og høyere skatteinntekt per innbygger. Disse sammenhengene ser vi i enkle sammenstillinger av data og i regresjonsanalysen. De minste kommunene har lavest grad av egenfinansiering, men dette er ikke systematisk når vi kontrollerer for ulike rammebetingelser.

Regresjonsanalysene viste at det øremerkede tilskuddet gjennomgående har liten effekt på andel egenfinansierte av totalt antall årsverk. Kun i en modellspesifikasjon hadde tilskuddet signifikant negativ effekt. Det var på andel egenfinansiering for barn/unge i en redusert modellspesifikasjon. Inntekter fra inntekts- og formueskatt har positiv effekt på andel egenfinansiering totalt, særlig gjennom årsverksfinansiering for voksne brukere. I begge modellspesifikasjonene er effekten signifikant forskjellig fra null.

Etterspørselen etter tjenester i psykisk helsearbeid påvirkes av befolkningens sosiale profil. Kommuner med en større andel uføretrygdede med psykiske lidelser finansierer en større andel av årsverkene i tjenester rettet mot voksne enn kommuner med en lavere andel uføretrygdede. Kommuner med relativt flere arbeidsledige finansierer en relativt større andel av årsverkene til barn og unge.

Konklusjon: Det er ikke størrelsen på kommunen som bestemmer hvor stor andel av årsverkene kommunene finansierer selv, men sterke etterspørselsforhold som andel uføre med psykiske lidelser og ledighetsraten. Kommunene med høy egenfinansiering har systematisk høyere skatteinntekter.

## ANALYSER AV ORGANISERING AV TJENESTENE

Når kommunene skal rapportere på hvordan de har organisert tjenestene innen psykisk helsearbeid har de fått velge mellom fire ulike modeller i Rapporteringsskjema 2. Dette er:

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

De minste kommunene er overrepresenterte i gruppen av kommuner som velger modell 3 - integrering med klar plassering av ansvar, for tjenester knyttet til voksne. De store kommunene velger i størst grad modell 1 - egen enhet for tjenester til voksne.

For barn og unge velger de små kommunene modell 3- integrert med en klar plassering av ansvaret eller modell 4 – egen spesialisert tjeneste. De fleste store kommuner integrert tjenestene til barn og unge i øvrige tjenester (modell 2).

Vi observerer at valg av modell er sammenfallende med kjennetegn ved befolkningen i kommunene. Kommuner med høy andel sosialhjelpsmottakere har større sannsynlighet for å velge en modell der tjenestene er integrert i øvrige tjenester og de også systematisk lavere sannsynlighet for å velge modell 4 - egen spesialisert tjeneste. Høy andel arbeidsledige trekker i retning av å velge egen spesialisert tjeneste. Vi merker oss at andel uføre med psykiatrisk diagnose ikke dominerer som forklaringsfaktor i denne analysen. Denne variabelen var en viktig forklaringsfaktor i forhold til årsverksinnsats og egenfinansiering.

Årsverksinnsats er også korrelert med modellvalg, særlig for tjenester rettet mot voksne. Kommuner som har valg integrering med øvrige tjenester har gjennomgående høyere årsverksinnsats og høyere grad av egenfinansiering enn de andre kommunene.

Konklusjon: En relativt stor andel av kommunene har valgt å beholde tjenestene til personer med psykiske lidelser og vansker fullt integrert i de øvrige tjenestene. Disse kommunene har systematisk høyere årsverksinnsats og høyere grad av egenfinansiering enn de andre kommunene.

## KONKLUSJONER

Årsverksinnsatsen i det kommunale psykiske helsearbeidet rapporteres å være over 12 000 årsverk der ett av fire årsverk går til barn og unge. Kommunene finansierer omtrent like mange årsverk med egne midler som finansieres av de statlige øremerkede midlene.

Det er viktig å merke seg at det er stor variasjon i graden av egenfinansiering av årsverkene mellom kommunene. Tallene gjelder for utgangen av 2007. Det vil si omtrent ett år før Opptrappingsplanen for psykisk helse avsluttes. Det er viktig å følge de kommunene som har lav grad av egenfinansiering av årsverkene – og særlig om de også har det ved utgangen av 2008. Disse kommunene vil sannsynligvis ha større utfordringer knyttet til finansiering av tjenestene når de øremerkede midlene går inn i rammetilskuddet til kommunene fra 2009.

Vi har i denne rapporten både gitt en grundig dokumentasjon av data og analysert innsats og organisering i psykisk helsearbeid i forhold til kommunale rammebetingelser. Dette inkluderer kostnader, inntekter og etterspørsel og behov etter tjenestene.

Data er godt kvalitetskontrollert og vi finner relativt robuste resultater som viser at:

- Det er ikke inntektene til kommunene som bestemmer årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid - det er i større grad etterspørselen fra befolkningen som påvirker variasjon i innsatsen mellom kommunene (per innbygger).
- Det er ikke størrelsen på kommunen som bestemmer hvor stor andel av årsverkene kommunene finansierer selv, men sterke etterspørselsforhold som andel uføre med psykiske lidelser og ledighetsraten. Kommunene med høy egenfinansiering har systematisk høyere skatteinntekter.
- En relativt stor andel av kommunene har valgt å beholde tjenestene til personer med psykiske lidelser og vansker fullt integrert i de øvrige tjenestene (17 prosent). Disse kommunene har systematisk høyere årsverksinnsats og høyere grad av egenfinansiering enn de andre kommunene.

Resultatene presentert i denne rapporten er interessante i seg selv, men de avdekker også forhold som vi ikke nødvendigvis kan forklare som årsak og virkning. Denne undersøkelsen fungerer som baseline i forhold til framtidige datainnsamlinger. Framtidig rapportering og analyser vil bidra til at vi får enda bedre data og i tur større forståelse for muligheter, utfordringer og virkemidler innenfor psykisk helsearbeid.

# 1 INNLEDNING

Psykisk helsearbeid, eller tjenester og tiltak til personer med psykiske lidelser og problemer i kommunene, har i løpet av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) blitt en betydelig del av det kommunale tjenestetilbudet. Totalt rapporteres det at det finansieres 6 125 årsverk med de øremerkede midlene per 2007, noe som tilsvarer en vekst på 4 200 årsverk siden 1998. I tillegg finansierer kommunene årsverk i psykisk helsearbeid også ved hjelp av egne frie midler (rammetilskudd og inntekter fra inntektsskatt og formueskatt).

Denne rapporten handler om den totale innsatsen i det kommunale psykiske helsearbeidet, altså uavhengig av om årsverkene er finansiert av egne midler, ved hjelp av øremerkede midler kommunene mottar gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse eller andre statlige øremerkede midler.

I 2008 ble det innført en ny rapportering fra kommunene til Helsedirektoratet. For at myndighetene skal kunne følge utviklingen i det kommunale psykiske helsearbeidet i overgangen fra og i tiden etter Opptappingsplanen for psykisk helse, er det vurdert som nødvendig å innhente informasjon om den totale innsatsen i psykisk helsearbeid og ikke bare det som finansieres av øremerkede midler som har vært innhentet årlig siden 1999. Det første rapporteringsåret er 2007 som altså ble rapportert våren 2008. Det er denne rapporteringen sammen med rapporteringen på bruk av øremerkede midler som danner grunnlaget for denne rapporten.

## Rapportens innhold

Kapittel 2 inneholder en kort beskrivelse av datagrunnlaget før de nasjonale tallene presenteres i kapittel 3. I kapittel 4 splitter vi de nasjonale tallene opp i ulike grupperinger av kommunene (fylke, størrelse og Kostra-gruppe). Kapittel 4 inneholder mange tabeller og figurer som beskriver data. Kapittel 5-8 inneholder analysene. Følgende problemstillinger er analysert: Hva forklarer variasjon i årsverksinnsatsen mellom kommunene (kapittel 7); Hva forklarer ulik grad av egenfinansiering av årsverk i psykisk helsearbeid (kapittel 7); Hva kan forklare valg av organisasjonsmodell i kommunene (kapittel 8). Alle disse analysene bygger på en felles metodisk tilnærming til kommunal variasjon, dette er forklart i kapittel 6.

Vedlegg 1 beskriver hvordan datakontrollen er gjennomført og gir en vurdering av datakvaliteten.

Vedlegg 2 viser grunnlagsdata. For hver kommune viser vi antall årsverk i psykisk helsearbeid totalt og hvordan de fordeles på barn og unge i tillegg til andel med høyskoleutdanning og andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Valgt organisasjonsmodell er også tatt med i grunnlagsdata.

## Om Oslo

Oslo har 15 bydeler som hver har mellom 25 000 og 47 000 innbyggere. Oslo er den eneste kommunen som har rapportert på bydelsnivå. Bydelene står til sammen for rundt 12 prosent av alle rapporterte årsverk i landet. I tillegg har flere runder med datakontroll avdekket svært god rapportering fra Oslo kommune. Det er vært lagt inn stor innsats rundt om i bydelene for å gjøre gode anslag på årsverksinnsatsen. Oslo inngår i fremstillingen på linje med andre kommuner men det er for eksempel



umulig å gi Oslo en enkelt organisasjonsmodell da bydelene organiserer tjenestene ulikt. I Vedlegg 2 viser vi derfor både tall for Oslo samlet og for de enkelte bydelene.

## 2 DATAGRUNNLAG

Rundskriv IS-24/2008 inneholder to ulike skjema som kommunene skulle rapportere på for 2007:

- Rapporteringsskjema 1: Dette skjemaet er knyttet til kommunenes bruk av øremerkede midler over Opptappingsplanen for psykisk helse.
- Rapporteringsskjema 2: Dette er et nytt skjema som omfatter kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid, dvs. både tiltak finansiert med øremerkede tilskudd og tiltak finansiert med kommunale midler.

Kommunene har årlig rapportert på Rapporteringsskjema 1 siden 1999 og data fra denne rapporteringen er grundig dokumentert i tidligere rapporter<sup>1</sup>. 2007 er første året kommunene rapporter for på Rapporteringsskjema 2.

Frist for innsending av rapportering for 2007 ble satt til 15. februar 2008. Alle utfylte skjema skulle undertegnes/være klarert av rådmann/administrasjonssjef. Spørsmål knyttet til rapporteringsskjemaene bes i rundskrivet om å rettes til rådgiverne i psykisk helsearbeid hos fylkesmannen. Det ble stilt som vilkår for utbetaling av øremerkede tilskudd for 2008 at rapporteringen på både Rapporteringsskjema 1 og Rapporteringsskjema 2 skulle være mottatt og funnet tilfredsstillende av fylkesmannen.

Rapporteringen foregår elektronisk ved at den enkelte kommune laster ned et Excel skjema fra nettsidene til Helsedirektoratet, fyller ut og sender det til fylkesmannen. Rådgiverne for psykisk helsearbeid hos fylkesmannen samler rapporteringen fra de enkelte kommunene og kontrollerer tallene så langt som mulig før de videresendes til Helsedirektoratet. Dette er samme prosedyre som for Rapporteringsskjema 1. Alle rådgiverne har egne kontaktpersoner i kommunene som forestår utfyllingen av begge skjema.

Fordi dette var første rapporteringsår tok det noe lengre tid for kommunene å rapportere enn fristen som ble satt. De siste kommunene leverte ikke data før i august. SINTEF gjennomførte en grundig datakontroll (se Vedlegg 1: Datakontroll og datakvalitet) og endelig kvalitetskontrollert og korrigert datafil var klar 1. oktober 2008.

Rapporteringen er planlagt integrert i KOSTRA fra 2010.

På grunn av arbeidsmengden ved SINTEF Helse høsten 2008 i forbindelse med avslutningen på Evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse, ble denne rapporten avtalt ferdigstilt første kvartal 2009. Kvalitetssikrede og korrigerede tall ble oversendt til Helsedirektoratet 1. oktober 2008

---

<sup>1</sup> Kaspersen, S.L., Ose, S.O. og Hatling, T. (2008): Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2007. SINTEF-rapport A8811.

sammen med en skriftlig vurdering av datakvalitet (Ose, 2008a<sup>2</sup>). Denne informasjonen ble brukt til å korrigere rapporteringsskjemaet som ble sendt ut høsten 2008 og som kommunene skal rapportere på innen 15. februar i 2009. En presentasjon av tallene på nasjonalt nivå ble oversendt direktoratet etter avtale 1. desember i form av et nytt notat (Ose, 2008b<sup>3</sup>). Dette notatet tilsvarer kapittel 3 i denne rapporten.

Tabell 2.1 viser innholdet i rapporteringen for 2007.

Tabell 2.1 Innhold i rapporteringen i 2007.

Brukermedvirkning	1. Brukermedvirkning i organisert form - oppgis i 1000 kr
Årsverk i tjenester til voksne	2. Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser
	3. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse
	4. Aktivitetssenter og/eller dagsenter
	5. Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud
	6. Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak
	7. Helsestasjons- og skolehelsetjeneste
Årsverk i tjenester til barn og unge	8. Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid
	9. Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak
	10. Helse- og sosialfag fra videregående skole, med videreutdanning i psykisk helsearbeid
Årsverk fordelt på utdanningsgrupper (separat for tjenester til voksne og tjenester til barn og unge).	11 Helse- og sosialfag fra videregående skole, uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	12. Helse-/sosialfag fra høyskole med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	13. Helse-/sosialfag fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	14. Psykologer
	15. Andre med høgskole-/universitetsutdanning med videreutdanning i psykisk helsearbeid
	16. Andre med høgskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid
	17. Andre
	18. Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi
Resultat	19. Antall voksne som har hatt støttekontakt
	20. Antall barn og unge som har hatt støttekontakt
	21. Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn
	22. Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning
	23. Antall innkjøpte heldøgns plasser
Samarbeid	24. Er det etablert faste samarbeidsrutiner som bidrar til at brukernes fastlege involveres der det er behov?
Organisering	25. Organisering voksne
	26. Psykisk helsearbeid i kommunen er organisert på samme måte for voksne og barn/unge. Er svaret ja, er det unødvendig å fylle ut spørsmål organisering barn og unge.
	27. Organisering barn og unge

<sup>2</sup> Ose S.O. (2008a): Kvalitetskontroll av Rapporteringsskjema 2. Kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid 2007. Notat 1\_2008.

<sup>3</sup> Ose S.O. (2008b): Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2007. Resultater fra Rapporteringsskjema 2. Notat 2\_2008.

## 3 NASJONALE TALL 2007

I dette kapitlet ser vi på nasjonale tall. Dette vil være sammenlikningsåret for de neste års rapporteringer. Det har derfor vært viktig å gjennomføre en grundig datakontroll av rapporterte tall, men dette er samtidig vanskelig da det ikke foreligger tall fra tidligere rapporteringer å sammenlikne med.

For kommunene har den nye rapporteringen vært utfordrende. Kommunen organiserer sine tjenester på en måte som gjør at det ikke er mulig å trekke ut årsverk som går til tjenester og tiltak til ulike brukergrupper fra systemene. Det er tjenestested og ikke brukerne som mottar tjenestene som er rapporteringsenheten i annen kommunal rapportering. Dette betyr at kommunene har måttet gjøre anslag fordi eksakte tall ikke foreligger. Dette vil påvirke datakvaliteten. Noen kommuner har gjennomført grundige kartlegginger av tjenestemottakere og gjort godt kvalifiserte anslag, mens andre kommuner har rapportert årsverk basert på grovere anslag uten å foreta grundige kartlegger. Vedlegg 1 gir flere detaljer om datakvaliteten.

Vi mener det er rapportert for mange årsverk for 2007. Dette skyldes i hovedsak at det er vanskelig for kommunene å avgrense tjenestene til personer med psykiske lidelser og problemer mot andre tjenester. Det er sannsynligvis lettere å runde anslagene oppover enn nedover fordi det er et forståelig ønske om å synliggjøre innsatsen. For neste års rapportering er dette forsøkt begrenset ved å ta med konkretiseringen at det kun skal telles med årsverk som går til brukere som får tjenesten eller tiltaket primært fordi de har en psykisk lidelse eller et problem. Dette er en viktig konkretisering og vil sannsynligvis føre til at det rapporteres relativt færre årsverk for 2008.

I kapittel 7 ser vi nærmere på forholdet mellom årsverk finansiert av øremerkede midler og årsverk finansiert med egne midler.

### 3.1 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

I tabell 3.1 ser vi at kommunene totalt har rapportert 12 029 årsverk. 25 prosent av disse årsverkene går til tjenester og tiltak til barn og unge. I St.prp. nr. 1 (2000-2001) uttrykte statlige myndigheter et ønske om at minst 20 prosent av de øremerkede midlene kommunene mottok skulle gå til tjenester for barn og unge.

Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007.

	Antall	Andel
Voksne	9 069	75
Barn og unge	2 961	25
Totalt	12 029	100

Årsverkene skal være basert på en representativ uke<sup>4</sup> mot slutten av året og hvor den ukentlige arbeidstiden er omregnet til heltid. Ansatte i fødselspermisjon skal ikke telles med. Langtidssykemeldte over 4 måneder skal heller ikke telles, mens eventuelle vikarer for disse skal telles. Ansatte med kortere fravær enn 4 måneder skal regnes med, eventuelle vikarer for disse skal ikke registreres. Overtid skal ikke telles med.

For å få en indikasjon på hvor mye 12 000 årsverk er i kommunesektoren kan vi sammenlikne med noen andre tjenester. Fra tabell 3.2 ser vi at det totalt i KOSTRA ble rapportert om 294 698 avtalte årsverk eksklusive lange fravær i kommunene. Dette betyr at omtrent 4,1 prosent av årsverkene i kommunene i følge rapporteringen går til tjenester og tiltak til personer med psykiske lidelser og problemer.

Tabell 3.2 Antall årsverk i kommunene totalt fordelt etter tjenesteområder (KOSTRA), 2007.

Sektor	Antall	Andel
Kommuneadministrasjonen	42 478	14
Barnehager	31 225	11
Grunnskolen	81 335	28
Helse- og sosialtjenester	122 712	42
Tekniske tjenester	6 419	2
Kultur	6 356	2
Annet	4 172	1
<b>Totalt</b>	<b>294 698</b>	<b>100</b>

Dette betyr også at psykisk helsearbeid står for nærmere 10 prosent av årsverkene under Helse- og sosialtjenester og er, målt etter årsverk, nesten like stor som tekniske tjenester og kultur til sammen. Noen av årsverkene kan være rapportert under kultur. I neste kapittel (3.2) ser vi på hvordan de 12 000 årsverkene fordeles på ulike tiltak og tjenester.

### 3.2 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE TILTAK OG TJENESTER

Tabell 3.3 viser hvordan årsverkene rettet mot voksne tjenestemottakere fordeles på ulike tiltak og tjenester. 40 prosent av årsverkene, eller over 3 660 årsverk er knyttet til boliger. Noen flere årsverk, 42 prosent av alle årsverk til voksne, går til oppfølging. Nær 860 årsverk, eller 9 prosent av årsverkene i tjenester og tiltak til voksne, benyttes i aktivitetssentra eller dagsentra mens 6 prosent av årsverkene går med i kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak. 2 prosent av årsverkene er rapportert under kategorien "Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud".

<sup>4</sup> Størrelsen er av formidlingshensyn omtalt som årsverk, selv om den bare gjelder en uke og referanseuken ikke kan sies å være representativ for hele kalenderåret (som i KOSTRA).

Tabell 3.3 Årsverk rapportert på ulike tiltak i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, antall og andel i 2007.

	Antall	Andel
Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser	3 662	40
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse	3 824	42
Aktivitetssenter og/eller dagsenter	858	9
Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud	217	2
Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak	509	6
Sum årsverk voksne	9 069	100

Årsverkene til barn og unge er fordelt som vist i tabell 3.4. I overkant av halvparten av årsverkene er rapportert under kategorien " Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid", mens 35 prosent av de 2 961 årsverkene går med til helsestasjons- og skolehelsetjenester. 11 prosent av årsverkene til barn og unge går til aktiviteter, kultur og fritidstiltak for målgruppen.

Tabell 3.4 Årsverk rapportert på ulike tiltak i psykisk helsearbeid innen tjenester for barn og unge, antall og andel i 2007.

	Antall	Andel
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	1 025	35
Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid	1 604	54
Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	332	11
Sum årsverk barn og unge	2 961	100

### 3.3 ÅRSVERK FORDELTE PÅ ULIKE UTDANNINGSGRUPPER

Det er fordelt noen færre årsverk på ulike utdanningsgrupper enn det som er fordelt på ulike tiltak og tjenester. Dette skyldes mange marginale avvik på sum årsverk rapportert på tiltak og sum årsverk rapportert på ulike utdanninger, se vedlegg 1.

I tabell 3.5 er årsverkene fordelt på ulike utdanningskategorier. Det er lettere å se totalbildet når vi prosentuerer, se tabell 3.6.

Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert for ulike utdanningskategorier i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, for barn og unge og totalt.

	Voksne	Barn og unge	Totalt
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/ v.utd i psykisk helsearbeid	1 074	55	1 130
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/ v.utd i psykisk helsearbeid	1 973	243	2 216
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	1 796	344	2 140
Helse-/sosialfag fra høyskole u/ v.utd i psykisk helsearbeid	2 287	1 099	3 386
Psykologer	23	156	179
Andre med høyskole-/universitetsutd. v.utd i psykisk helsearbeid	207	150	358
Andre med høyskole-/universitetsutd. uten v.utd i psykisk helsearbeid	603	603	1 206
Andre	1 083	287	1 370
Totalt	9 048	2 937	11 986

Hvert fjerde årsverk i tjenester til voksne utføres av personell med helse og sosialfaglig utdanning fra høyskole uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. I tjenester for barn og unge utføres mer enn hvert tredje årsverk av personer med denne utdanningen. Dette er dermed den største utdanningskategorien innen psykisk helsearbeid. Over 10 prosent av årsverkene utføres av "Andre". Dette er i hovedsak assistenter. De 179 årsverkene som er rapportert utført av psykologer arbeider stort sett innen tjenester til barn og unge. Av de rundt 1 200 årsverkene utført av andre med høyskole-/universitetsutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid arbeider halvparten innen tjenester til barn og unge. Dette utgjør en stor andel av årsverkene innen tjenester til barn og unge, og omtrent hvert femte årsverk utføres av personer med denne typen utdanning. Dette tyder på et større mangfold av ulike utdanningsgrupper innen tjenester til barn og unge enn i tjenester til voksne som i stor grad har helse og sosialfaglig utdanning.

Tabell 3.6 Prosentvis fordeling av årsverk på ulike utdanningskategorier i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, for barn og unge og totalt.

	Voksne	Barn og unge	Totalt
Helse- og sosialfag fra vg skole, m/ v.utd i psykisk helsearbeid	12	2	9
Helse- og sosialfag fra vg skole, u/ v.utd i psykisk helsearbeid	22	8	18
Helse-/sosialfag fra høyskole m/v.utd i psykisk helsearbeid	20	12	18
Helse-/sosialfag fra høyskole u/ v.utd i psykisk helsearbeid	25	37	28
Psykologer	0	5	1
Andre med høyskole-/universitetsutd. v.utd i psykisk helsearb.	2	5	3
Andre med høyskole-/universitetsutd. uten v.utd i psykisk helsearbeid	7	21	10
Andre	12	10	11
Totalt	100	100	100

Vi kan også gruppere disse tallene på en annen måte ved å samle videregående skole, høyskole og andre.

Tabell 3.7 Prosentvis fordeling av årsverk på ulike utdanningsgrupper i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, for barn og unge og totalt.

	Voksne	Barn og unge	Totalt
Helse- og sosialfag fra videregående	34	10	28
Helse-/sosialfag og andre fra høyskole	54	80	61
Andre	12	10	11
Totalt	100	100	100
Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid	34	19	30

Totalt er 54 prosent av årsverkene innen tjenester til voksne høyskoleutdannede årsverk. Det tilsvarende tallet i tjenester og tiltak til barn og unge er 80 prosent, da altså med en relativ stor andel med annen høyskoleutdanning enn helse- og sosialfaglig. 34 prosent av årsverkene i tjenester til voksne har videreutdanning i psykisk helsearbeid, mens 19 prosent av årsverkene rettet mot barn og unge har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Totalt har 30 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid videreutdanning i psykisk helsearbeid.



### 3.4 ANTALL BRUKERE I UTVALGTE TILTAK

I skjemaet er det forsøkt å tallfeste antall brukere innenfor visse typer tjenester. Årsaken til at det ikke gjøres for alle tjenestene er at dette ville stille urimelige krav til rapportering da rapportering på brukergrupper ikke er i tråd med kommunenes organisering i sine system. Unntaket er IPLOS, men det har til nå ikke lyktes å få til en god rapportering for denne brukergruppen av ulike årsaker. Det rapporteres derfor på enkelte tiltak som gir noe informasjon om tjenestebildet samtidig som det forventes at kommunene skal kunne finne frem til disse tallene.

Vi ser derfor på anslag på antall mottakere av noen tiltak og tjenester fordi de har psykiske lidelser eller problemer. Personer skal telles i en representativ uke mot slutten av året.

Datakvaliteten på disse variablene har vært svært vanskelig å vurdere, se Vedlegg 1. Særlig har det vært vanskelig for kommunene å fremskaffe informasjon om antall brukere i arbeidstiltak i kommunal regi. Dette spørsmålet er derfor ikke med i 2008-rapporteringen.

Fra tabell 3.8 ser vi at det er rapportert om 3 815 personer med psykiske/lidelser problemer totalt fra kommunene som mottar arbeidstiltak i kommunal regi. Fra tabell 3.3 så vi at 6 prosent av årsverkene går til arbeidstiltak. Flere store kommuner har imidlertid rapportert at de ikke kan fremskaffe disse tallene og vi mener derfor at fremkommet tall ikke er pålitelig. Vi har anbefalt Helsedirektoratet å undersøke hvilke andre kilder til informasjon som finnes på kommunale arbeidstiltak.

Tabell 3.8 Antall personer som har hatt mottatt ulike tiltak

	Antall mottakere
Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi	3 815
Antall voksne som har hatt støttekontakt	8 762
Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	3 425
Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn.	991
Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning	2 451
Antall innkjøpte heldøgns plasser	671

Det er rapportert om 8 762 voksne og 3 425 barn og unge med psykiske lidelser/problemer som har hatt støttekontakt i 2007. Dette betyr at nesten 30 prosent av alle som får støttekontakt pga psykiske lidelser/problemer er barn og unge.

Det er rapportert om at 991 personer mottar omsorgslønn fordi barn og unge har psykiske lidelser og at 2 450 pårørende mottar avlastning.

Det er også spurt om antall heldøgns plasser til personer med psykiske vansker /lidelser som er kjøpt av vertskommune eller av private. Dette gjelder boliger med fast tilknyttet personell. Plassene skal også telles i en representativ uke mot slutten av året. Totalt er det rapportert om 671 heldøgns plasser der 271 er kjøpt fra Oslo.

### 3.5 ORGANISERING AV TJENESTENE

Kommunene organiserer tjenestene til psykisk helsearbeid slik de ønsker. Gitt de store variasjonene i størrelse, behov, organisering av andre tjenester m.m. er det naturlig at det finnes mange mulige

løsninger på organisering. Det er behov for å få et mer overordnet bilde av hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser organiseres, og særlig for å følge utviklingen over tid.

Kategoriene som er brukt for å beskrive hvordan kommunene har organisert tjenestene i Rapporteringsskjema 2 er tidligere brukt i et felles spørreskjema for NIBR og SINTEF som har vært en del av evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse, og vi sammenlikner her med funnene fra dette prosjektet på slutten av dette delkapitlet.

- Modell 1: Arbeidet med psykisk helsearbeid er plassert i en egen enhet, på lik linje med enheter eksempelvis for pleie- og omsorg, for sosiale tjenester, og for kommunale tjenester. Enheten har egen leder, eget budsjett og egen personalgruppe, som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid.  
Kort: Modell 1=Egen enhet med egen leder og eget budsjett
- Modell 2: 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.  
Kort: Modell 2= Integrrert i øvrige tjenester
- Modell 3: Det er plassert et klart ansvar for arbeidet med psykisk helsearbeid for voksne/barn og unge i stab hos rådmannen eller hos helse- og sosialsjefen. Utover dette er det ikke etablert noen egen enhet for psykisk helsearbeid.  
Kort: Modell 3=Integrrert med klar plassering av ansvaret
- Modell 4: Kommunen har etablert en egen tjeneste, med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid. Gi ytterligere opplysninger om plassering i feltet under; er det spesialiserte personellet organisatorisk plassert i enhet eksempelvis for pleie og omsorg, for sosiale tjenester, for kommunale tjenester eller for annen type enhet, eller i PP-tjenesten.  
Kort: Modell 4= Egen spesialisert tjeneste

Spørsmålet er besvart separat for tjenester til voksne og tjenester til barn og unge. I tabell 3.9 ser vi hvordan kommunene har organisert tjenestene sine i 2007.

Tabell 3.9 Organisering av tjenestene i psykisk helsearbeid i kommunene. Andel kommuner med ulike modeller og totalt antall kommuner som har klart å velge en av modellene, 2007.

	Voksne		Barn og unge	
	Antall	Andel	Antall	Andel
Modell 1: Egen enhet med egen og budsjett	128	31	69	17
Modell 2: Integrrert i øvrige tjenester	69	17	178	43
Modell 3: Integrrert med klar plassering av ansvaret	35	8	41	10
Modell 4: Egen spesialisert tjeneste	186	44	128	31
Totalt	418	100	416	100
Ikke svart/ingen passer	13		15	

Det er 3 prosent av kommunene som ikke har besvart dette spørsmålet for voksne og 3,5 prosent som ikke har fylt ut hvordan tjenestene til barn og unge er organisert. Før rundene med kvalitetskontroll var det relativt mange kommuner som ikke hadde svart, men de fleste svarte etter

en oppfordring. Blant de kommunene som ikke har svart er det mange som har meldt tilbake at ingen av modellene passer. Mange av kommunene som ikke har svart ved å krysse for en modell, oppgir derfor at de har en kombinasjon av modellene og klarer ikke å velge en som passer bedre enn de andre. Oslo er blant kommunene vi har registrert som "ingen passer" fordi de 15 ulike bydelene ikke organiserer tjenestene på samme måte. I Vedlegg 2 viser vi grunnlagsdata også på bydelsnivå for Oslo.

Blant de som har klart å plassere seg innenfor de oppgitte modellene, ser vi at nesten 1 av 3 kommuner har valgt å organisere tjenestene som en egen enhet som yter tjenester kun relatert til psykisk helsearbeid (Modell 1). Tjenesten er på linje med f. eks. pleie- og omsorgstjenester. For barn og unge oppgir 17 prosent av kommunene å ha en egen enhet på linje med andre tjenester.

43 prosent av kommunene oppgir at tjenestene til barn og unge ivaretas av ansatte innenfor de vanlige kommunale tjenestene og at det dermed ikke er etablert en egen enhet. 17 prosent av kommunene oppgir at de har organisert tjenestene til voksne på denne måten.

Fra NIBR sin del av spørreskjemaet i fellesprosjektet med SINTEF er det forsøkt å få et bilde av organiseringen gjennom bruk av disse variablene. Utvalget som har svart på dette skjemaet i 2008 (gjelder utgangen av 2007) består av 219 kommuner. 206 kommuner har svart på hvordan de er organisert. Av disse har 36 prosent svart at de har en egen enhet for psykisk helsearbeid mens 63 prosent har svart at de har en egen tjeneste. En prosent svarer at de har integrert psykisk helsearbeid med de øvrige tjenestene. Dette betyr at nær alle kommunene i utvalget enten har en egen enhet eller en egen tjeneste for psykisk helsearbeid. Når alle kommunene svarer på dette spørsmålet ser vi at det er klare utvalgsskjevheter i utvalget på 206 kommuner. Hele 17 prosent av landets kommuner svarer at de har psykisk helsearbeid integrert i de øvrige tjenestene mens 8 prosent har integrert tjenester med klar plassering av ansvaret. Forklaringen er mest sannsynlig at kommuner som har integrerte tjenester (Modell 2 og 3) i en eller annen form har funnet det vanskelig å svare på Nibr/SINTEF undersøkelsen nettopp fordi tjenestene er integrert i andre tjenester. Integrering gjør at det kan være vanskeligere å telle årsverk, brukere og beregne dekningsgrader som spørreundersøkelsen også omfatter. Det er også viktig å undersøke hvorfor en del kommuner svarer ulikt i denne undersøkelsen og i Nibr/SINTEF undersøkelsen. Vi kommer tilbake til rapporteringsskjevheter ut fra valgt organisasjonsmodell i kapittel 8 der vi ser nærmere på hva som kjennetegner kommuner med ulike måter å organisere tjenestene på.

### 3.6 ANDRE INDIKATORER

Årsverksinnsatsen i kommunene er en viktig indikator for tjenestetilbudet for personer med psykiske lidelser og problemer. Ressursinnsatsen i kommunene kan være direkte bestemt av etterspørselen etter tjenestene og dermed indirekte en indikator for befolkningens psykisk helsetilstand. For å få mer direkte informasjon om befolkningens helse og tjenestenes kvalitet og for å følge utviklingen over tid har Helsedirektoratet utarbeidet indikatorer for psykisk helse.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Indikatorene og bakgrunnen er beskrevet på: [http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/indikatorer\\_psykisk/](http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/indikatorer_psykisk/)

Den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015) er lagt til grunn for valg av indikatorer. Hovedmålene i kvalitetsstrategien er supplert med målområder som omhandler helsestatus, risiko- og påvirkningsfaktorer samt kapasitet og organisering av tjenestene. Indikatorene er vurdert å være egnet til å følge med på en helhetlig utvikling innen psykisk helsefeltet.

En indikator er her definert på følgende måte: En indikator er et mål som er beregnet av data og/eller statistikk og som indikerer eller sier noe om status eller utvikling innen et gitt område.

I informasjonen om indikatorene oppgis det at indikatorsystemet er ikke statisk og at det arbeides for å utvikle ytterligere indikatorer som kan belyse innhold og kvalitet i tjenesten. Samtidig vil Helsedirektoratet fortløpende vurdere hensiktsmessigheten av de indikatorene som er valgt. Indikatorene er gruppert i ni ulike temaområder. Dette er helsestatus, risiko- og påvirkningsfaktorer, forebygging, virkningsfulle tjenester, brukerinvolvering, samordning og kontinuitet, ressursutnyttelse, tilgjengelighet, kapasitet og organisering. For hver av disse indikatorene er det utarbeidet artikler som viser sentrale datakilder og utvikling over tid i tillegg til referanser for videre lesning.

Når flere år med data om årsverksinnsatsen i kommunene blir tilgjengelig vil det være særlig relevant å sammenlikne utviklingen på dette området med utviklingen i de andre indikatorene. Vi ser kort på et uvalg av indikatorene som er beskrevet på Helsedirektoratets nettside. Indikatorene er godt presentert på nettsidene til Helsedirektoratet og kilder og referanser finnes under hver av artiklene. Sammendragene som følger for utvalgte indikatorer er skrevet ut fra artiklene som ligger på denne nettsiden og tallet i parentes i overskriftene henviser nummereringen brukt i Helsedirektoratet.<sup>6</sup>

### 3.6.1 PSYKISKE VANSKER OG LIDELSER SOM KONTAKTÅRSÅK HOS FASTLEGEN (1.2)

---

Fastlegen er en viktig del av arbeidet som gjøres i kommunene i forhold til målgruppen og mange er kun i kontakt med fastlegen uten å være i kontakt med andre tjenester. Dette gjelder særlig de med lettere og moderate psykiske vansker og lidelser. Det finnes generelt lite informasjon om fastlegen og arbeidet som gjøres i forhold til psykisk syke. Eneste datakilde er Konsultasjonsstatistikken fra NAV. Hovedmålsettingen med datagrunnlaget er innmelding av refusjonskravene fra fastlegene til NAV. Denne statistikken viser at psykiske vansker og lidelser er den fjerde vanligste kontaktårsaken hos fastleger i Norge, etter muskel og skjelett, hjerte-kar og luftveisproblemer. Tall fra NAVs Konsultasjonsstatistikk for 2007 viser at andelen av befolkningen som kontakter fastlege grunnet psykiske vansker og lidelser utgjør 9,1 prosent av samlet kontakt med fastlege, der depressive lidelser og angstlidelser utgjør de største gruppene.

### 3.6.2 PSYKISKE PLAGER (1.3)

---

Under denne indikatoren beskriver Helsedirektoratet resultater fra en rapport utarbeidet av Folkehelseinstituttet som analyserer data fra Helse- og levekårsundersøkelser fra 1998, 2002 og 2005. De finner at mens 10,5 prosent av den voksne befolkningen (25-67 år) rapporterte om betydelige psykiske plager i 1998, var tallet sunket til 8,7 prosent i 2005. I 2002 var dette tallet 9,7

---

<sup>6</sup> [http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/indikatorer\\_psykisk/se\\_alle\\_indikatorene/](http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/indikatorer_psykisk/se_alle_indikatorene/)

prosent. De finner at mer mosjon og økonomiske oppgangstider er blant de viktigste forklaringsfaktorene. Særlig observeres en stor reduksjon i psykiske plager blant kvinner fra 1998 til 2006. Det påpekes at det er knyttet usikkerhet til representativiteten i undersøkelsen, og hvorvidt resultatene kan generaliseres til befolkningen, grunnet selektivt frafall blant personer som skårer høyt for psykiske plager.

### 3.6.3 MOBBING I SKOLEN (2.6)

---

En annen relevant indikator som er vurdert å være relevant for psykisk helse er mobbing i skolen. Helsedirektoratet henviser til forskning som viser at det er en klar sammenheng mellom mobbing og psykiske og somatiske plager. Mobbing har tre viktige kjennetegn: den foregår over en lenger tidsperiode, handlingene må finne sted gjentatte ganger, og det må være en opplevd ubalanse i styrkeforholdet mellom mobber og offer. Datagrunnlaget er de årlige elevundersøkelsene blant elever i 7. og 10. klasse på norske barne- og ungdomsskoler og blant elever i 1. klasse på videregående skole. Elevundersøkelsen i 2008 viser en marginal økning i andelen elever som svarer at de mobbes på skolen. I 7. trinn sier 8,8 prosent av elevene at de utsettes for mobbing, mens i 10. trinn sier 9 prosent at de er utsatt for mobbing. Når det gjelder første trinn i videregående skole, svarer 6,5 prosent av elevene at de har vært utsatt for mobbing. Det henvises videre til forskning som viser at omtrent 10 prosent av barn og unge i norske skoler blir utsatt for mobbing to til tre ganger i måneden eller oftere.

### 3.6.4 SOSIAL STØTTE (2.8)

---

Sosial støtte er valgt som en indikator fordi sosial støtte er en viktig beskyttelsesfaktor ved negative livshendelser og er også funnet å være viktig i seg selv og fordi sosial støtte har en gunstig effekt på menneskers psykiske helse. Sosialt nettverk forstås som det uformelle nettverket av venner, familie, arbeidskamerater, naboer og andre personer mennesker har rundt seg. Sosial støtte måles i forhold til tre spesifikke spørsmål som omhandler antall personer man føler står så nær at de vil hjelpe i en vanskelig situasjon, hvor stor interesse man selv viser for andre og hvor enkelt det er å få praktisk hjelp fra naboer. Tall fra Helse- og levekårsundersøkelsen 2005 viste at 44,9 prosent av den norske befolkningen opplevde å ha mye sosial støtte, mens 46,6 prosent hadde middels støtte og 8,5 prosent hadde lite støtte.

### 3.6.5 LAVINNTEKT I BEFOLKNINGEN (2.9)

---

Sosial ulikhet har gjennom mye forskning vist seg å ha sammenheng med psykisk helse. Lavinntekt i befolkningen er derfor en av indikatorene. Personer i lavinntektsgruppen er mer utsatt for å utvikle psykiske problemer enn befolkningen generelt. Forskning har vist at lav inntekt øker sannsynligheten for dårlig selvpoplevd helse, sykdom og for tidlig død. Blant dem med lav inntekt er det en sterk overrepresentasjon av minstepensjonister, sosialhjelpsmottakere, ikke-vestlige innvandrere, langtidsledige og unge enslige. Dette er alle risikogrupper for å utvikle psykiske lidelser. Lavinntekt er typisk definert med utgangspunkt i medianinntekten i befolkningen. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at andelen av befolkningen som befinner seg i lavinntektsgruppen gradvis har sunket de siste årene. Tallene fra 2005 og 2006 viser også tegn til inntektsutjevning.

### 3.6.6 TILDELING AV BOLIG TIL MENNESKER MED PSYKISKE LIDELSER (8.1)

Bolig er en viktig kommunal oppgave og 40 prosent av årsverkene i psykisk helsearbeid er tilknyttet boliger, se tabell 3.3. Helsedirektoratet har derfor tatt med tildeling av bolig til mennesker med psykiske lidelser som en indikator på psykisk helse. Bolig er et grunnleggende behov som må være dekket før andre tjenester kan nyttiggjøres. På landsbasis tildeles det i gjennomsnitt boliger til 3,8 personer med psykiske lidelser pr 10 000 innbyggere viser tall fra KOSTRA. Antall personer med psykiske lidelser som har fått tildelt bolig varierer mellom fylkene i landet. I 2007 ble det tildelt flest boliger i Oppland, med 6,8 per 10 000 innbyggere. Deretter følger Telemark og Sør-Trøndelag, begge med 6,5 per 10 000 innbyggere.

## 3.7 OPPSUMMERING

Kommunene rapporterer totalt 12 029 årsverk i psykisk helsearbeid. 25 prosent av årsverkene går til tjenester og tiltak til barn og unge. Dette betyr at nærmere 10 prosent av årsverkene under helse- og sosialtjenester går til tjenester og tiltak for personer med psykiske lidelser og vansker.

40 prosent av årsverksinnsatsen i tjenester og tiltak for voksne er tilknyttet boliger, mens totalt 42 prosent av årsverkene går til behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse. 9 prosent av årsverkene er knyttet til aktivitetssenter og/eller dagsenter, mens 2 prosent av årsverkene går til andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud. 6 prosent av årsverkene til voksne går til kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak.

Over halvparten av årsverkene til barn og unge går til behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid. 35 prosent går til helsestasjons – og skolehelsetjeneste, mens de resterende 11 prosentene går til aktiviteter, kultur og fritidstiltak.

Over halvparten av årsverkene rettet mot voksne med psykiske lidelser og vansker utføres av høyskoleutdannet personell der de aller fleste har helse og sosialfaglig utdanning. For barn og unge utføres 80 prosent av årsverkene av høyskoleutdannet personell der de fleste har helse- og sosialfaglig utdanning, men det er også mange med annen høyskoleutdanning.

Hvert tredje årsverk rettet mot voksne har videreutdanning i psykisk helsearbeid (fra videregående skole eller høyskole), mens den tilsvarende andelen for barn og unge er 19 prosent. For alle årsverk i psykisk helsearbeid totalt har 30 prosent denne videreutdanningen.

Det er rapportert om over 8 700 voksne og 3 400 barn og unge med psykiske lidelser/problemer som har hatt støttekontakt i 2007.

75 prosent av kommunene har organisert tjenestene til voksne enten som en egen enhet eller som en egen tjeneste, mens da 25 prosent av kommunen har integrert psykisk helsearbeid i de øvrige tjenestene med eller uten klar plassering av ansvar.

Det er større variasjon i hvordan tjenestene til barn og unge organiseres. 48 prosent har egen enhet eller egen tjeneste mens 53 prosent har innsatsen integrert i øvrige tjenester med eller uten klar plassering av ansvaret.

## 4 VARIASJON I RAPPORTERTE ÅRSVERK MELLOM KOMMUNER

I dette kapittelet bryter vi ned de nasjonale tallene som ble presentert i forrige kapittel på ulike kommune grupper. I de tilfeller der tallene presenteres per innbygger, har vi sett på årsverk til voksne i forhold til voksenbefolkningen (18 år og over), og tilsvarende årsverk i tjenester for barn og unge i forhold til barne- og ungdomsbefolkningen (under 18 år). Vi har valgt tre måter å gruppere kommunene på:

- Fylke
- Størrelse målt i antall innbyggere
- KOSTRA-gruppe

*Fylke* er ikke nødvendigvis en riktig måte å dele kommunene inn i når vi snakker om psykisk helsearbeid, da det ikke er noen fylkesfunksjoner knyttet til dette arbeidet. Fylkesmannen er imidlertid involvert gjennom egne rådgivere for psykisk helsearbeid, og fylkesnivået er en naturlig måte å gruppere kommunene geografisk.

Vi har valgt å dele kommunene inn i følgende grupper etter *kommunestørrelse*:

Antall innbyggere	Antall kommuner i gruppen
Under 2000	95
2000-4999	140
5000-9999	92
10000-19999	56
20000-50000	35
Over 50000	13
Totalt antall	431

Derneft har vi valgt å benytte *KOSTRA-gruppene* utviklet av Statistisk sentralbyrå<sup>7</sup>, se oversikt på neste side. Formålet med *KOSTRA-gruppene* er å ordne kommunene i sammenliknbare grupper etter økonomiske rammebetingelser. Ideen bak denne grupperingen er at resultatene av kommunenes virksomhet i stor grad vil avhenge av hvilke rammebetingelser kommunene står overfor. Kommunene er her tilordnet en gruppe basert på hvilke kostnader de står overfor for å innfri lovpålagte oppgaver, samt folkemengde. Det tredje kriteriet som brukes for å gruppere kommunene i *KOSTRA*, er frie disponible inntekter, dvs. de inntektene som kan disponeres etter at minstestandarder og lovpålagte oppgaver er dekket (ibid).

<sup>7</sup> Langørgen A., Galloway, T.A. & Aaberge, R. (2006): Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2003. SSB-rapport 2006/8.



Når vi skal presentere neste års rapportering vil vi i tillegg bruke helseregion som aggregeringsenhet for kommunene og se nærmere på kommunal variasjon innen og mellom helseregionene.<sup>8</sup>

I dette kapitlet ser vi først på variasjon i årsverksinnsats i kommunene (4.1) og deretter på hvordan disse årsverkene fordeler seg mellom målgruppene voksne og barn/unge (4.2). I kapittel 4.3 ser vi på hvordan årsverkene fordeles på ulike tjenester og tiltak, mens vi i 4.4 ser på hvordan årsverkene fordeles på ulike utdanningsgrupper. Deretter ser vi på kommunal variasjon for de tiltakene vi har informasjon om antall brukere for (4.5) før vi ser på forskjeller i måter å organisere tjenestene på (4.6).

KOSTRA-gruppe	Beskrivelse	Antall kommuner i gruppen
Små kommuner	1 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	28
	2 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	67
	3 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	32
	5 { Høye bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	45
	6 { Høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	58
	7 { Lave bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	34
Mellomstore kommuner	8 { Lave bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	32
	10 { Middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter	20
	11 { Middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter	48
	12 { Middels bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter	14
	13 { Store kommuner utenom de fire største byene	39
Store kommuner	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		431

#### 4.1 ÅRSVERK TOTALT I KOMMUNALT PSYKISK HELSEARBEID

For landet totalt er det rapportert om 12 029 årsverk i 2007. Dette betyr at det er 2,54 årsverk per 1 000 innbygger som går til kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser og problemer. Rapporteringen er avgrenset for å begrense rapporteringsbyrden for kommunene og for å hindre direkte dobbelrapportering i forhold til KOSTRA. Derfor er primærforebyggende arbeid *ikke* inkludert i datagrunnlaget. Primærforebygging defineres, i følge veiledningen til rapporteringsskjema, som universelle eller generell tiltak. Dette er tiltak som rettes mot mulige vansker og lidelser før de oppstår, for eksempel nettverksbygging, styrking av samspill og tilknytning, fritids- og aktivitetstilbud til ungdom. Datamaterialet vi presenterer i denne rapporten inkluderer ikke allmennlegetjenesten, fysioterapitjenester, barnevernets innsats eller barnehage-/skoleinnsats (men PP-tjenesten inngår). Innsats overfor målgruppen innen institusjoner eller merkantilt personale inngår ikke.

<sup>8</sup> For 2007-tallene har vi i analysene i kapittel 6-8 brukt den gamle inndelingen i helseregioner som kontrollvariabler.

#### 4.1.1 FYLKESFORSKJELLER

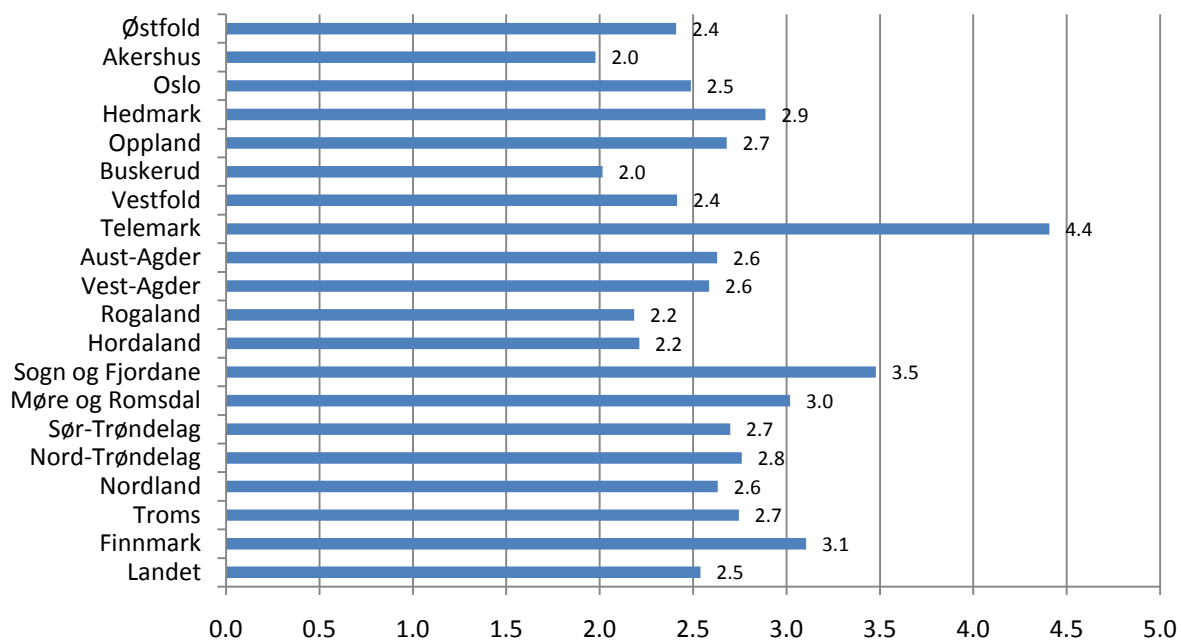
I tabell 4.1 presenteres totalt antall årsverk rapportert for henholdsvis voksne og barn og unge, samt befolkningsvariabler og årsverk per 1 000 innbygger. Siste kolonne i tabellen, årsverk totalt per 1 000 innbygger er illustrert i figur 4.1.

Tabell 4.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbygger, fylke 2007.

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbygger (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger (0-17)	Årsverk totalt per 1000 innbygger
Østfold	455	185	205 518	59 940	2,2	3,1	2,4
Akershus	788	237	388 090	130 477	2,0	1,8	2,0
Oslo	1 013	379	447 816	111 534	2,3	3,4	2,5
Hedmark	440	147	159 099	44 198	2,8	3,3	2,9
Oppland	385	107	143 876	39 761	2,7	2,7	2,7
Buskerud	335	171	194 476	56 744	1,7	3,0	2,0
Vestfold	350	197	174 839	51 594	2,0	3,8	2,4
Telemark	575	160	130 048	36 683	4,4	4,4	4,4
Aust-Agder	219	60	81 016	25 114	2,7	2,4	2,6
Vest-Agder	334	95	124 888	41 056	2,7	2,3	2,6
Rogaland	696	205	306 733	105 954	2,3	1,9	2,2
Hordaland	783	210	341 332	107 334	2,3	2,0	2,2
Sogn og Fjordane	311	58	80 151	26 108	3,9	2,2	3,5
Møre og Romsdal	570	174	188 372	58 261	3,0	3,0	3,0
Sør-Trøndelag	591	173	217 915	65 078	2,7	2,7	2,7
Nord-Trøndelag	267	92	98 588	31 268	2,7	2,9	2,8
Nordland	435	183	180 768	54 228	2,4	3,4	2,6
Troms	354	71	118 414	36 228	3,0	1,9	2,7
Finnmark	168	57	54 949	17 450	3,0	3,3	3,1
Landet	9 069	2 961	3 636 888	1 099 010	2,5	2,7	2,5

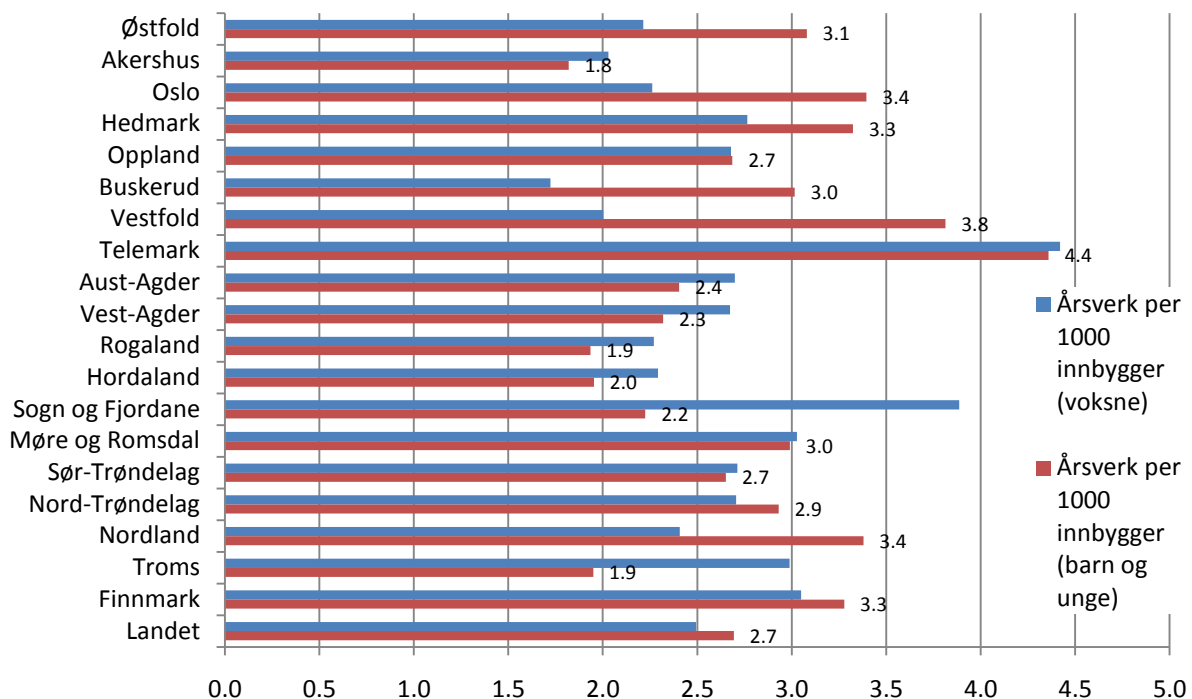
Fra tabellen og figuren ser vi at kommunene i Akershus og Buskerud har rapportert om færrest årsverk per innbygger, mens kommunene i Telemark ligger høyest. Oslo ligger omtrent på landsgjennomsnittet. Vi kan ikke se bort fra at det er systematisk variasjon i rapporteringsrutiner og måten anslagene gjøres på. Vi må hele tiden være oppmerksom på at dette ikke er tall som er hentet fra et register, men at det er tall tjenestene selv har rapportert inn. Det vil være rom for tolkning i forhold til hva som skal telles med.

I tabell 4.1 ser vi at det er relativt stor variasjon i årsverkssammensetningen mellom tjenester til voksne og tjenester til barn og unge. Kommunene i Buskerud har i gjennomsnitt relativt få årsverk til voksne sammenliknet med andre kommuner, men ligger høyt når det gjelder årsverk per innbygger til barn og unge. Vestfold har en enda større andel av årsverkene til barn og unge – nesten dobbelt så mange årsverk per innbygger går til barn og unge, sammenliknet med årsverk i tjenester for voksne.



Figur 4.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbygger, fylke 2007.

Det kan være mer illustrativt å se på andelen til barn og unge separat. Dette gjøres i neste figur. Kommunene i Telemark ligger på over fire årsverk per 1 000 innbygger både i tjenester for voksne og i tjenester for barn og unge, mens kommunene i Akershus i gjennomsnitt har det laveste antallet årsverk per innbygger i tjenester for barn og unge.



Figur 4.2. Årsverk per 1000 innbygger, voksne og barn og unge, fylke 2007.

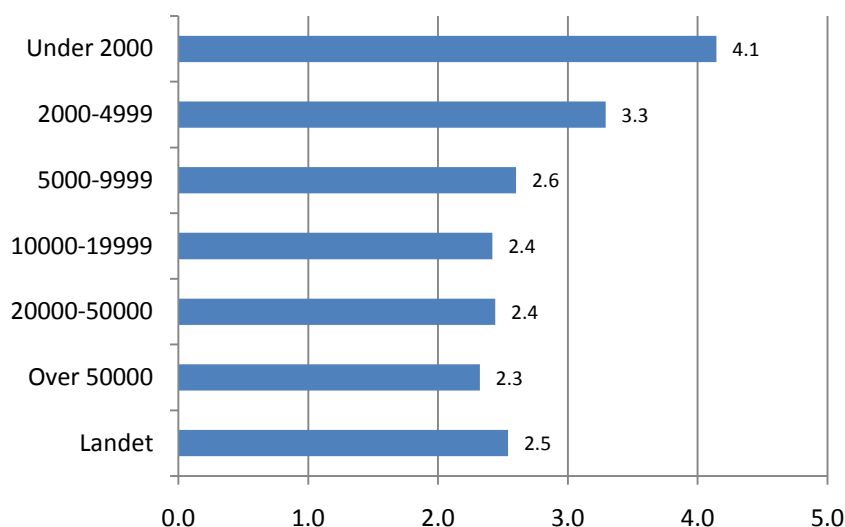
#### 4.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabell 4.2 viser vi de samme tallene fordelt på kommuner samlet etter størrelse. Kommuner med under 2 000 innbyggere har i gjennomsnitt 4,2 årsverk per 1 000 innbyggere til voksne og 4 årsverk per 1 000 innbygger til barn og unge. Til sammenlikning har de mest innbyggerrike kommunene med over 20 000 innbyggere omtrent halvparten så mange årsverk i psykisk helsearbeid. Tallene i siste kolonne er vist i figur 4.3, mens tallene i de to kolonnene som viser årsverk fordelt på voksne og på barn og unge er vist i figur 4.4.

Tabell 4.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbygger, kommunestørrelse 2007.

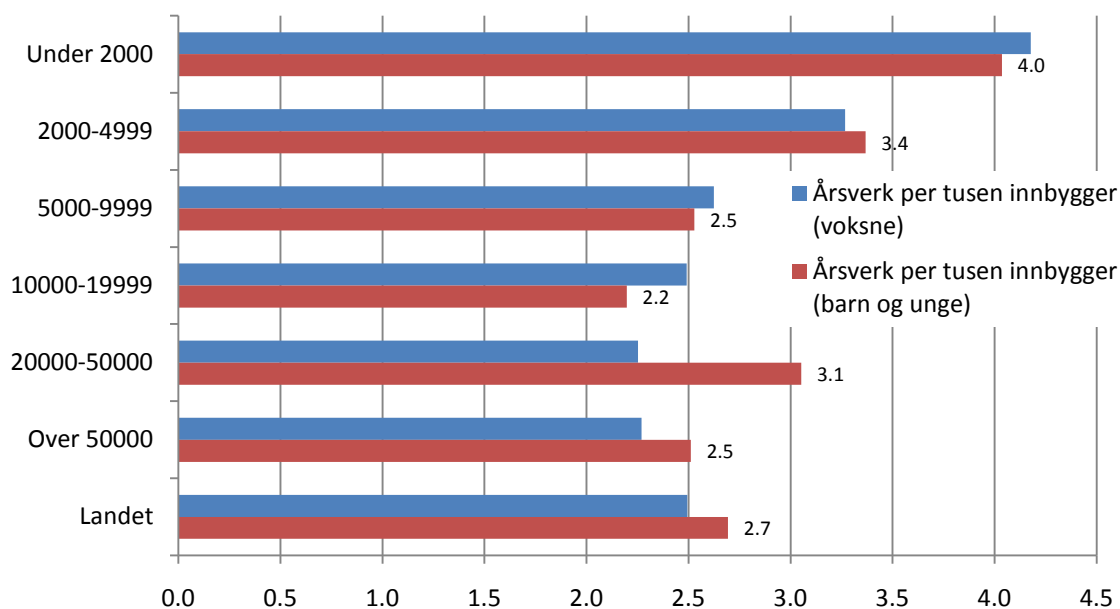
	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbygger (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger (0-17)	Årsverk totalt per 1000 innbygger
Under 2000	379	105	90 838	25 965	4,2	4,0	4,1
2000-4999	1 139	350	348 620	104 045	3,3	3,4	3,3
5000-9999	1 288	389	490 635	153 795	2,6	2,5	2,6
10000-19999	1 506	431	604 409	196 081	2,5	2,2	2,4
20000-50000	1 769	740	785 651	242 640	2,3	3,1	2,4
Over 50000	2 988	945	1 316 735	376 484	2,3	2,5	2,3
Landet	9 069	2 961	3 636 888	1 099 010	2,5	2,7	2,5

Som vist i tabellen over og figur 4.3 har små kommuner flere årsverk per innbygger enn større kommuner. Når innbyggertallet passerer 5 000 innbyggere er det marginale forskjeller mellom kommunegruppene i totalt antall årsverk per innbygger. Forskjellene blir større når vi differensierer mellom tjenester til voksne og barn og unge.



Figur 4.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbygger, kommunestørrelse 2007.

Vi kan også splitte dette i årsverk til voksne og årsverk til barn og unge som vi gjorde da vi grupperte kommunene etter fylke. Vi ser at små kommuner (under 2 000 innbyggere) ikke har så stor forskjell i antall årsverk som går til henholdsvis voksne og barn og unge, mens kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere har flere årsverk per innbygger i tjenester til barn og unge.



Figur 4.4 Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2007.

#### 4.1.3 KOSTRA-GRUPPE

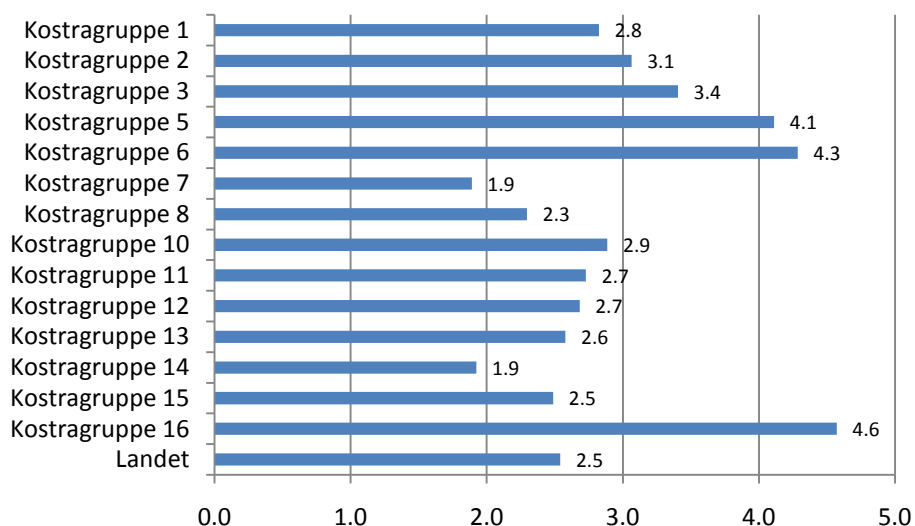
I tabell 4.3 presenteres antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning (voksne og barn og unge) og årsverk per 1 000 innbygger fordelt på de ulike KOSTRA-gruppene. Slik det går fram av tabellen er det KOSTRA-gruppe 16, de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger, som har flest årsverk i tjenester for voksne per innbygger (4,7 årsverk per 1 000 innbygger). KOSTRA-gruppe 6, små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, og høye frie disponible inntekter, følger som nummer to med 4,4 årsverk per 1 000 innbygger. Derneft følger KOSTRA-gruppe 5.

Når det gjelder årsverk i tjenester for barn og unge, er det KOSTRA-gruppe 5, små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, og middels frie disponible inntekter, som ligger på topp med 4,4 årsverk per 1 000 innbygger. Derneft følger KOSTRA-gruppe 16 med 4,2 årsverk per 1 000 innbygger, og KOSTRA-gruppe 5 med 3,8 årsverk per 1 000 innbygger. Kommunene i KOSTRA-gruppe 7 (mellomstore kommuner med lave bundne kostnader per innbygger, og lave disponible inntekter) og KOSTRA-gruppe 14 (Bergen, Trondheim, Stavanger) har færrest årsverk per 1 000 innbygger med 1,9 i tjenester for voksne. Tilsvarende laveste størrelse gjelder for Bergen, Trondheim og Stavanger når det kommer til årsverk i tjenester for barn og unge.

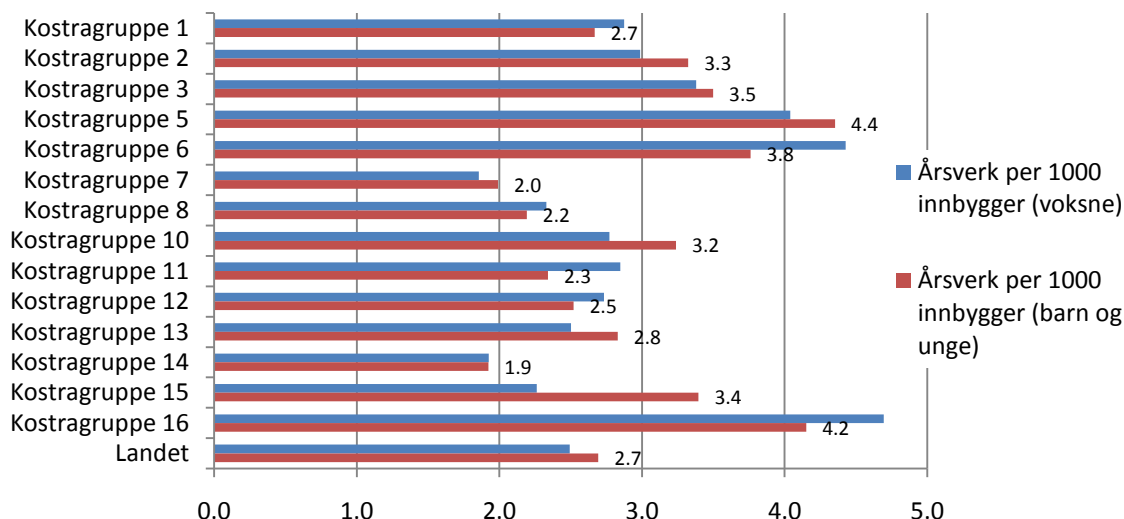
Tabell 4.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbygger, KOSTRA-gruppe, 2007.

	Sum årsverk voksne	Sum årsverk barn og unge	Befolkning 18 + år	Befolkning 0-17 år	Årsverk til voksne per 1 000 innbygger (18+)	Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger (0-17)	Årsverk totalt per 1000 innbygger
Kostragruppe 1	217	66	75 599	24 724	2,9	2,7	2,8
Kostragruppe 2	537	176	179 602	52 957	3,0	3,3	3,1
Kostragruppe 3	274	84	81 234	23 901	3,4	3,5	3,4
Kostragruppe 5	232	74	57 414	17 020	4,0	4,4	4,1
Kostragruppe 6	258	60	58 337	15 924	4,4	3,8	4,3
Kostragruppe 7	636	233	342 824	116 944	1,9	2,0	1,9
Kostragruppe 8	600	182	257 341	82 856	2,3	2,2	2,3
Kostragruppe 10	446	171	161 032	52 774	2,8	3,2	2,9
Kostragruppe 11	921	229	323 405	97 771	2,8	2,3	2,7
Kostragruppe 12	228	67	83 252	26 558	2,7	2,5	2,7
Kostragruppe 13	2 872	998	1 148 249	352 714	2,5	2,8	2,6
Kostragruppe 14	793	232	411 816	120 707	1,9	1,9	1,9
Kostragruppe 15	1 013	379	447 816	111 534	2,3	3,4	2,5
Kostragruppe 16	42	11	8 967	2 626	4,7	4,2	4,6
Landet	9 069	2 961	3 636 888	1 099 010	2,5	2,7	2,5

I figur 4.5 og 4.6 under har vi illustrert de tre siste kolonnene i figurform. Vi ser at antall årsverk rapportert totalt per 1 000 innbygger er høyest i KOSTRA-gruppe 16, og lavest i KOSTRA-gruppe 7. Landsgjennomsnittet ligger på 2,5 årsverk per 1 000 innbygger.



Figur 4.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbygger, KOSTRA-gruppe 2007.



Figur 4.6 Årsverk per 1000 innbygger, voksne og barn og unge, KOSTRA-gruppe 2007.

## 4.2 ANDEL AV ÅRSVERKENE SOM GÅR TIL TJENESTER OG TILTAK TIL BARN OG UNGE

Det har siden begynnelsen av 2000-tallet vært et uttrykt ønske fra myndighetene sin side om at minst 20 prosent av de øremerkede midlene til psykisk helsearbeid i kommunene, gitt over Opptrappingsplanen, skulle gå til tjenester for barn og unge (se St.prp. nr. 1 (2000-2001)). I Kaspersen et al. 2008 finner vi at kommune i alle fylker bortsett fra to, i gjennomsnitt benyttet minst 20 prosent av de øremerkede midlene i tjenester for barn og unge i 2007. Landsgjennomsnittet lå på nær 23 prosent. Til sammenlikning gikk kun 16 prosent av midlene til slike tiltak i 2001, og det har skjedd en klar vridning i bruken av de øremerkede midlene i favør tjenester for barn og unge gjennom opptrappingsperioden. Opptrappingsplanmidlene har i all hovedsak gått til å finansiere nye årsverk i tjenestene, og pengebruken vil derfor i stor grad speiles i antall årsverk.

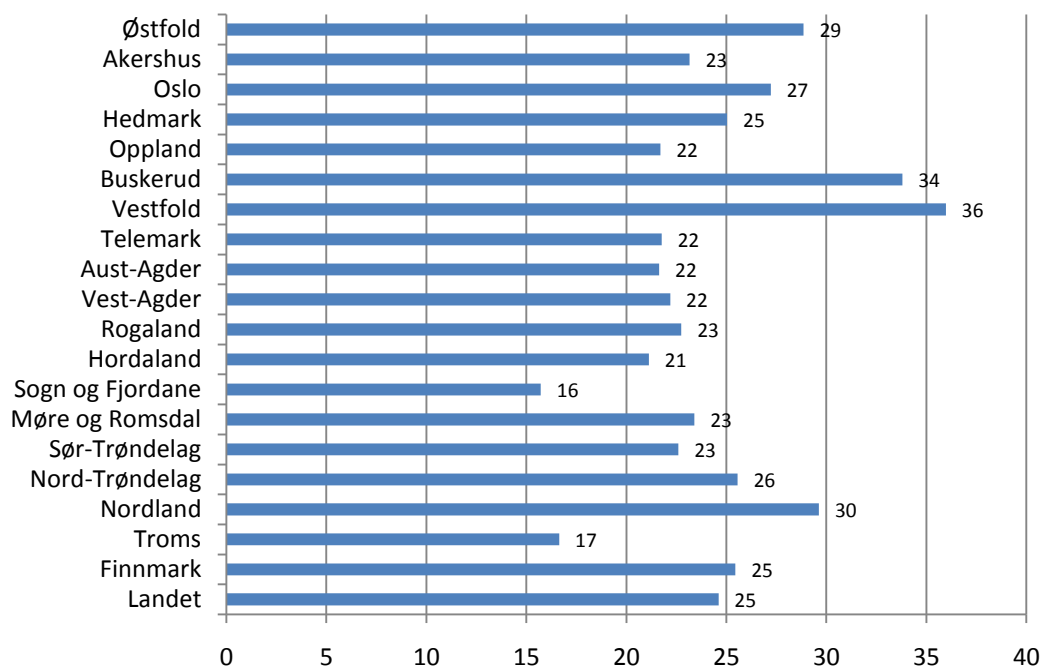
Inntil rapporteringen for 2007 har vi ikke visst noe om hvilken egeninnsats kommunene har bidratt med, og det er derfor svært interessant å nå kunne presentere et mer reelt bilde av i hvilken grad tjenester til barn og unge med psykiske lidelser og problemer prioriteres ute i kommunene. I tabell 3.1 så vi at 25 prosent av de 12 029 årsverkene som er rapportert i psykisk helsearbeid i 2007 går til barn og unge.

### 4.2.1 FYLKESFORSKJELLER

Figur 4.7 på neste side viser at Sogn og Fjordane og Troms ligger lavest med hhv. 16 og 17 prosent av årsverkene til tjenester til barn og unge, mens Buskerud og Vestfold ligger høyest med hhv. 34 og 36 prosent. Hvis vi sammenlikner disse resultatene med andelen årsverk finansiert av *øremerkede midler* (se Kaspersen et al. 2008), er det interessant at kommunene i Rogaland, som er ett av to fylker som ikke har benyttet 20 prosent av de øremerkede midlene i tjenester til barn og unge, likevel har 23 prosent av årsverkene sine i denne type tjenester, dette impliserer en betydelig egeninnsats på dette feltet i disse kommunene. Kommunene i Sogn og Fjordane derimot, har i gjennomsnitt ca. 24 prosent øremerket finansierte årsverkene i tjenester for barn og unge, men ser vi på det totale bildet, går kun 16 prosent av årsverkene hit. Troms er det andre av fylkene der kommunene i



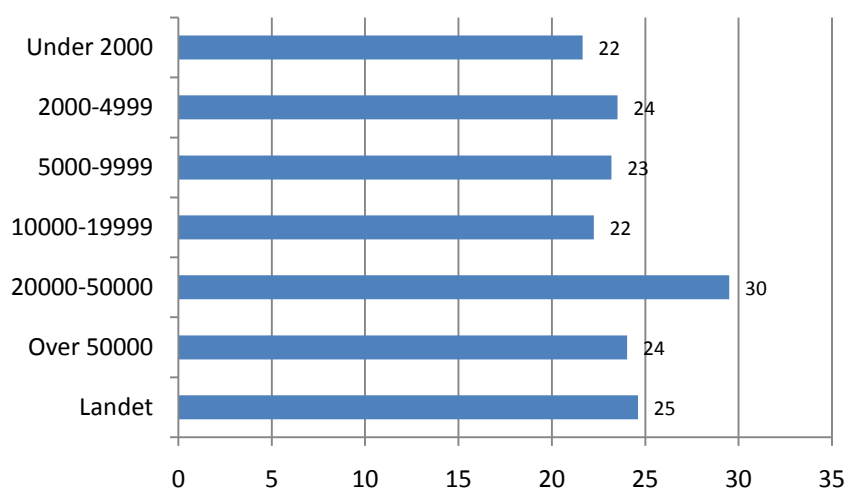
gjennomsnitt ikke har nådd 20-prosent-målet i forhold til opptrappingsplanmidlene i 2007, og som vi ser av figur 4.7 ligger de på 17 prosent av årsverkene til denne type tjenester totalt.



Figur 4.7. Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke 2007.

#### 4.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

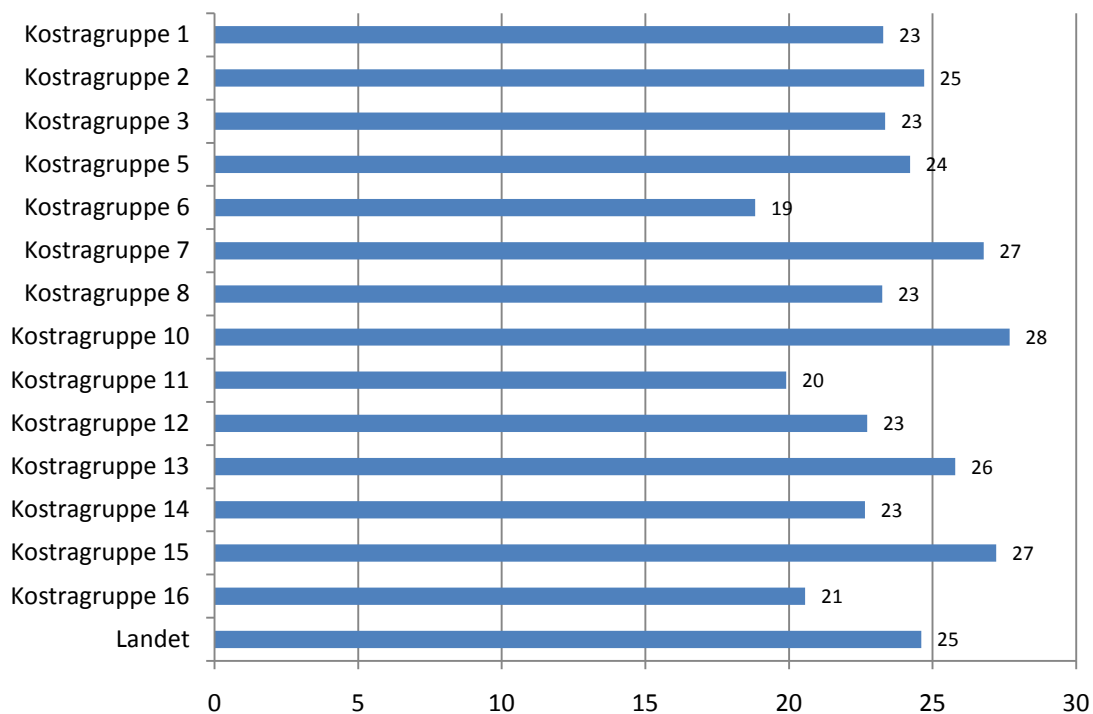
Gruppert etter kommunestørrelse er det kommuner med mellom 20 000 - 50 000 innbyggere som i gjennomsnitt (veid) bruker den største andelen årsverk på tjenester til barn og unge, 30 prosent av de totale årsverkene i psykisk helsearbeid går til slike tjenester. I de øvrige kommunegruppene er variasjonen liten, og gjennomsnittet ligger på 25 prosent.



Figur 4.8. Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse 2007.

### 4.2.3 KOSTRA-GRUPPE

Slik det framgår av figur 4.9 er det en viss variasjon mellom gruppene, og særlig gjelder dette mellomstore og store kommuner (KOSTRA-gruppe 7-16). I gjennomsnitt er det kommunene i KOSTRA-gruppe 7 (lave bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter), 10 (middels bundne kostnader per innbygger, lave frie disponible inntekter) og 15 (Oslo kommune) som lar den største andelen av årsverkene gå til tjenester for barn og unge (hhv. 27, 28 og 27 prosent). Små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger, og høye frie disponible inntekter (KOSTRA-gruppe 6) er de som i gjennomsnitt benytter lavest andel av midlene her, tett fulgt av KOSTRA-gruppe 11 og 16.



Figur 4.9. Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, KOSTRA-gruppe 2007.

### 4.3 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 4.2. Av plasshensyn blir det for omfattende å fordele alle årsverkene på de ulike tiltakene som er vist på nasjonalt nivå i kapittel 3.2. Vi grupperer derfor tiltakskategoriene på følgende måte for tjenester til voksne:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Årsverk til bolig, oppfølging m.m. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Personell tilknyttet boliger for voksne med psykiske lidelser</li><li>• Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid, koordinering/faglig ledelse for voksne</li></ul> |
| Årsverk til kultur og aktivitet    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aktivitetssenter og/eller dagsenter</li><li>• Andre aktiviteter, kultur og fritidstilbud</li><li>• Kommunalt tilrettelagte arbeidstiltak</li></ul>                            |

For barn og unge rapporteres det på tre tiltak og de brukes uten å sammenslås:

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

Vi ser først på årsverk til voksne i kapittel 4.3.1, deretter årsverk i tjenester for barn og unge i kapittel 4.3.2.

#### 4.3.1 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 og barn og unge fordeler seg andelsmessig på tiltakene.

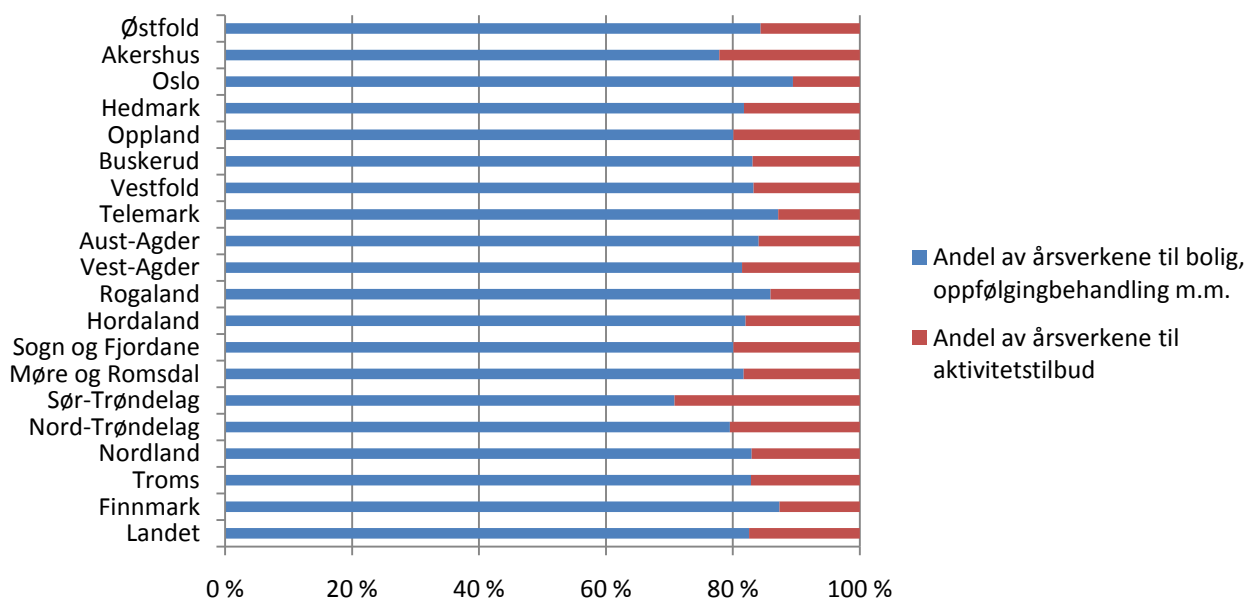
##### 4.3.1.1 FYLKESFORSKJELLER

Første kolonne i tabell 4.4 er illustrert i figur 4.2 over. De to neste kolonnene (sum =100) i tabellen er illustrert i figur 4.10 under. De største avvikene fra landsgjennomsnittet på 2,5 årsverk til voksne per 1 000 (voksne) innbygger finner vi hos kommunene i Telemark (4,4) og Buskerud (1,7).

Tabell 4.4 Årsverk per 1000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2007.

Fylke	Sum årsverk voksne per 1000 innbygger	Andel av årsverkene til bolig, oppfølging, behandling m.m.	Andel av årsverkene til aktivitetstilbud
Østfold	2,2	84	16
Akershus	2,0	78	22
Oslo	2,3	89	11
Hedmark	2,8	82	18
Oppland	2,7	80	20
Buskerud	1,7	83	17
Vestfold	2,0	83	17
Telemark	4,4	87	13
Aust-Agder	2,7	84	16
Vest-Agder	2,7	81	19
Rogaland	2,3	86	14
Hordaland	2,3	82	18
Sogn og Fjordane	3,9	80	20
Møre og Romsdal	3,0	82	18
Sør-Trøndelag	2,7	71	29
Nord-Trøndelag	2,7	80	20
Nordland	2,4	83	17
Troms	3,0	83	17
Finnmark	3,0	87	13
Landet	2,5	83	17

Storparten av årsverkene til voksne går til personell knyttet til bolig, behandling, oppfølging, rehabilitering m.m. – 83 prosent på landsbasis. Aktivitetstilbud står for de resterende 17 prosentene. Variasjonsbredden utgjøres av Oslo med hele 89 prosent av årsverkene i tjenestene til bolig, oppfølging, behandling m.m., og Sør-Trøndelag – som kun benytter 71 prosent av årsverkene sine her. Generelt er variasjonen liten mellom kommunene på fylkesnivå.



Figur 4.10. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke 2007.

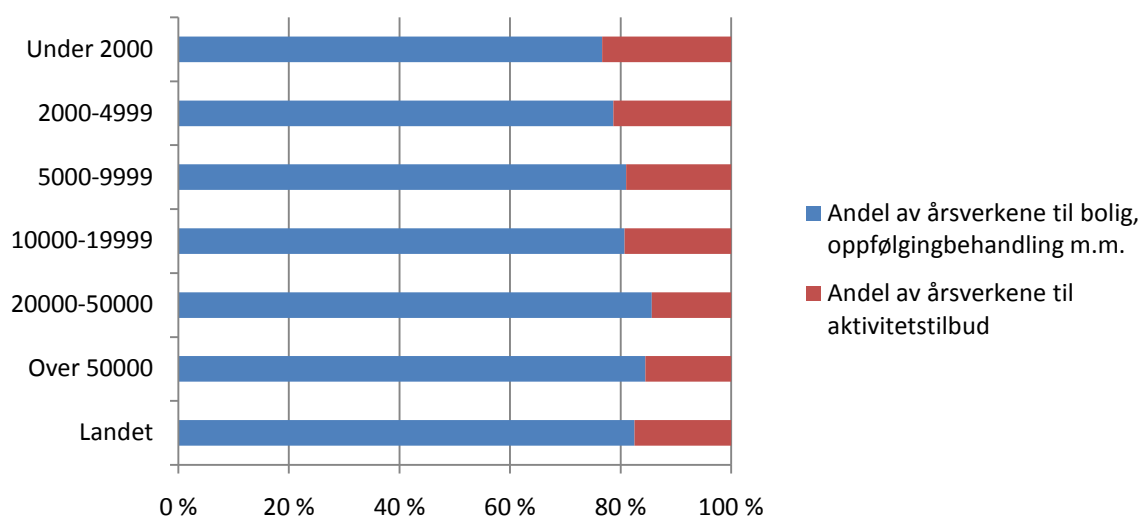
Fra figur 4.10 ser vi som nevnt at Sør-Trøndelag bruker høyest andel på aktivitetstilbud, mens Oslo bruker høyest andel av årsverkene til voksne på bolig, oppfølging m.m.

#### 4.3.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

Når vi grupperer tallene etter kommunestørrelse, ser vi at andelen årsverk som går til bolig, oppfølging og behandling m.m. varierer mest mellom de minste og største kommunene. Små kommuner med færre enn 5 000 innbyggere har en større andel aktivitetstilbud (21-23 prosent), enn kommuner med over 20 000 innbyggere som ligger på mellom 14 og 16 prosent av tiltakene i aktivitetstilbud. Dette kan speile at større kommuner relativt sett har flere ressurskrevende brukere som krever oppfølging i bolig og tilrettelagte behandlingstilbud (jf. Storbysatsningen). I figur 4.11 har vi illustrert de tre siste kolonnene i tabellen med en figur, og som vi ser er det relativt lite variasjon mellom kommunene.

Tabell 4.5 Årsverk per 1000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke 2007.

	Sum årsverk voksne per 1000 innbygger	Andel av årsverkene til bolig, oppfølging, behandling m.m.	Andel av årsverkene til aktivitetstilbud	Totalt
Under 2000	4,2	77	23	100
2000-4999	3,3	79	21	100
5000-9999	2,6	81	19	100
10000-19999	2,5	81	19	100
20000-50000	2,3	86	14	100
Over 50000	2,3	84	16	100
Landet	2,5	83	17	100



Figur 4.11. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse 2007.

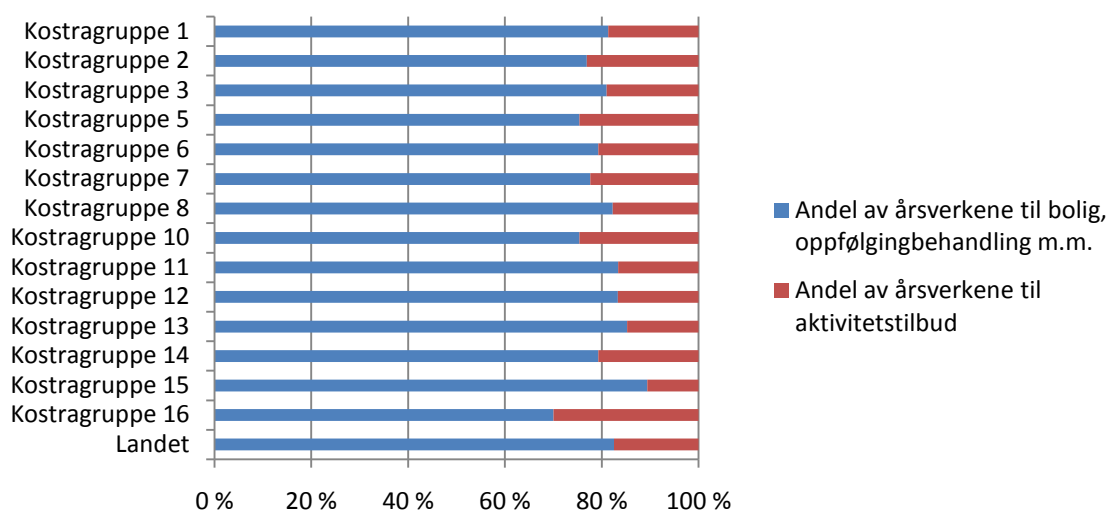
#### 4.3.1.3 KOSTRA-GRUPPE

Vi så i avsnittet over hvordan de største kommunene i gjennomsnitt benytter en større andel av midlene til bolig, oppfølging og behandlingstilbud. KOSTRA-gruppene reflekterer at Oslo (KOSTRA-gruppe 15) slår ut i denne sammenheng med den klart største andelen av årsverkene til psykisk helsearbeid her (89 prosent). Bergen, Trondheim og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) ligger imidlertid ti prosentpoeng under, med 79 prosent av årsverkene i bolig, oppfølging, behandling m.m. Kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger (KOSTRA-gruppe 16) har i gjennomsnitt den laveste andelen årsverk her – og hele 30 prosent av årsverkene i aktivitetstilbud. For øvrig er det som nevnt de minste kommunene (KOSTRA-gruppe 1-6) som tenderer til å ha høyest andel årsverk i aktivitetstilbud.

Tabell 4.6 Årsverk per 1000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, KOSTRA gruppe, 2007.

	Sum årsverk voksne per 1000 innbygger	Andel av årsverkene til bolig, oppfølging, behandling m.m.	Andel av årsverkene til aktivitetstilbud	Totalt
Kostragruppe 1	2,9	81	19	100
Kostragruppe 2	3,0	77	23	100
Kostragruppe 3	3,4	81	19	100
Kostragruppe 5	4,0	75	25	100
Kostragruppe 6	4,4	79	21	100
Kostragruppe 7	1,9	78	22	100
Kostragruppe 8	2,3	82	18	100
Kostragruppe 10	2,8	75	25	100
Kostragruppe 11	2,8	83	17	100
Kostragruppe 12	2,7	83	17	100
Kostragruppe 13	2,5	85	15	100
Kostragruppe 14	1,9	79	21	100
Kostragruppe 15	2,3	89	11	100
Kostragruppe 16	4,7	70	30	100
Landet	2,5	83	17	100

Resultatene i tabell 4.6 er illustrert i figur 4.12 under.



Figur 4.12. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., KOSTRA-gruppe, 2007.

#### 4.3.2 ÅRSVERK TIL BARN OG UNGE FORDELT PÅ ULIKE TILTAK

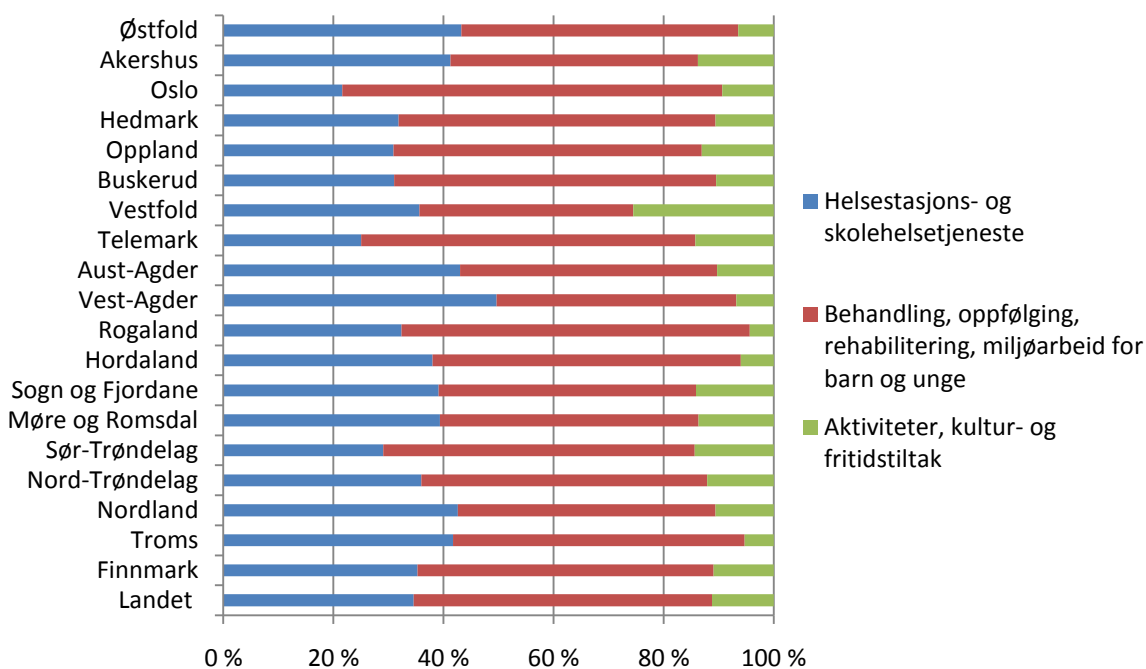
I det følgende ser vi på hvordan årsverkene i psykisk helsearbeid i kommunene fordeler seg på tre ulike tiltak for barn og unge: Helsestasjons- og skolehelsetjeneste, behandling, oppfølging, rehabilitering og miljøarbeid (behandling og oppfølging m.v.), samt aktiviteter, kultur og fritidstiltak.

##### 4.3.2.1 FYLKESFORSKJELLER

Som vi ser av tabell 4.7 går i gjennomsnitt over halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid for barn og unge til behandling og oppfølging m.v. (54 prosent). 35 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens de resterende 11 prosentene går til aktivitets-, kultur- og fritidstilbud. Igjen ser vi at Oslo kommune ligger langt over landsgjennomsnittet med 69 prosent av årsverkene i behandling og oppfølging m.v., også kommunene i Rogaland ligger høyt med 63 prosent av årsverkene i disse tjenestene. Kommunene i Vestfold er de som i gjennomsnitt benytter den laveste andelen av årsverkene sine til behandling og oppfølging m.v. med 39 prosent. Tallene varierer relativt mye på fylkesnivå. I figur 4.13 er de fire siste kolonnene i tabellen presentert grafisk.

Tabell 4.7 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, fylke 2007.

	Sum årsverk barn og unge	Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	Totalt
Østfold	3,1	43	50	6	100
Akershus	1,8	41	45	14	100
Oslo	3,4	22	69	9	100
Hedmark	3,3	32	58	11	100
Oppland	2,7	31	56	13	100
Buskerud	3,0	31	58	10	100
Vestfold	3,8	36	39	26	100
Telemark	4,4	25	61	14	100
Aust-Agder	2,4	43	47	10	100
Vest-Agder	2,3	50	44	7	100
Rogaland	1,9	32	63	4	100
Hordaland	2,0	38	56	6	100
Sogn og Fjordane	2,2	39	47	14	100
Møre og Romsdal	3,0	39	47	14	100
Sør-Trøndelag	2,7	29	57	14	100
Nord-Trøndelag	2,9	36	52	12	100
Nordland	3,4	43	47	11	100
Troms	1,9	42	53	5	100
Finnmark	3,3	35	54	11	100
Landet	2,7	35	54	11	100



Figur 4.13. Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke 2007.

Kommunene i Vest-Agder bruker i gjennomsnitt 50 prosent av årsverkene til barn og unge på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens Oslo bruker 22 prosent av årsverkene på denne tjenesten. Vestfold skiller seg ut ved at mer enn hvert fjerde årsverk går til aktiviteter, kultur og fritidstiltak.

#### 4.3.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

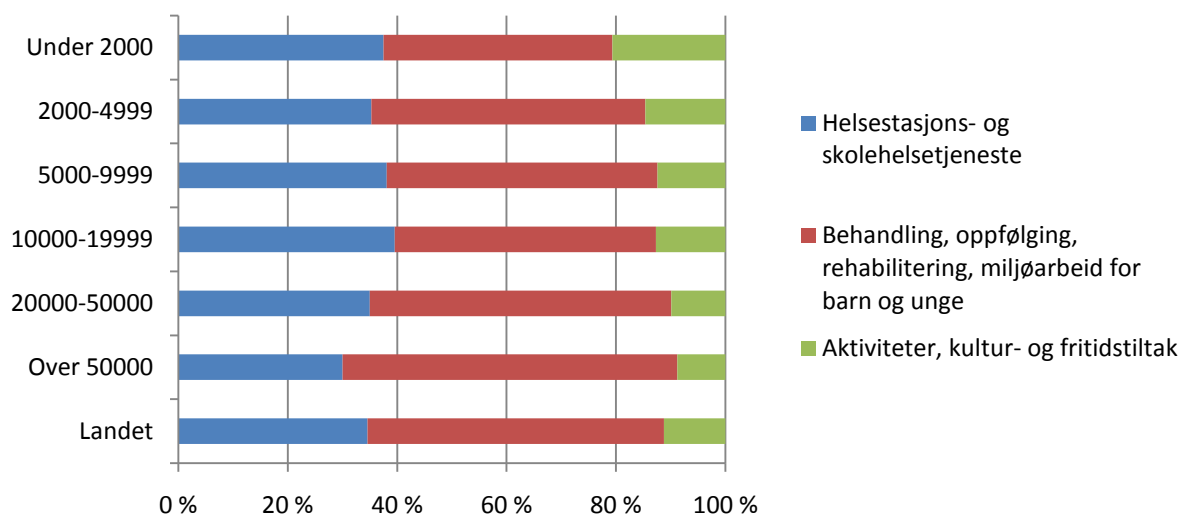
Gruppert etter kommunestørrelse ser vi at de største kommunene i gjennomsnitt benytter lavest andel av årsverkene i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (30 prosent), mens kommuner med mellom 10 000 -19 999 innbyggere benytter 40 prosent av årsverkene i disse tjenestene. Ser vi på behandling og oppfølging m.v. er det igjen slik at de minste kommunene benytter lavest andel av årsverkene sine her, mens dette går i favør av et større aktivitets-, kultur- og fritidstilbud. Kommunene med mer enn 20 000 innbyggere benytter kun 9-10 prosent av årsverkene sine i aktivitetstilbud, mens de minste kommunene i gjennomsnitt har 21 prosent av årsverkene sine her.

Tabell 4.8 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse 2007

	Sum årsverk barn og unge	Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	Sum årsverk barn og unge
Under 2000	4,0	38	42	21	100
2000-4999	3,4	35	50	15	100
5000-9999	2,5	38	49	12	100
10000-19999	2,2	40	48	13	100
20000-50000	3,1	35	55	10	100
Over 50000	2,5	30	61	9	100
Landet	2,7	35	54	11	100



I figur 4.14 er tallene i tabell 4.8 illustrert grafisk.



Figur 4.14. Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse 2007.

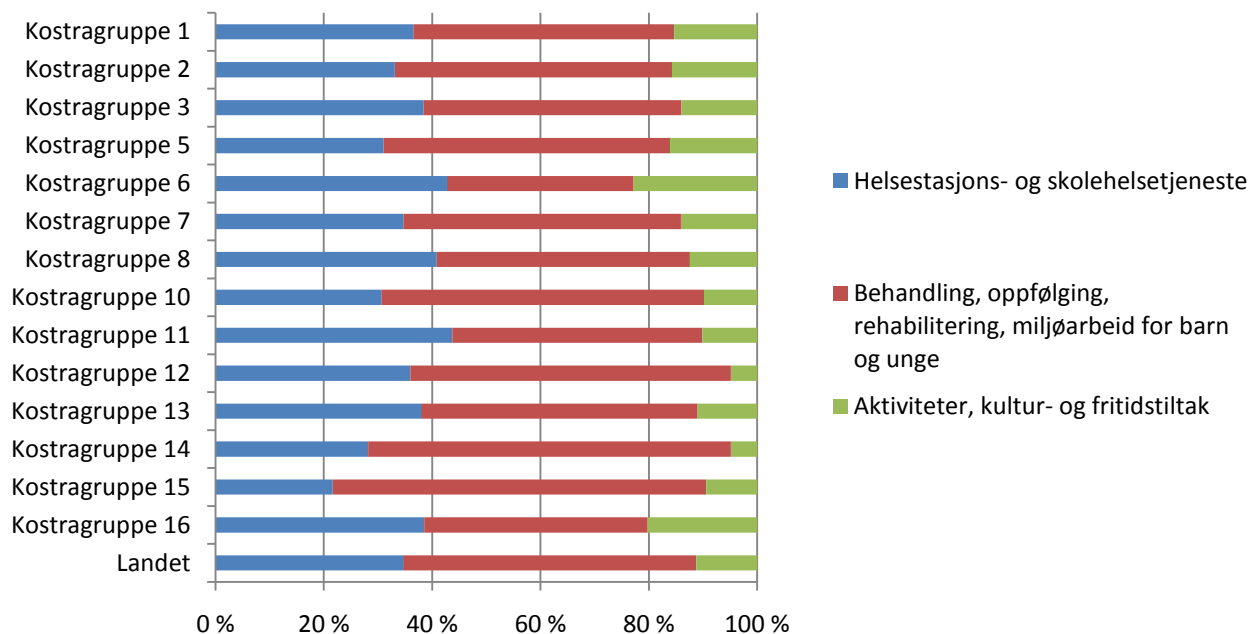
#### 4.3.2.3 KOSTRA-GRUPPE

På KOSTRA-gruppe-nivå er det en del variasjon mellom gruppene. Eksempelvis benytter kommunene i KOSTRA-gruppe 6 (små kommuner med høye bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter) relativt mange av årsverkene sine i helsestasjons- og skolehelsetjeneste og i aktivitetstilbud, mens de benytter relativt lav andel i behandling og oppfølging m.v. De store kommunene (KOSTRA-gruppe 14-15) benytter som nevnt høyest andel i behandling og oppfølging mv, og en relativt lav andel til aktiviteter og kultur- og fritidstiltak.

Tabell 4.9 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, KOSTRA-gruppe, 2007.

Kostragruppe	Sum årsverk barn og unge	Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	Behandling, oppfølging, rehabilitering, miljøarbeid for barn og unge	Aktiviteter, kultur- og fritidstiltak	Sum årsverk barn og unge
Kostragruppe 1	2,7	36	48	15	100
Kostragruppe 2	3,3	33	51	16	100
Kostragruppe 3	3,5	38	48	14	100
Kostragruppe 5	4,4	31	53	16	100
Kostragruppe 6	3,8	43	34	23	100
Kostragruppe 7	2,0	35	51	14	100
Kostragruppe 8	2,2	41	47	12	100
Kostragruppe 10	3,2	31	60	10	100
Kostragruppe 11	2,3	44	46	10	100
Kostragruppe 12	2,5	36	59	5	100
Kostragruppe 13	2,8	38	51	11	100
Kostragruppe 14	1,9	28	67	5	100
Kostragruppe 15	3,4	22	69	9	100
Kostragruppe 16	4,2	39	41	20	100
Landet	2,7	35	54	11	100

I figur 4.15 har vi illustrert de tre siste kolonnene i tabell 4.9 grafisk. Hvis vi ser spesielt på aktivitetstilbud, ser vi at de minste kommunene (KOSTRA-gruppe 1-6) i gjennomsnitt benytter en større andel her enn de større kommunene - uavhengig av nivået på bundne kostnader og frie inntekter.



Figur 4.15. Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, KOSTRA-gruppe 2007.

#### 4.4 ÅRSVERK FORDELT PÅ ULIKE UTDANNINGSGRUPPER

Sammenliknet med rapporteringsskjema for øremerkede midler (rapporteringsskjema 1), er det nytt at man nå skiller mellom *med* og *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid også for personell som har videregående utdanning, og personell med *andre* høyskole/universitetsfag enn helse- og sosialfag.

For å forenkle fremstillingen presenteres imidlertid noen av tallene etter følgende inndeling:

- Helse- og sosialfag fra videregående
- Helse-/sosialfag og andre fra høyskole
- Andre
- Andel med videreutdanning i psykisk helsearbeid

#### 4.4.1 ÅRSVERK TOTALT

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

##### 4.4.1.1 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 4.10 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	Uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Østfold	62	127	115	159	3	30	78	65	640
Akershus	72	145	218	257	39	38	142	118	1 027
Oslo	72	193	160	454	17	47	262	186	1 392
Hedmark	58	110	116	164	4	27	32	63	573
Oppland	63	126	73	134	3	2	52	38	491
Buskerud	74	90	94	92	8	4	77	68	507
Vestfold	29	92	85	149	8	14	47	123	547
Telemark	111	149	90	189	3	5	86	101	734
Aust-Agder	29	50	56	75	2	9	35	22	279
Vest-Agder	20	63	126	140	5	16	31	30	430
Rogaland	93	192	189	238	24	25	71	68	900
Hordaland	103	194	175	295	23	17	70	116	993
Sogn og Fjordane	34	98	48	99	5	3	25	52	363
Møre og Romsdal	71	142	119	248	8	7	67	81	744
Sør-Trøndelag	82	118	149	238	21	58	46	50	762
Nord-Trøndelag	48	85	52	101	1	20	18	32	355
Nordland	52	142	129	181	3	13	30	52	601
Troms	40	61	102	115	4	22	24	57	425
Finnmark	17	39	45	56	2	2	14	50	224
Landet	1 130	2 216	2 140	3 386	179	358	1 206	1 370	11 986

Fra tabell 4.10 ser vi at det totalt er 11 986 årsverk som er fordelt på ulike utdanningskategorier. Dette er 43 færre årsverk enn de 12 029 årsverkene som ble rapportert totalt i tabell 3.1, og utgjør et uforklart avvik som står igjen, etter at vi i kvalitetskontrollen av data har forsøkt å få kommuner med avvik til å spesifisere alle årsverkene sine på utdanningskategorier (jf. innledningen på kapittel 3).

Personell med helse- og sosialfaglig høyskoleutdannelse *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid utgjør den største andelen av årsverkene i psykisk helsearbeid i kommunene med 3 386 årsverk, eller 28 prosent. Dernest følger helse- og sosialfag fra videregående skole *uten* videreutdanning (2 216 årsverk/18 prosent) og helse- og sosialfag fra høyskole *med* videreutdanning (2 140 årsverk/18 prosent).

Det har vært knyttet spenning til det totale antall psykologårsverk i kommunene, ettersom det gjennom opptrappingsplanperioden har vært en del fokus på at denne faggruppen har vært vanskelig å rekruttere til kommunene, og at målet om 184 nye psykologårsverk finansiert av øremerkede

midler ikke ser ut til å bli nådd. I 2007 ble 104 årsverk psykologer finansiert av øremerkede midler, i tabell 4.10 ser vi at det totale antallet psykologer som arbeider i psykisk helsearbeid i kommunene rapporteres å være 179.

I tabell 4.11 presenteres de samme tallene som prosentvis andel av totalt antall årsverk.

Tabell 4.11 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	Med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Østfold	10	20	18	25	0	5	12	10	100
Akershus	7	14	21	25	4	4	14	11	100
Oslo	5	14	12	33	1	3	19	13	100
Hedmark	10	19	20	29	1	5	6	11	100
Oppland	13	26	15	27	1	0	10	8	100
Buskerud	15	18	18	18	2	1	15	13	100
Vestfold	5	17	16	27	1	2	9	23	100
Telemark	15	20	12	26	0	1	12	14	100
Aust-Agder	10	18	20	27	1	3	13	8	100
Vest-Agder	5	15	29	33	1	4	7	7	100
Rogaland	10	21	21	26	3	3	8	8	100
Hordaland	10	20	18	30	2	2	7	12	100
Sogn og Fjordane	9	27	13	27	1	1	7	14	100
Møre og Romsdal	10	19	16	33	1	1	9	11	100
Sør-Trøndelag	11	15	20	31	3	8	6	7	100
Nord-Trøndelag	13	24	15	28	0	5	5	9	100
Nordland	9	24	21	30	0	2	5	9	100
Troms	9	14	24	27	1	5	6	13	100
Finnmark	7	17	20	25	1	1	6	22	100
Landet	9	18	18	28	1	3	10	11	100

Ser vi på de ulike kategoriene én og én, ser vi at kommunene i Buskerud og Telemark har den høyeste andelen helse- og sosialfaglig utdannede fra videregående skole *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid med 15 prosent av årsverkene sine i denne kategorien. Oslo kommune, kommunene i Vestfold og kommunene i Vest-Agder ligger lengst fra landsgjennomsnittet (ni prosent) med fem prosent av årsverkene i denne kategorien. Når det gjelder årsverk *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid, er det kommunene i Sogn- og Fjordane og Oppland som ligger høyest med hhv. 27 og 26 prosent. Oslo og Akershus-kommunene ligger lavest med 14 prosent.

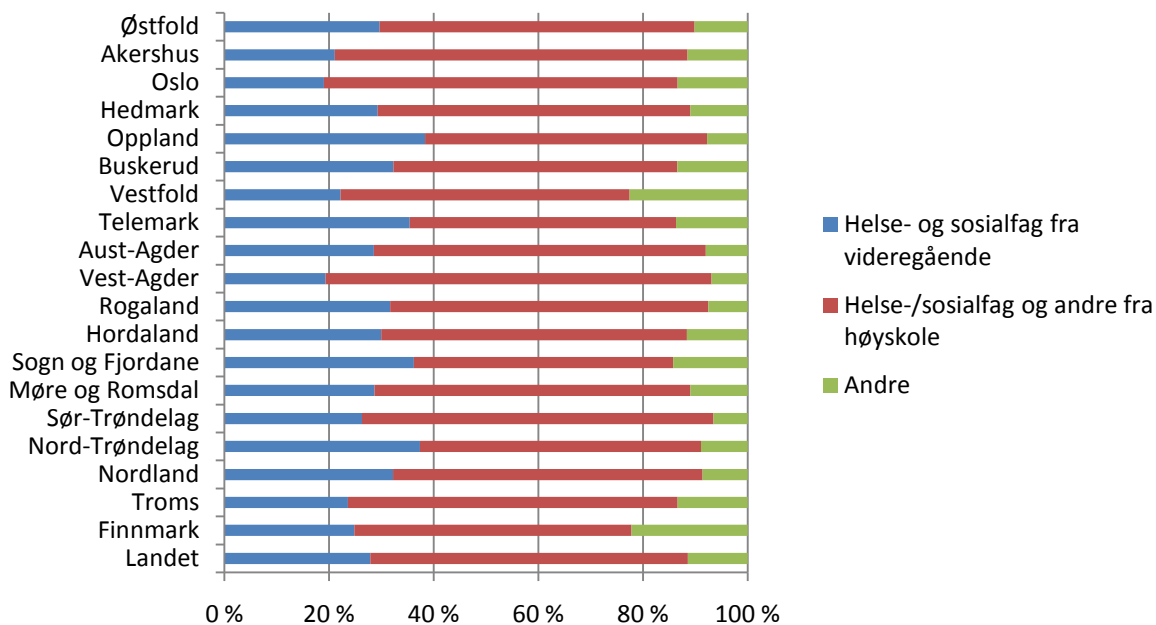
Helse- og sosialfaglig utdannede fra høyskole *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid utgjør i gjennomsnitt 29 prosent av årsverkene i Vest-Agder, men bare 12 prosent av årsverkene i kommunene i Telemark og Oslo. Vest-Agder-kommunene har også et høyt gjennomsnitt når det gjelder helse- og sosialfaglig utdannede *uten* videreutdanning, sammen med Oslo og kommunene i Møre og Romsdal har de 33 prosent av årsverkene sine i denne kategorien.

Alle fylkene har i gjennomsnitt ansatt én eller flere psykologårsverk i psykisk helsearbeid, men regnet som andel og uten desimaler i tabellen, havner både kommunene i Østfold, Telemark, Nord-Trøndelag og Nordland ut med null i andel. Kommunene i Akershus har i gjennomsnitt høyest andel psykologårsverk ansatt, deres 39 psykologårsverk utgjør fire prosent av de totale årsverkene deres.

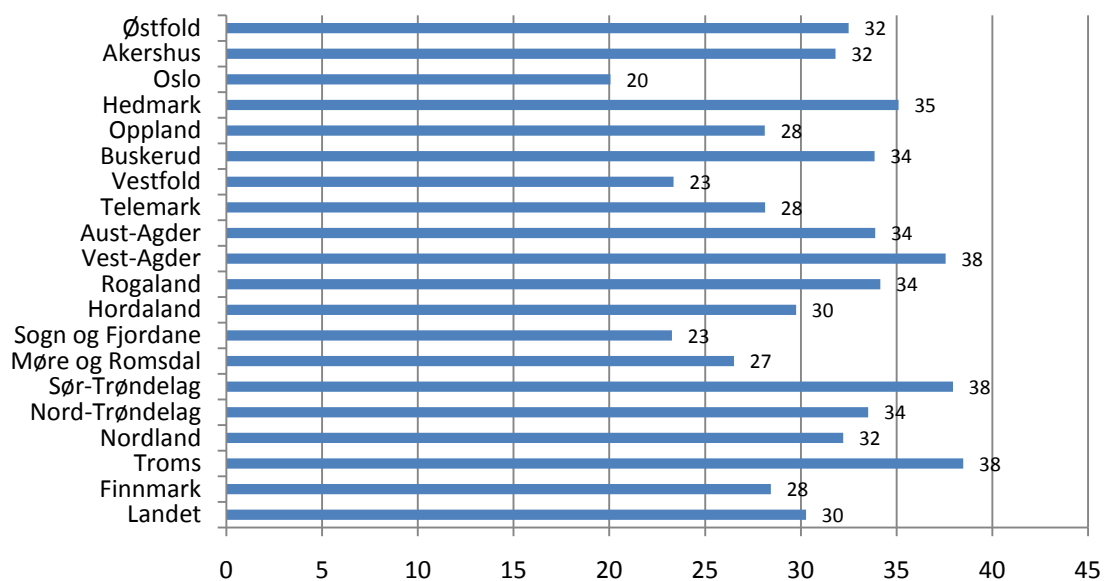
Når det gjelder andre former for høyskole/universitetsutdannelse er det en høyere andel *uten* enn *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kommunene i Sør-Trøndelag har åtte prosent av årsverkene *med* slik videreutdanning, Opplands-kommunene har null prosent. Oslo har 19 prosent av årsverkene sine definert som med høyskole/universitetsutdanning *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid, fulgt av Buskerud-kommunene med 15 prosent.

Når det gjelder sekkeposten "Andre", er det kommunene i Vestfold og Finnmark som rapporterer den høyeste andelen her med hhv. 23 og 22 prosent, dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet.

Fra tabellen over kan vi lage samme inndeling som vi brukte i kapittel 3, og vise fylkesvariasjonen grafisk. Vi ser først på andel med helse- og sosialfaglig utdanning og personell i kategorien "Andre" i hvert fylke (figur 4.16), deretter ser vi i figur 4.17 på andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid (både fra videregående og fra høyskole).



Figur 4.16. Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke 2007.



Figur 4.17. Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke 2007.

#### 4.4.1.2 KOMMUNESTØRRELSE

I det følgende har vi gruppert kommunene etter kommunestørrelse, og starter med å presentere absolutte antall årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper i tabell 4.12. Deretter ser vi på de samme størrelsene som andel av totalt antall årsverk i tabell 4.13.

Når det gjelder helse- og sosialfag fra høyskole ligger fordelingen for årsverkene *med* videreutdanning stabilt på rundt 18 prosent av årsverkene uavhengig av kommunestørrelse. Også når det gjelder andre med høyskole/universitetsutdanning er det små forskjeller mellom kommunegruppene. Hvis vi konsentrerer oss om de *uten* videreutdanning, er denne andelen fallende med økt kommunestørrelse for de med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole, men den er økende med kommunestørrelse for de som har utdanning fra helse- og sosialfag på høyskolenivå.

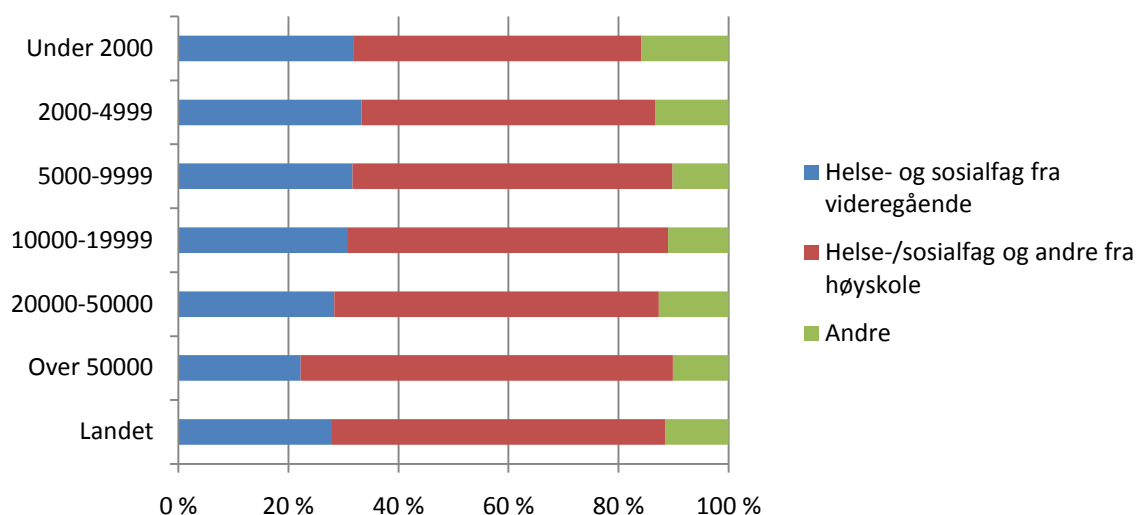
Tabell 4.12 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Under 2000	37	115	83	116	2	11	39	75	477
2000-4999	173	316	273	385	13	16	97	196	469
5000-9999	179	349	317	466	23	36	130	170	670
10000-19999	180	412	365	543	15	44	157	212	927
20000-50000	239	472	434	730	49	71	196	319	509
Over 50000	323	552	668	1 147	78	181	587	397	933
Landet	1 130	2 216	2 140	3 386	179	358	1 206	1 370	986

Tabell 4.13 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, kommunestørrelse, 2007.

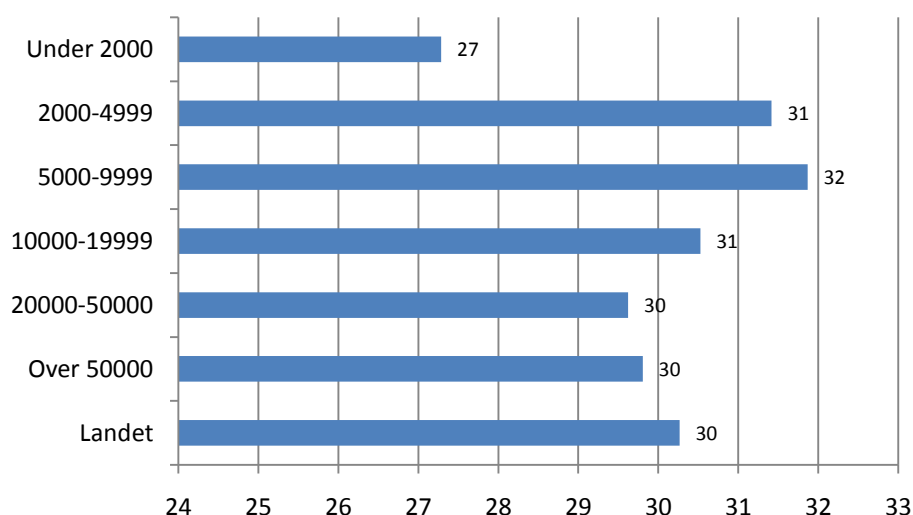
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Under 2000	8	24	17	24	0	2	8	16	100
2000-4999	12	22	19	26	1	1	7	13	100
5000-9999	11	21	19	28	1	2	8	10	100
10000-19999	9	21	19	28	1	2	8	11	100
20000-50000	10	19	17	29	2	3	8	13	100
Over 50000	8	14	17	29	2	5	15	10	100
Landet	9	18	18	28	1	3	10	11	100

I figur 4.18 har vi gruppert de med helse- og sosialfaglig utdanning fra hhv. videregående og høyskole sammen. Vi ser her hvordan de mest innbyggerrike kommunene i gjennomsnitt har en større andel årsverk med høgskoleutdanning, og en mindre andel med videregående utdanning.



Figur 4.18. Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2007.

I figur 4.19 går det fram at det er kommunene med mellom 2 000 og 10 000 innbyggere som i gjennomsnitt har høyest andel årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Landsgjennomsnittet ligger på 30 prosent, og de minst innbyggerrike kommunene har lavest andel av årsverkene sine med videreutdanning. Dette kan være knyttet til geografisk plassering av utdanningsinstitusjonene.



Figur 4.19. Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, totalt, kommunestørrelse, 2007.

#### 4.4.1.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabell 4.14 følger de absolutte tallene gruppert etter KOSTRA-gruppene. Det er mest interessant i denne forbindelse å se på hvordan årsverkene fordeler seg andelsmessig, og vi vil derfor bare kommentere på tabell 4.15 på neste side der dette fremgår.

Tabell 4.14 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, KOSTRA gruppe, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	28	58	45	90	1	8	10	42	282
Kostragruppe 2	84	152	136	169	5	7	52	89	694
Kostragruppe 3	47	77	60	95	3	4	25	49	358
Kostragruppe 5	22	67	58	87	6	4	27	31	303
Kostragruppe 6	28	86	60	53	0	6	25	57	314
Kostragruppe 7	98	170	164	222	16	23	87	90	869
Kostragruppe 8	76	164	146	206	9	16	87	61	766
Kostragruppe 10	30	117	103	210	5	11	60	81	617
Kostragruppe 11	133	270	200	311	13	33	64	123	1 147
Kostragruppe 12	32	65	59	83	2	3	20	31	295
Kostragruppe 13	348	646	742	1 079	70	127	416	445	3 871
Kostragruppe 14	124	147	201	309	33	67	71	72	1 025
Kostragruppe 15	72	193	160	454	17	47	262	186	1 392
Kostragruppe 16	7	5	7	19	0	2	1	12	53
Landet	1 130	2 216	2 140	3 386	179	358	1 206	1 370	11 986



Hvis vi fokuserer på hvilke KOSTRA-grupper som har de høyeste andelene på hver av utdanningskategoriene, ser vi at årsverk med helse- og sosialfag fra videregående *med* videreutdanning har høyest andel (14 prosent) i KOSTRA-gruppe 16, som er de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger. Dernest følger KOSTRA-gruppe 3 (13 prosent); små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, og høye frie disponible inntekter. I den samme kategorien *uten* videreutdanning, der 18 prosent av årsverkene finnes, skiller KOSTRA-gruppe 6 (små kommuner, høye bundne kostnader per innbygger, høye frie disponible inntekter) seg ut med høyest avvik fra gjennomsnittet – 27 prosent.

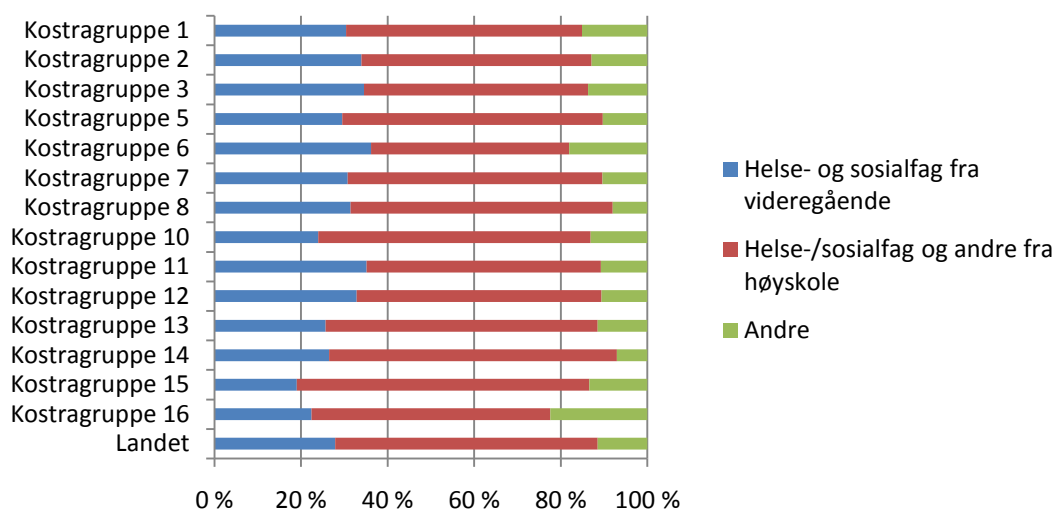
Når det gjelder de med helse- og sosialfag fra høyskole, er det som nevnt 18 og 28 prosent av årsverkene som på landsbasis har utdanning hhv. *uten* videreutdanning og *med* videreutdanning. For de *med* videreutdanning er det relativt jevnt fordelt mellom KOSTRA-gruppene, men gruppe 16 – de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter, har den laveste andelen her (13 prosent), men denne gruppen har til gjengjeld den høyeste andelen av årsverkene i gruppen *uten* videreutdanning (36 prosent).

Psykologårsverkene fordeler seg jevnt og lavt andelsmessig, det samme gjelder andre med høyskole- og universitetsutdanning *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid. Her skiller Bergen, Trondheim og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) seg mest fra landsgjennomsnittet på tre prosent, med sine sju prosent. Oslo skiller seg ut når det gjelder denne gruppen *uten* videreutdanning – og ligger ni prosentpoeng over landsgjennomsnittet på 10 prosent.

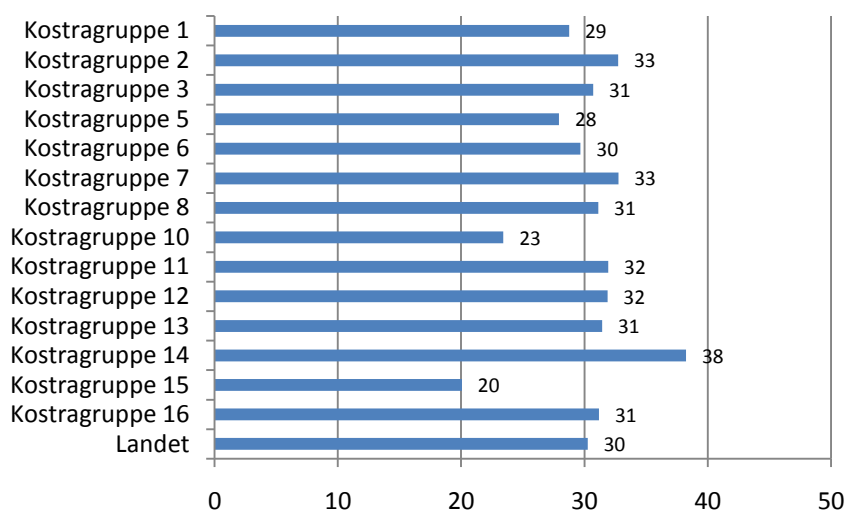
Tabell 4.15 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, KOSTRA gruppe, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	10	20	16	32	0	3	3	15	100
Kostragruppe 2	12	22	20	24	1	1	7	13	100
Kostragruppe 3	13	21	17	27	1	1	7	14	100
Kostragruppe 5	7	22	19	29	2	1	9	10	100
Kostragruppe 6	9	27	19	17	0	2	8	18	100
Kostragruppe 7	11	20	19	26	2	3	10	10	100
Kostragruppe 8	10	21	19	27	1	2	11	8	100
Kostragruppe 10	5	19	17	34	1	2	10	13	100
Kostragruppe 11	12	24	17	27	1	3	6	11	100
Kostragruppe 12	11	22	20	28	1	1	7	11	100
Kostragruppe 13	9	17	19	28	2	3	11	11	100
Kostragruppe 14	12	14	20	30	3	7	7	7	100
Kostragruppe 15	5	14	12	33	1	3	19	13	100
Kostragruppe 16	14	9	13	36	0	4	2	22	100
Landet	9	18	18	28	1	3	10	11	100

I figur 4.20 og 4.21 er årsverkene gruppert etter hvor stor andel som går til de ulike utdanningsgruppene totalt, og hvor stor andel av årsverkene som har en eller annen form for videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 4.20. Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, KOSTRA gruppe, 2007.



Figur 4.21. Prosentvis andel av årsverkene videreutdanning i psykisk helsearbeid, totalt, KOSTRA-gruppe, 2007.

Hvis vi samler årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, er det storbyene Bergen, Trondheim og Stavanger som i gjennomsnitt har den største andelen med videreutdanning (38 prosent). I andre enden finner vi KOSTRA-gruppe 15 med 20 prosent (Oslo) og KOSTRA-gruppe 10 – mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter (23 prosent).

#### 4.4.2 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT VOKSNE

I det følgende har vi valgt å gjøre den samme øvelsen som vi gjorde på tallene over, men fokuserer på årsverk i tjenester for henholdsvis voksne og barn og unge (sistnevne i kapittel 4.4.3).

##### 4.4.2.1 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 4.16 og 4.17 angir hvordan årsverkene til voksne fordeler seg mellom de ulike utdanningskategoriene, hhv. som absolutte tall, og som andeler i prosent. Av de 9 048 årsverkene som går til tjenester til voksne i psykisk helsearbeid, har én av fire helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. Én av fem har helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning *med* videreutdanning i psykisk helsearbeid – til sammen ivaretas 45 prosent av disse tjenestene av personell med relevant helse- og sosialfaglig utdanning fra høyskolene. 34 prosent har helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående skole – de fleste *uten* videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Vi noterer at de aller fleste psykologene som er ansatt i kommunene, ikke er knyttet til tjenester for voksne, men i tjenester til barn og unge. Av de 179 psykologårsverkene ansatt i kommunene på landsbasis, er kun 23 av disse (12 prosent) knyttet til tjenester for voksne.

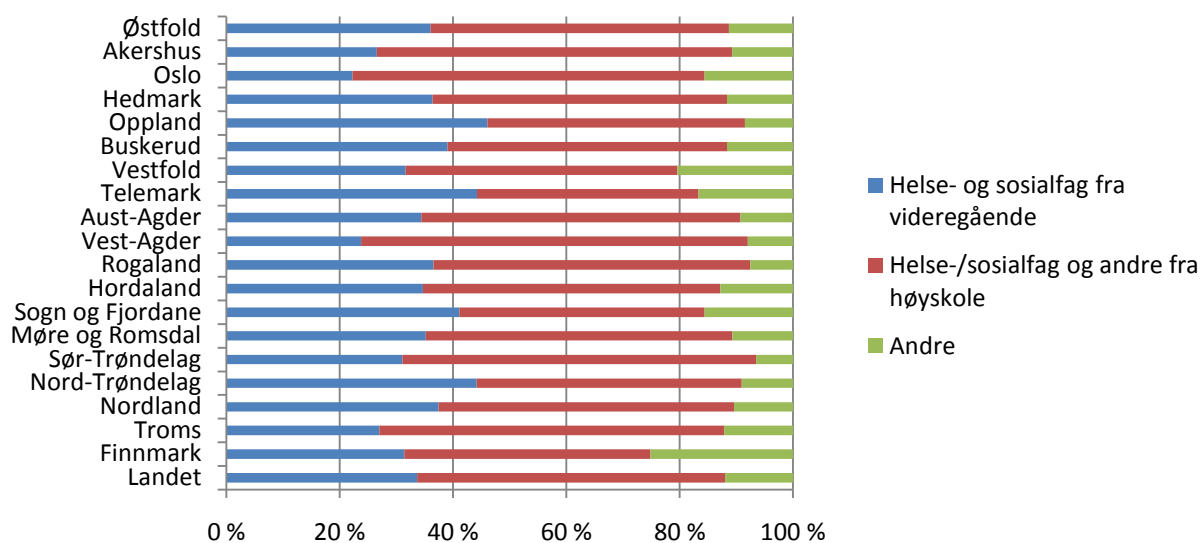
Tabell 4.16 Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Østfold	57	107	98	107	0	16	19	51	455
Akershus	66	142	186	175	7	23	101	84	783
Oslo	62	164	132	335	4	26	133	158	1 013
Hedmark	57	103	103	91	0	23	12	51	440
Oppland	58	119	60	90	1	0	24	33	385
Buskerud	67	64	71	59	0	2	34	39	336
Vestfold	29	82	65	80	1	6	15	71	350
Telemark	110	144	60	109	0	5	50	96	574
Aust-Agder	28	47	46	52	0	6	19	20	218
Vest-Agder	20	60	104	106	0	6	12	27	334
Rogaland	90	165	166	189	1	6	28	52	697
Hordaland	99	173	154	213	0	3	41	101	783
Sogn og Fjordane	33	93	40	78	0	2	12	48	305
Møre og Romsdal	71	129	106	166	2	2	30	61	569
Sør-Trøndelag	78	105	122	168	7	41	30	38	590
Nord-Trøndelag	45	74	42	65	0	16	3	24	270
Nordland	50	110	116	83	0	5	19	44	427
Troms	39	57	87	91	0	21	18	43	355
Finnmark	16	37	38	31	0	1	3	42	167
Landet	1 074	1 973	1 796	2 287	23	207	603	1 083	9 048

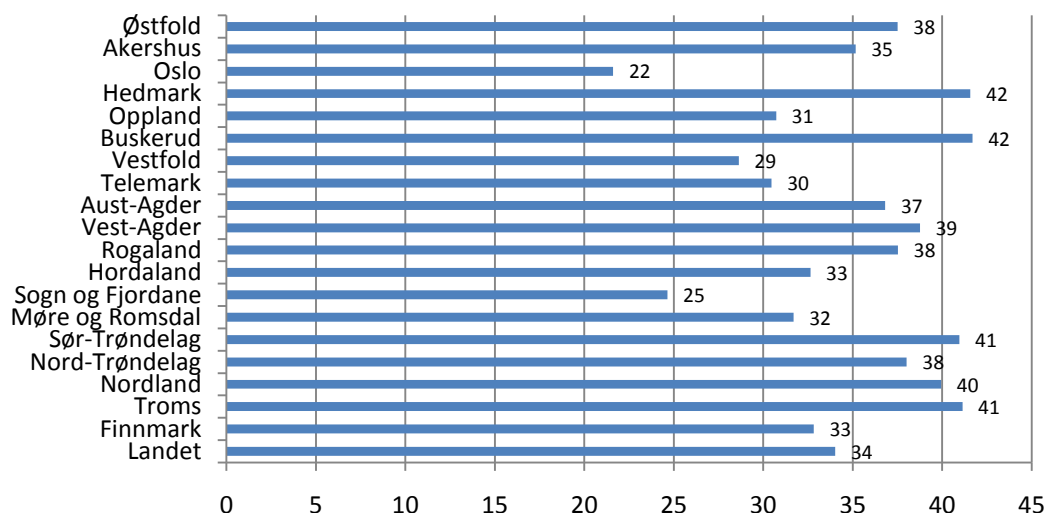
Tabell 4.17 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Østfold	13	23	21	24	0	3	4	11	100
Akershus	8	18	24	22	1	3	13	11	100
Oslo	6	16	13	33	0	3	13	16	100
Hedmark	13	23	23	21	0	5	3	12	100
Oppland	15	31	16	23	0	0	6	8	100
Buskerud	20	19	21	17	0	1	10	12	100
Vestfold	8	23	19	23	0	2	4	20	100
Telemark	19	25	11	19	0	1	9	17	100
Aust-Agder	13	21	21	24	0	3	9	9	100
Vest-Agder	6	18	31	32	0	2	4	8	100
Rogaland	13	24	24	27	0	1	4	8	100
Hordaland	13	22	20	27	0	0	5	13	100
Sogn og Fjordane	11	30	13	25	0	1	4	16	100
Møre og Romsdal	13	23	19	29	0	0	5	11	100
Sør-Trøndelag	13	18	21	28	1	7	5	6	100
Nord-Trøndelag	17	28	15	24	0	6	1	9	100
Nordland	12	26	27	19	0	1	4	10	100
Troms	11	16	24	26	0	6	5	12	100
Finnmark	10	22	23	18	0	0	2	25	100
Landet	12	22	20	25	0	2	7	12	100

I figur 4.22 har vi gruppert helse- og sosialfaglige årsverk i hhv. videregående og høyskole sammen. Det er lite systematikk i hvordan årsverkene fordeler seg andelsmessig mellom de ulike fylkene.



Figur 4.22. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2007.



Figur 4.23. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2007.

I figur 4.23 ser vi at kommunene i Sogn og Fjordane og Oslo kommune i gjennomsnitt har den laveste andelen årsverk i tjenester til voksne som har videreutdanning i psykisk helsearbeid (hhv. 25 og 22 prosent). I andre enden av skalaen finner vi kommunene i Buskerud og Hedmark, som begge har 42 prosent av årsverkene til voksne med videreutdanning.

#### 4.4.2.2 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse fordeler årsverkene i tjenester for voksne seg på utdanningskategorier som vist i tabell 4.18 (absolutte tall) og tabell 4.19 (prosentandel).

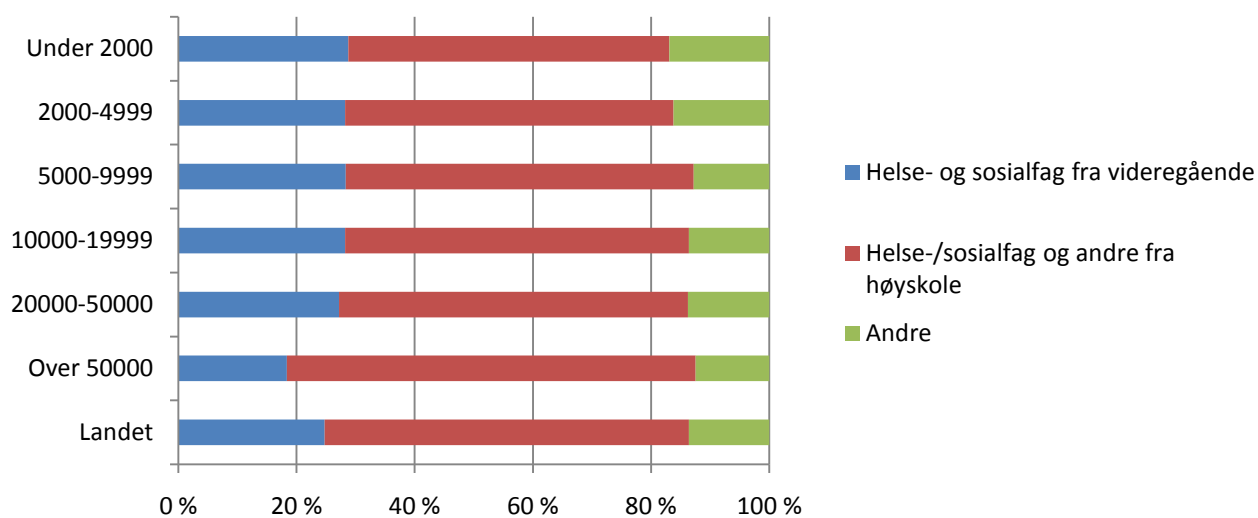
Tabell 4.18 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, kommunestørrelse, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Under 2000	35	99	72	85	0	8	21	58	378
2000-4999	162	271	227	252	1	9	45	155	1121
5000-9999	172	316	266	318	3	15	53	143	1285
10000-19999	174	377	301	384	1	27	66	182	1512
20000-50000	226	418	366	397	6	44	96	212	1764
Over 50000	306	493	564	852	13	104	322	334	2988
Landet	1074	1973	1796	2287	23	207	603	1083	9048

Det er marginale forskjeller mellom kommunegruppene. Kategoriene *uten* videreutdanning er andelsmessig størst i alle kommunegruppene, når vi sammenlikner med kategoriene *med* videreutdanning – men forskjellen er minst når det gjelder helse- og sosialfaglig utdannede. Dette framgår av neste tabell. Figur 4.24 illustrerer godt at forskjellene mellom kommunegruppene er marginale her.

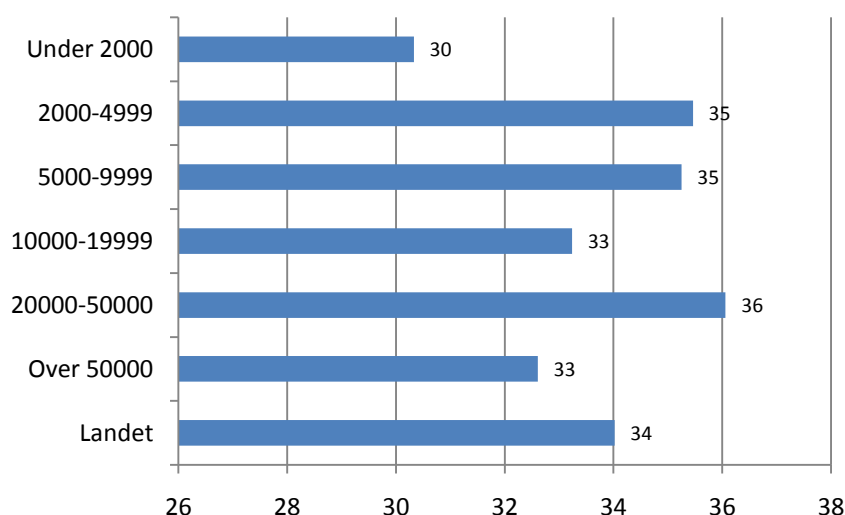
Tabell 4.19 Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, kommunestørrelse, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Under 2000	9	26	19	22	0	2	6	15	100
2000-4999	14	24	20	22	0	1	4	14	100
5000-9999	13	25	21	25	0	1	4	11	100
10000-19999	12	25	20	25	0	2	4	12	100
20000-50000	13	24	21	23	0	3	5	12	100
Over 50000	10	16	19	29	0	3	11	11	100
Landet	12	22	20	25	0	2	7	12	100



Figur 4.24. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2007.

I figur 4.25 har vi samlet de årsverkene i tjenester til voksne som har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Det er relativt små avvik fra landsgjennomsnittet (34 prosent) mellom de ulike kommunegruppene, og ingen klar systematikk på dette nivået.



Figur 4.25. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2007.

#### 4.4.2.3 KOSTRAGRUPPE

Til slutt har vi gruppert årsverkene i tjenester for voksne etter KOSTRA-gruppe – først i absolutte tall, deretter som andeler (tabell 4.20 og 4.21).

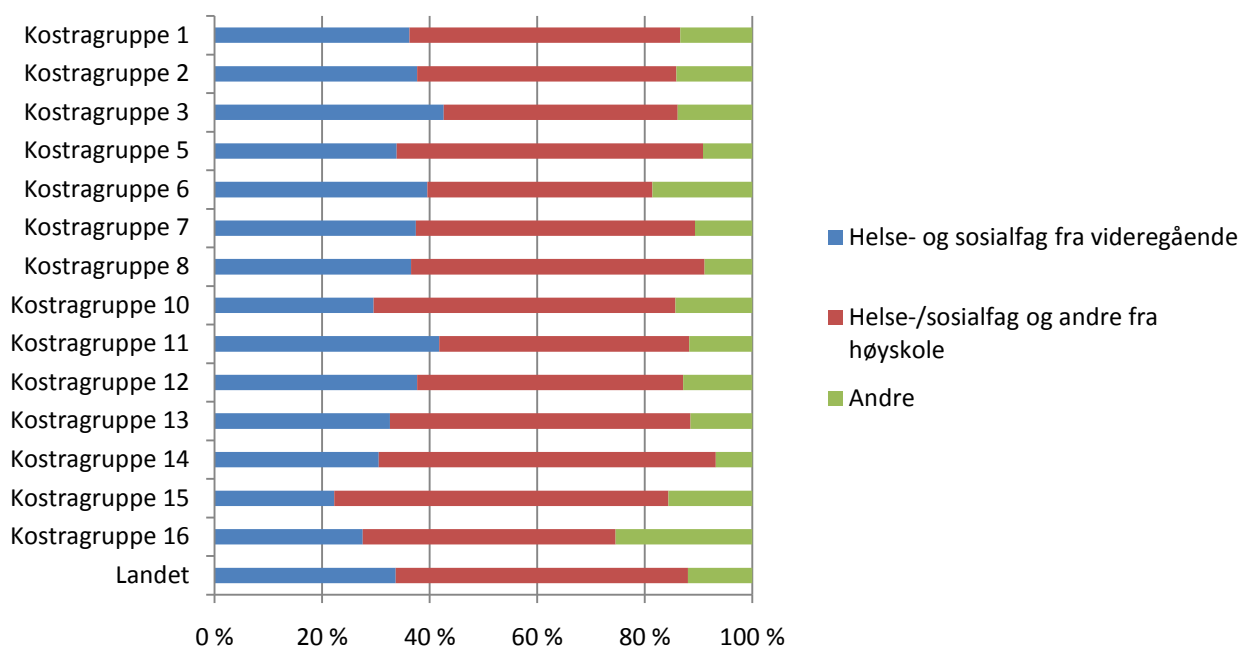
Tabell 4.20 Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, KOSTRA gruppe, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	27	51	38	62	0	5	4	29	216
Kostragruppe 2	78	118	110	110	1	5	26	73	521
Kostragruppe 3	44	72	52	55	0	2	10	38	273
Kostragruppe 5	22	57	51	65	0	3	12	21	232
Kostragruppe 6	25	76	51	38	0	3	16	48	257
Kostragruppe 7	88	151	132	144	1	11	42	68	638
Kostragruppe 8	76	145	125	149	1	11	43	54	603
Kostragruppe 10	29	103	82	141	1	2	24	64	446
Kostragruppe 11	130	254	174	222	2	18	13	108	920
Kostragruppe 12	31	55	47	53	0	2	11	29	228
Kostragruppe 13	339	597	618	664	7	83	230	329	2867
Kostragruppe 14	117	125	180	235	7	36	39	54	793
Kostragruppe 15	62	164	132	335	4	26	133	158	1013
Kostragruppe 16	7	4	4	14	0	2	0	11	42
Landet	1074	1973	1796	2287	23	207	603	1083	9048

De største avvikene fra gjennomsnittet på KOSTRA-gruppe-nivå finner vi for årsverk med helse- og sosialfag *uten* videreutdanning fra videregående- og høyskole. For øvrig er det en del variasjon mellom de ulike KOSTRA-gruppene, noe som kommer fram når vi grupperer tallene i figur 4.26 og 4.27.

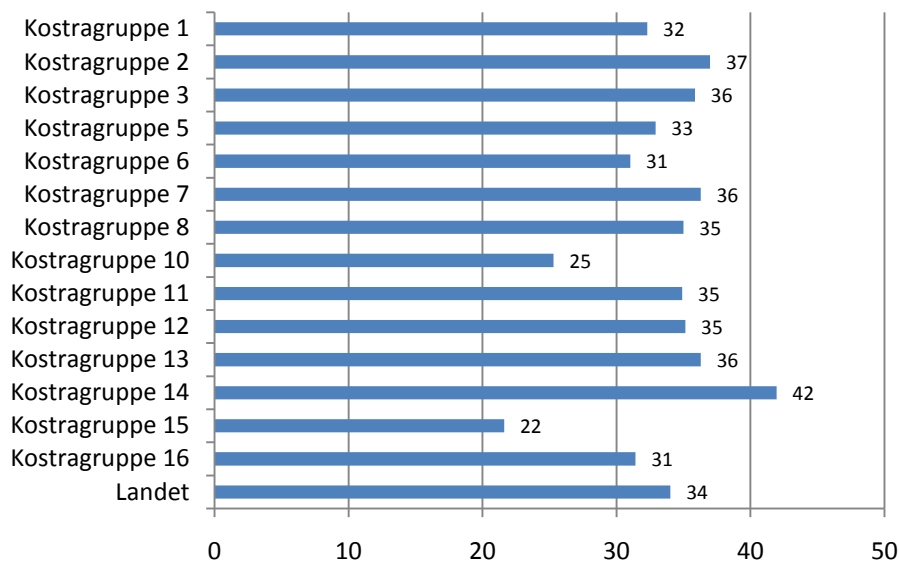
Tabell 4.21 Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, KOSTRA-gruppe, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	Uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	12	24	17	29	0	2	2	13	100
Kostragruppe 2	15	23	21	21	0	1	5	14	100
Kostragruppe 3	16	26	19	20	0	1	4	14	100
Kostragruppe 5	9	24	22	28	0	1	5	9	100
Kostragruppe 6	10	30	20	15	0	1	6	19	100
Kostragruppe 7	14	24	21	23	0	2	7	11	100
Kostragruppe 8	13	24	21	25	0	2	7	9	100
Kostragruppe 10	6	23	18	32	0	0	5	14	100
Kostragruppe 11	14	28	19	24	0	2	1	12	100
Kostragruppe 12	14	24	21	23	0	1	5	13	100
Kostragruppe 13	12	21	22	23	0	3	8	11	100
Kostragruppe 14	15	16	23	30	1	5	5	7	100
Kostragruppe 15	6	16	13	33	0	3	13	16	100
Kostragruppe 16	18	10	9	33	0	5	0	25	100
Landet	12	22	20	25	0	2	7	12	100



Figur 4.26. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, KOSTRA gruppe, 2007.





Figur 4.27. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, KOSTRA gruppe, 2007.

Oslo kommune og KOSTRA-gruppe 10 (mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og lave frie disponible inntekter) utgjør gruppene med lavest andel *med* videreutdanning av årsverkene til voksne. I den andre enden av skalaen finner vi Bergen, Trondheim og Stavanger (KOSTRA-gruppe 14) med 42 prosent, og KOSTRA-gruppe 2 (små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter).

#### 4.4.3 ÅRSVERK I TJENESTER OG TILTAK RETTET MOT BARN OG UNGE

Delkapittel 4.4.3 gir en systematisk gjennomgang av hvordan årsverk i tjenester til barn og unge fordeler seg på de ulike utdanningskategoriene, på samme måte som vi har sett på årsverk i tjenester til voksne, og årsverk i tjenester totalt i det foranstående. Ettersom totaltallene kun er splittet mellom tjenester til voksne og tjenester til barn og unge, vil det si at delkapittel 4.4.3 – 4.4.3 utgjør det resterende av totalen i de tabellene og figurene som er kommentert i delkapittel 4.4.2.

Av plasshensyn har vi derfor valgt å ikke kommentere hver enkelt tabell eller figur i detalj i det følgende delkapitlet (4.4.3).

#### 4.4.3.1 FYLKESFORSKJELLER

Tabell 4.22 angir årsverk i tjenester for barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper i 2007.

Tabell 4.22 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall fylke, 2007.

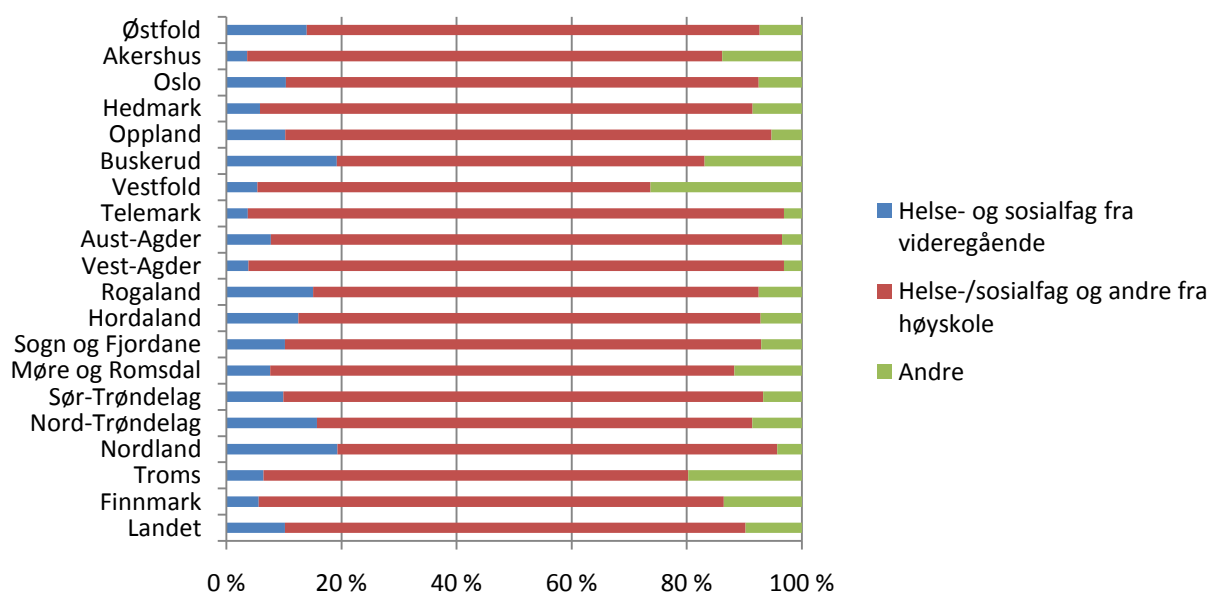
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Østfold	5	21	17	52	3	15	59	14	185
Akershus	5	3	32	83	32	15	41	34	245
Oslo	10	29	29	119	13	22	129	29	379
Hedmark	1	7	13	73	4	4	20	11	133
Oppland	5	6	13	45	3	2	27	6	107
Buskerud	7	26	22	34	8	2	44	29	171
Vestfold	0	11	20	69	6	8	32	52	197
Telemark	1	5	30	80	3	1	35	5	160
Aust-Agder	1	4	10	23	2	4	16	2	61
Vest-Agder	0	4	22	34	4	10	19	3	96
Rogaland	4	27	23	50	23	19	42	15	203
Hordaland	4	22	21	82	23	14	29	15	210
Sogn og Fjordane	1	5	7	21	5	1	13	4	58
Møre og Romsdal	0	13	13	82	5	4	37	21	175
Sør-Trøndelag	4	13	26	71	14	17	16	12	173
Nord-Trøndelag	3	11	10	35	1	4	15	7	85
Nordland	2	32	14	98	3	8	11	7	174
Troms	1	3	15	24	4	1	7	14	70
Finnmark	1	3	7	25	2	1	11	8	57
Landet	55	243	344	1 099	156	150	603	287	2 937

Tabell 4.23 angir andelen årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper i tjenester for barn og unge i prosent, i 2007.

Tabell 4.23 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2007.

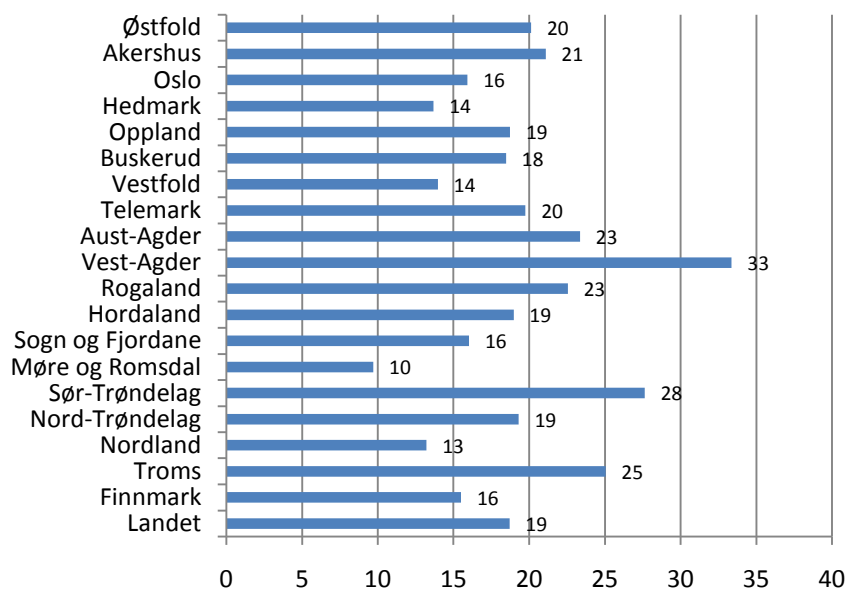
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	Uten videreutd psykisk helsearb.		
Østfold	3	11	9	28	1	8	32	7	100
Akershus	2	1	13	34	13	6	17	14	100
Oslo	3	8	8	31	3	6	34	8	100
Hedmark	1	5	10	55	3	3	15	9	100
Oppland	4	6	12	42	3	2	25	5	100
Buskerud	4	15	13	20	4	1	25	17	100
Vestfold	0	5	10	35	3	4	16	26	100
Telemark	1	3	19	50	2	1	22	3	100
Aust-Agder	1	6	16	38	3	6	26	3	100
Vest-Agder	0	4	23	36	5	10	19	3	100
Rogaland	2	13	11	24	11	9	21	8	100
Hordaland	2	10	10	39	11	7	14	7	100
Sogn og Fjordane	2	8	13	37	9	1	23	7	100
Møre og Romsdal	0	8	7	47	3	2	21	12	100
Sør-Trøndelag	3	7	15	41	8	10	9	7	100
Nord-Trøndelag	3	13	12	41	1	4	17	9	100
Nordland	1	18	8	56	2	4	6	4	100
Troms	2	5	22	35	6	2	9	20	100
Finnmark	1	4	12	44	3	2	20	14	100
Landet	2	8	12	37	5	5	21	10	100

Figur 4.28 angir andel årsverk til barn og unge fordelt på helse og sosialfag på Vgs. og høyskole, samt "Andre".



Figur 4.28. Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2007.

Figur 4.29 viser prosentvis andel av årsverkene i tjenester til barn og unge som har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Kommunene i Vest-Agder skiller seg mest positivt fra gjennomsnittet, mens Møre og Romsdal-kommunene kun har 10 prosent årsverk med videreutdanning i psykisk helsearbeid.



Figur 4.29. Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Fylke 2007.

#### 4.4.3.2 KOMMUNESTØRRELSE

Under har vi gruppert kommunene etter innbyggertall (kommunestørrelse). Tabell 4.24 angir antall årsverk i tjenester til barn og unge fordelt på de ulike utdanningsgruppene.

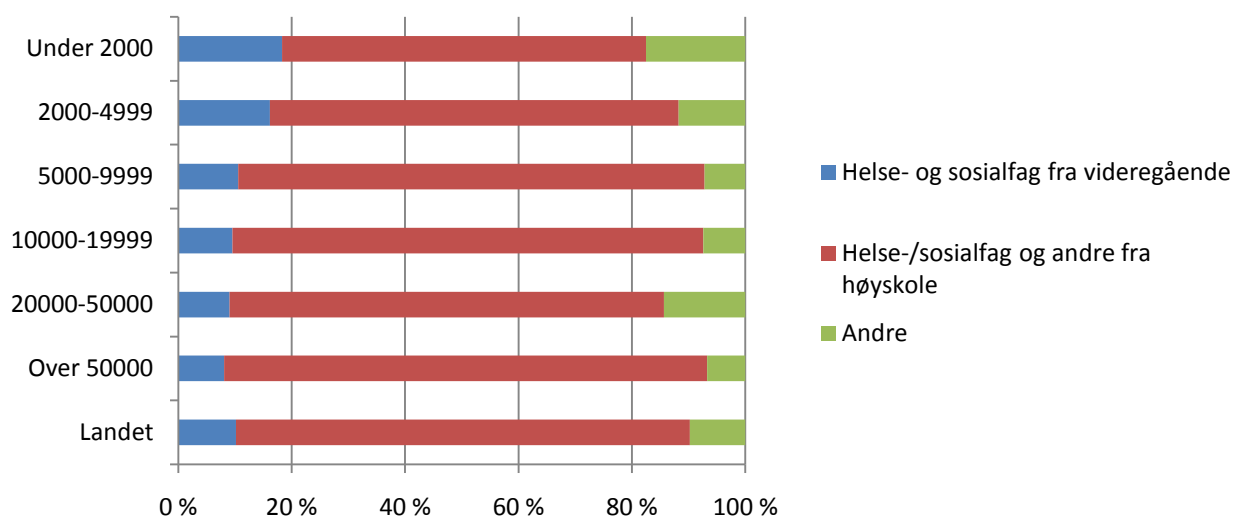
Tabell 4.24 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Under 2000	2	16	11	31	2	3	18	17	99
2000-4999	11	46	46	133	13	7	52	41	348
5000-9999	7	33	51	148	20	21	77	28	385
10000-19999	5	34	64	159	14	17	92	31	415
20000-50000	13	54	68	333	43	26	100	107	744
Over 50000	17	59	105	295	65	76	265	64	945
Landet	55	243	344	1 099	156	150	603	287	2 937

Den andelsmessige fordelingen av tallene i tabellen over, er gitt i tabell 4.25 under. Figur 4.30 illustrerer prosentandel av årsverkene fordelt på helse- og sosialfag fra hhv. videregående skole og høyskole. Variasjonene er marginale, med en viss tendens til at mindre kommuner har en større andel årsverk som er utdannet på videregående skolenivå.

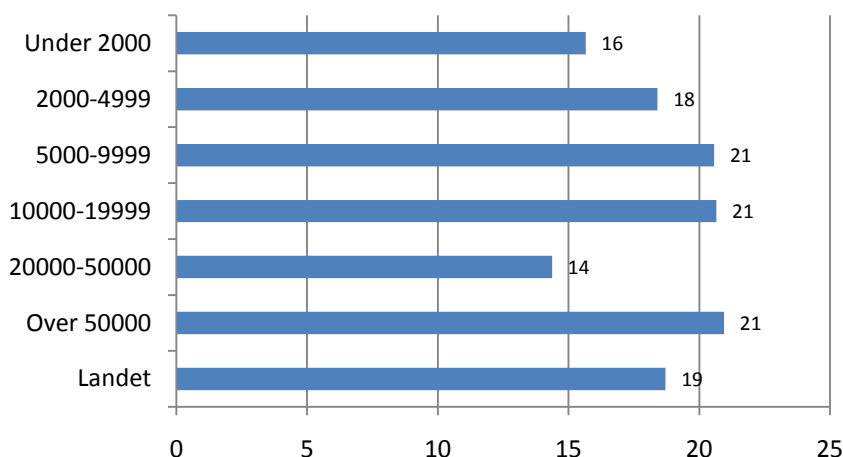
Tabell 4.25 Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, kommunestørrelse 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Under 2000	2	16	11	31	2	3	18	18	100
2000-4999	3	13	13	38	4	2	15	12	100
5000-9999	2	9	13	38	5	6	20	7	100
10000-19999	1	8	15	38	3	4	22	7	100
20000-50000	2	7	9	45	6	4	13	14	100
Over 50000	2	6	11	31	7	8	28	7	100
Landet	2	8	12	37	5	5	21	10	100



Figur 4.30. Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, kommunestørrelse 2007.

I figur 4.31 fremstilles andelen av årsverkene i tjenester til barn og unge som har videreutdanning i psykisk helsearbeid. Fire av seks kommunegrupper ligger omtrent på gjennomsnittet, mens de minst innbyggerrike, og de kommunene med 20 000 – 50 000 innbyggere avviker mest i negativ retning.



Figur 4.31. Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse 2007.

#### 4.4.3.3 KOSTRA-GRUPPE

I det følgende presenteres årsverkstallene gruppert etter KOSTRA-gruppe og fordelt på type utdanning. Tabell 4.26 angir antall årsverk, mens tabell 4.27 gir en oversikt over prosentvis andel av årsverkene som hører hjemme i de ulike KOSTRA-gruppene.

Tabell 4.26 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, KOSTRA-gruppe, 2007.

	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høyskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	1	6	8	29	1	3	5	14	66
Kostragruppe 2	6	33	26	59	4	2	26	16	173
Kostragruppe 3	3	5	7	40	3	2	15	11	85
Kostragruppe 5	0	11	7	22	6	2	15	10	71
Kostragruppe 6	2	10	9	15	0	3	10	9	57
Kostragruppe 7	9	19	32	78	14	12	45	22	232
Kostragruppe 8	1	19	22	56	8	5	45	7	163
Kostragruppe 10	2	14	21	69	4	9	36	17	171
Kostragruppe 11	3	16	26	89	12	16	51	15	227
Kostragruppe 12	1	10	11	30	2	1	9	2	67
Kostragruppe 13	9	49	123	414	63	43	186	116	1 004
Kostragruppe 14	7	22	21	74	26	31	32	19	232
Kostragruppe 15	10	29	29	119	13	22	129	29	379
Kostragruppe 16	0	0	3	5	0	0	1	1	11
Landet	55	243	344	1 099	156	150	603	287	2 937

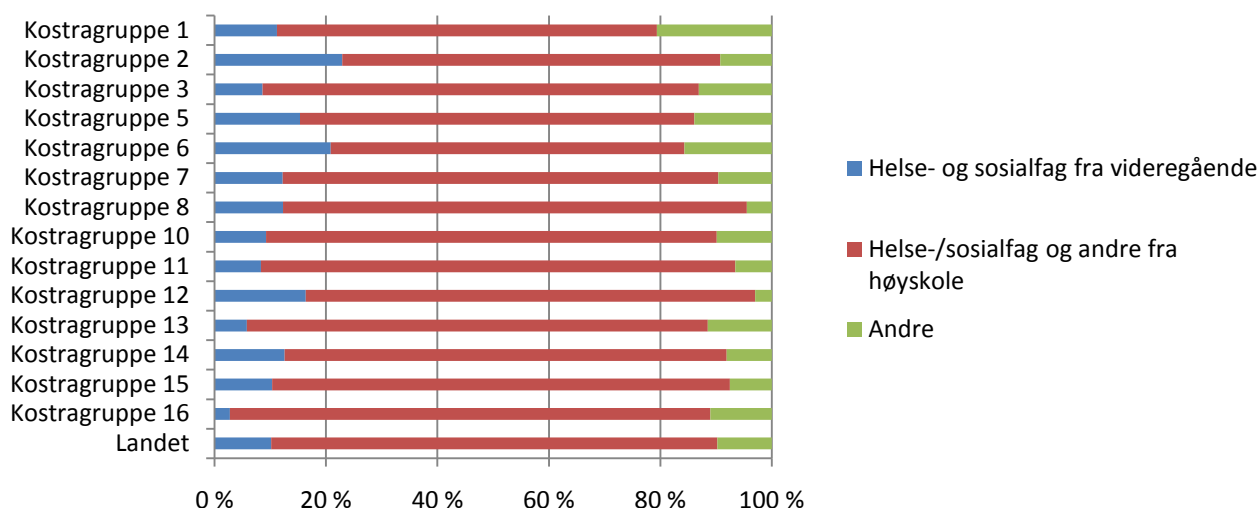
Den største andelen årsverk i tjenester til barn og unge, finner vi i kategorien helse- og sosialfag fra høyskole – uten videreutdanning i psykiske helsearbeid. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter skårer høyt på denne variabelen (48 prosent), det samme gjør små kommuner med middels

bundne kostnader per innbygger og høye frie disponible inntekter (KOSTRA-gruppe 3). Vi ser også at andelen årsverk psykologer er mye høyere for barn og unge enn den var for voksne, og at det er storbyene (kostragruppe 14) Bergen, Trondheim og Stavanger som har den høyeste andelen psykologårsverk.

Tabell 4.27 Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2007.

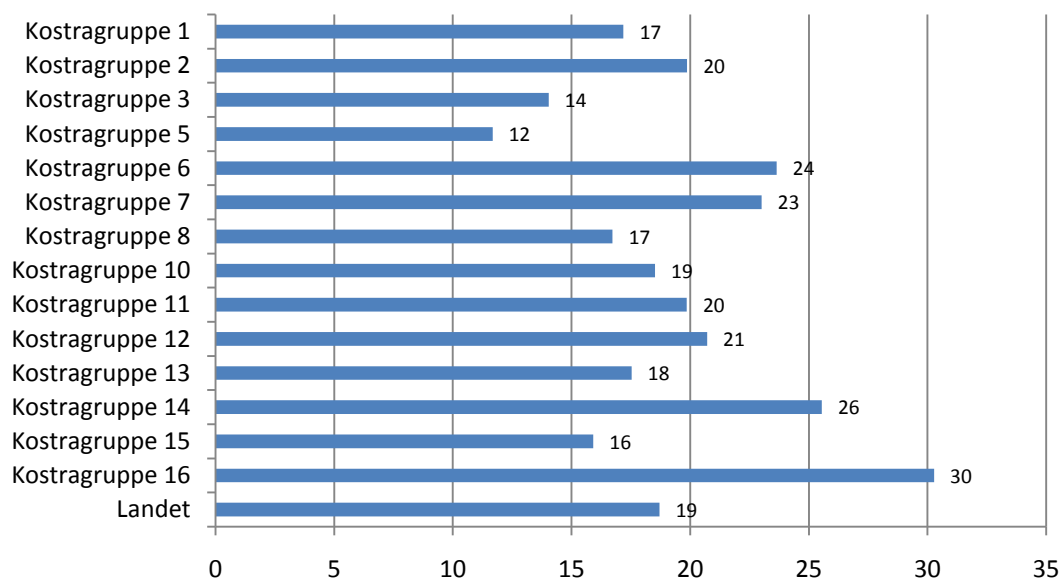
	Helse og sosialfag fra videregående skole		Helse-/sosialfag fra høyskole		Psyko- loger	Andre med høgskole /universitets utd.		Andre	Totalt
	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.	med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		med videreutd psykisk helsearb.	uten videreutd psykisk helsearb.		
Kostragruppe 1	2	9	12	43	1	4	8	21	100
Kostragruppe 2	4	19	15	34	3	1	15	9	100
Kostragruppe 3	3	5	9	47	3	2	17	13	100
Kostragruppe 5	0	15	9	30	8	2	21	14	100
Kostragruppe 6	4	17	15	26	1	5	17	16	100
Kostragruppe 7	4	8	14	34	6	5	19	10	100
Kostragruppe 8	0	12	13	35	5	3	27	4	100
Kostragruppe 10	1	8	12	40	2	5	21	10	100
Kostragruppe 11	1	7	12	39	5	7	22	7	100
Kostragruppe 12	2	15	17	45	3	2	14	3	100
Kostragruppe 13	1	5	12	41	6	4	19	12	100
Kostragruppe 14	3	9	9	32	11	13	14	8	100
Kostragruppe 15	3	8	8	31	3	6	34	8	100
Kostragruppe 16	0	3	28	48	0	3	8	11	100
Landet	2	8	12	37	5	5	21	10	100

Figur 4.32 illustrerer hvordan årsverkene med helse- og sosialfag og "Andre" fordeler seg mellom gruppene.



Figur 4.32. Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2007.

Figur 4.33 illustrerer hvordan årsverkene med videreutdanning fordeler seg på ulike KOSTRA-grupper. Som vi ser varierer andelen mellom 12 og 30 prosent.



Figur 4.33. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, KOSTRA-gruppe, 2007.

#### 4.5 ANTALL BRUKERE I UTVALGTE TILTAK

For 2007-tallene har kommunene i tillegg til å rapportere på årsverk, rapportert på seks variabler under kategorien "Resultater" i rapporteringsskjema (jf. Kapittel 3.6). Resultatene skal i følge veiledningen telles i en representativ uke mot slutten av året. Disse variablene søker å måle følgende:

- Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi
- Antall voksne som har hatt støttekontakt
- Antall barn og unge som har hatt støttekontakt
- Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn
- Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning
- Antall innkjøpte heldøgns plasser

I det følgende tar vi for oss disse tallene gruppert etter fylke, kommunestørrelse og KOSTRA-gruppe. Tallene presenteres i tabeller både som absolutte størrelser og som resultat per 1 000 innbygger.



#### 4.5.1 FYLKESFORSKJELLER

I tabell 4.28 og 4.29 presenteres de seks resultatvariablene på fylkesnivå.

De absolutte størrelsene i tabellen over vil i stor grad være preget av antall innbyggere i hvert av fylkene. For eksempel står Oslo og Akershus for 24 prosent av totalt antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi på landsbasis. Når det gjelder antall voksne som har hatt støttekontakt, er det kommunene i Østfold, Hordaland og Sør-Trøndelag som andelsmessig står for de høyeste tallene. Sør-Trøndelag har også det klart høyeste antallet barn og unge som har hatt støttekontakt med et resultat på 409. Kommunene i Vestfold og Telemark har det høyeste antallet barn og unge med psykiske lidelser hvor pårørende mottar omsorgslønn (hhv. 130 og 140), mens Akershus har flest pårørende som mottar avlastning for barn og unge med psykiske lidelser (258). Oslo og Akershus står for til sammen 57 prosent av alle innkjøpte heldøgnsplasser i landet.

Tabell 4.28 Resultat, antall, fylke 2007.

	Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi	Antall voksne som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning	Antall innkjøpte heldøgnspl.
Østfold	278	751	239	71	157	14
Akershus	370	699	289	116	258	110
Oslo	563	422	216	55	198	271
Hedmark	168	366	145	44	84	21
Oppland	194	499	108	20	97	29
Buskerud	142	452	218	57	140	63
Vestfold	167	481	199	130	225	20
Telemark	209	463	240	140	180	5
Aust-Agder	35	224	103	23	62	9
Vest-Agder	274	255	77	16	92	1
Rogaland	186	447	145	24	202	23
Hordaland	320	810	283	88	191	12
Sogn og Fjordane	136	330	137	16	26	5
Møre og Romsdal	109	640	227	33	93	13
Sør-Trøndelag	150	750	409	46	146	30
Nord-Trøndelag	184	252	82	16	59	5
Nordland	209	443	169	45	134	11
Troms	81	290	63	28	58	20
Finnmark	40	188	76	23	49	9
Landet	3815	8762	3425	991	2451	671

I tabell 4.29 har vi beregnet resultatene per 1 000 innbygger i hhv. voksen-, og barne- og ungdomsbefolkningen (voksne er benyttet for arbeidstiltak og støttekontakter for voksne).

Vi starter med å se på antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi i 2007. Her ligger landsgjennomsnittet på én person per 1 000 voksne innbygger. Kommunene i Vest-Agder skiller seg positivt fra landsgjennomsnittet med 2,2 personer per 1 000 voksne innbygger, og kommunene i Nord-Trøndelag ligger også høyt (1,9). I den andre enden av skalaen finner vi blant annet

kommunene i Aust-Agder med 0,4 personer per 1 000 voksne innbygger, og både kommunene i Rogaland og Møre og Romsdal ligger på 0,6 personer per 1 000 voksne innbygger.

Antall voksne som har hatt støttekontakt er 2,4 per 1 000 voksne innbygger på landsbasis. Kommunene i Sogn og Fjordane skårer høyt på denne variabelen med 4,1 personer per 1 000 voksne innbygger, mens Østfold-kommunene følger med 3,7. Lavest ligger Oslo kommune med 0,9 voksne med støttekontakt per 1 000 voksne innbygger i 2007. Antall barn og unge som har hatt støttekontakt ligger noe høyere enn voksne – 3,1 personer per barne- og ungdomsinnbygger på landsbasis. Kommunene i Telemark og Sør-Trøndelag skårer høyest med hhv. 6,5 og 6,3 barn- og unge per 1 000 innbygger i barne- og ungdomsbefolkningen. Rogaland og Troms ligger lavest med hhv. 1,4 og 1,7 barn og unge per 1 000 innbygger i barne- og ungdomsbefolkningen.

Når det gjelder antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn ligger Telemark høyest med 3,8 barn og unge per 1 000 innbygger i barne- og ungdomsbefolkningen. Vestfold-kommunene ligger nest høyest med 2,5. Lavest ligger kommunene i Rogaland med kun 0,2 personer per 1 000 innbygger i barne- og ungdomsbefolkningen. Telemark og Vestfold sine kommuner ligger også høyest i gjennomsnitt per innbygger når det gjelder antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning. På samme variabel ligger kommunene i Sogn og Fjordane lavest med én person per 1 000 innbygger i barne- og ungdomsbefolkningen. Kommunene i Buskerud og Oslo kommune har flest antall innkjøpte heldøgns plasser per innbygger.

Tabell 4.29 Resultat per 1000 innbygger, fylke, 2007.

	Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi	Antall voksne som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning	Antall innkjøpte heldøgns-plasser
Østfold	1,4	3,7	4,0	1,2	2,6	0,07
Akershus	1,0	1,8	2,2	0,9	2,0	0,28
Oslo	1,3	0,9	1,9	0,5	1,8	0,61
Hedmark	1,1	2,3	3,3	1,0	1,9	0,13
Oppland	1,3	3,5	2,7	0,5	2,4	0,20
Buskerud	0,7	2,3	3,8	1,0	2,5	0,32
Vestfold	1,0	2,8	3,9	2,5	4,4	0,11
Telemark	1,6	3,6	6,5	3,8	4,9	0,04
Aust-Agder	0,4	2,8	4,1	0,9	2,5	0,11
Vest-Agder	2,2	2,0	1,9	0,4	2,2	0,01
Rogaland	0,6	1,5	1,4	0,2	1,9	0,07
Hordaland	0,9	2,4	2,6	0,8	1,8	0,04
Sogn og Fjordane	1,7	4,1	5,2	0,6	1,0	0,06
Møre og Romsdal	0,6	3,4	3,9	0,6	1,6	0,07
Sør-Trøndelag	0,7	3,4	6,3	0,7	2,2	0,14
Nord-Trøndelag	1,9	2,6	2,6	0,5	1,9	0,05
Nordland	1,2	2,5	3,1	0,8	2,5	0,06
Troms	0,7	2,4	1,7	0,8	1,6	0,17
Finnmark	0,7	3,4	4,4	1,3	2,8	0,16
Landet	1,0	2,4	3,1	0,9	2,2	0,18

#### 4.5.2 KOMMUNESTØRRELSE

I tabellene 4.30 og 4.31 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 4.31.

Tabell 4.30 Resultat, antall, fylke, 2007.

	Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi	Antall voksne som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning	Antall innkjøpte heldøgns-plasser
Under 2000	178	453	132	34	66	11
2000-4999	528	1 196	511	104	266	50
5000-9999	459	1 307	504	128	362	59
10000-19999	497	1 347	599	172	405	77
20000-50000	759	1 784	708	301	614	126
Over 50000	1 394	2 675	971	252	738	348
Landet	3 815	8 762	3 425	991	2 451	671

Tabell 4.31 Resultat, per 1000 innbygger, kommunestørrelse, 2007.

	Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi	Antall voksne som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning	Antall innkjøpte heldøgns-plasser
Under 2000	1,96	4,99	5,08	1,31	2,54	0,12
2000-4999	1,51	3,43	4,91	1,00	2,56	0,14
5000-9999	0,94	2,66	3,28	0,83	2,35	0,12
10000-19999	0,82	2,23	3,05	0,88	2,07	0,13
20000-50000	0,97	2,27	2,92	1,24	2,53	0,16
Over 50000	1,06	2,03	2,58	0,67	1,96	0,26
Landet	1,05	2,41	3,12	0,90	2,23	0,18

Som det går fram av tabellen over, er antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi per voksne innbygger høyest i de minst innbyggerrike kommunene. Tendensen er at antallet faller med kommunestørrelse fram til kommunene får ca. 20 000 innbyggere. Kommuner med over 50 000 innbyggere har i gjennomsnitt ca. én person i arbeidstiltak i kommunal regi per 1 000 voksne innbygger.

Når det gjelder antall personer med støttekontakter er dette tallet fallende med økt kommunestørrelse både for voksne og barn og unge. Mens kommuner med under 2 000 innbyggere ligger på rundt 5 voksne og 5 barn og unge per 1 000 innbygger i den respektive befolkningen, har kommuner med over 50 000 innbyggere rundt halvparten så mange personer med støttekontakt per innbygger.

Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn er høyest per innbygger i kommuner med under 2000 og mellom 20 000 – 50 000 innbyggere. Det er relativt lite

variasjon mellom kommunegruppene når det gjelder barn og unge der de pårørende mottar avlastning, landsgjennomsnittet ligger på 2,23 barn og unge per 1 000 innbygger i barne- og ungdomsbefolkningen. Antallet innkjøpte heldøgns plasser er høyest per innbygger i de mest folkerike kommunene.

#### 4.5.3 KOSTRA-GRUPPE

I tabellene 4.32 og 4.33 presenteres tallene gruppert etter KOSTRA-gruppe. Her er det de relative størrelsene per innbygger som er mest interessant, og vi kommenterer kun på tabell 4.33.

Som vi ser i tabell 4.33 er det en tendens til at variablene i de tre første kolonnene (personer på arbeidstiltak og med støttekontakt) er stigende for de små kommunene (KOSTRA-gruppe 1-6) jo høyere bundne kostnader og jo høyere nivå på de frie inntektene. Det er et klart skille mellom små (KOSTRA-gruppe 1-6) og mellomstore kommuner (KOSTRA-gruppe 7-12) for disse variablene, der små kommuner har et høyere antall personer i arbeidstiltak og med støttekontakt per innbygger. Når det gjelder antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn eller avlastning, er variasjonen mindre systematisk. Antall innkjøpte heldøgns plasser er klart størst per innbygger i Oslo (KOSTRA-gruppe 15).

Tabell 4.32 Resultat, antall, KOSTRA-gruppe, 2007.

	Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi	Antall voksne som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning	Antall innkjøpte heldøgns plasser
Kostragruppe 1	82	223	102	19	73	14
Kostragruppe 2	259	562	245	52	104	19
Kostragruppe 3	129	305	127	23	61	15
Kostragruppe 5	111	258	95	23	49	6
Kostragruppe 6	114	296	82	23	53	11
Kostragruppe 7	303	583	300	102	261	38
Kostragruppe 8	225	718	268	55	122	21
Kostragruppe 10	93	342	161	58	133	17
Kostragruppe 11	323	838	335	51	242	55
Kostragruppe 12	64	206	59	39	39	6
Kostragruppe 13	1 353	2 900	967	434	910	170
Kostragruppe 14	179	1 056	453	54	201	27
Kostragruppe 15	563	422	216	55	198	271
Kostragruppe 16	17	53	15	3	5	1
Landet	3 815	8 762	3 425	991	2 451	671

Tabell 4.33 Resultat per 1000 innbygger, KOSTRA-gruppe, 2007.

	Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi	Antall voksne som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge som har hatt støttekontakt	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn	Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning	Antall innkjøpte heldøgns plasser
Kostragruppe 1	0,11	2,95	4,13	0,77	2,95	0,19
Kostragruppe 2	0,14	3,13	4,63	0,98	1,96	0,11
Kostragruppe 3	0,16	3,75	5,31	0,96	2,55	0,18
Kostragruppe 5	0,19	4,49	5,58	1,35	2,88	0,10
Kostragruppe 6	0,20	5,07	5,15	1,44	3,33	0,19
Kostragruppe 7	0,09	1,70	2,57	0,87	2,23	0,11
Kostragruppe 8	0,09	2,79	3,23	0,66	1,47	0,08
Kostragruppe 10	0,06	2,12	3,05	1,10	2,52	0,11
Kostragruppe 11	0,10	2,59	3,43	0,52	2,48	0,17
Kostragruppe 12	0,08	2,47	2,22	1,47	1,47	0,07
Kostragruppe 13	0,12	2,53	2,74	1,23	2,58	0,15
Kostragruppe 14	0,04	2,56	3,75	0,45	1,67	0,07
Kostragruppe 15	0,13	0,94	1,94	0,49	1,78	0,61
Kostragruppe 16	0,19	5,91	5,71	1,14	1,90	0,11
Landet	0,10	2,41	3,12	0,90	2,23	0,18

#### 4.6 ORGANISERING AV TJENESTENE

Hvordan det psykiske helsearbeidet er organisert og plassert i kommuneorganisasjonen vil variere på tvers av kommunene. I rapporteringsskjema 2 er det presentert fire modeller som representerer fire ulike måter å organisere det psykiske helsearbeidet på. I mer enn hver tredje kommune er det slik at tjenestene i psykisk helsearbeid *ikke* er organisert på samme måte for voksne og for barn og unge. Det skiller derfor mellom disse tjenestene i det følgende. I rapporteringsskjema beskrives de ulike modellene og disse er beskrevet i kapittel 3.5. Vi viser derfor her kun en kort forklaring av modelltypene. Dette er:

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

I det følgende ser vi på hvordan organisasjonsmodellene fordeler seg andelsmessig gruppert etter fylke, kommunestørrelse og KOSTRA-gruppe. Merk at bydelene i Oslo ikke inngår her, slik at Oslo holdes utenfor i dette delkapitlet. Organisering av tjenestene er for øvrig tema i kapittel 8 – der det er gjort både deskriptive analyser og regresjonsanalyser av hva som bestemmer organiseringsmodell for det psykiske helsearbeidet i norske kommuner.

#### 4.6.1 FYLKESFORSKJELLER

I tjenester for voksne har 44 prosent av kommunene som har svart på spørsmålet svart at de organiserer sitt psykiske helsearbeid som en egen spesialisert tjeneste (modell 4). 31 prosent har valgt å ha en egen enhet med leder og eget budsjett (modell 1), mens henholdsvis 17 og 8 prosent har valgt å integrere tilbudet i øvrige tjenester (modell 2) eller integrere med en klar plassering av ansvaret (modell 3). Tre prosent av kommunene har ikke svart på dette spørsmålet, flere har unnlatt å svare fordi de ikke synes noen av modellene passer på deres organisering.

Tabell 4.34 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), fylke, 2007.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Total	Antall svar (N)	Ikke svar (N)
Østfold	44	19	0	38	100	16	2
Akershus	67	5	5	24	100	21	1
Oslo	*	*	*	*	*	*	*
Hedmark	39	11	6	44	100	18	4
Oppland	38	12	0	50	100	26	0
Buskerud	42	5	16	37	100	19	2
Vestfold	36	21	14	29	100	14	0
Telemark	39	6	0	56	100	18	0
Aust-Agder	13	20	20	47	100	15	0
Vest-Agder	20	13	7	60	100	15	0
Rogaland	50	12	0	38	100	26	0
Hordaland	24	12	12	52	100	33	0
Sogn og Fjordane	27	23	4	46	100	26	0
Møre og Romsdal	17	28	11	44	100	36	1
Sør-Trøndelag	9	17	9	65	100	23	2
Nord-Trøndelag	17	21	17	46	100	24	0
Nordland	23	16	14	48	100	44	0
Troms	32	20	12	36	100	25	0
Finnmark	37	32	0	32	100	19	0
Landet	31	17	8	44	100	418	13

\* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet da de ikke har en felles organisasjonsmodell.

Av de som har valgt modell 1 – egen enhet med leder og eget budsjett – er andelen høyest blant kommunene i Akershus. 67 prosent av de 21 kommunene som har svart fra Akershus, har valgt modell 1. I Rogaland har halvparten av de 26 kommunene valgt modell 1. Av fylkene som har lavest andel kommuner med modell 1 finner vi Sør-Trøndelag (ni prosent) og Aust-Agder (13 prosent).

Av de som har valgt modell 2 – der psykisk helsearbeid er integrert i det øvrige tjenestetilbudet – er det kommunene i Finnmark (32 prosent) og Møre og Romsdal (28 prosent) som merker seg ut med store positive avvik fra gjennomsnittet. Kommunene i Akershus og Telemark ligger i andre enden av skalaen med 5-6 prosent av kommunene med slik modell.

Av kommunene som har valgt modell 3 – der man har integrert tjenestene, men har en klar plassering av ansvaret (for eksempel hos Rådmannen eller hos helse- og sosialsjefen) – er det Aust-Agder-kommunene (20 prosent) som skiller seg mest fra landsgjennomsnittet på åtte prosent. Fem

fylker (Østfold, Oppland, Telemark, Rogaland og Finnmark) har ingen kommuner med organisering tilsvarende modell 3.

Av kommunene som har valgt modell 4 – der kommunen har etablert en egen tjeneste med spesialisert personell som arbeider bare med psykisk helsearbeid – er det Sør-Trøndelag som har høyest andel her med hele 65 prosent av kommunene sine med en slik modell. Også Vest-Agder og Telemark ligger høyt her. Akershus og Vestfold har færrest kommuner med modell 4 – henholdsvis 24 og 29 prosent.

I tabell 4.35 presenteres valg av organiseringsmodell på fylkesnivå i tjenester for barn og unge. Vi ser at bildet her har snudd – her er det modell 2, integrert i øvrige tjenester, som er mest populær som organiseringsmodell, med 43 prosent av kommunene. 31 prosent har valgt modell 4 for tjenester til barn og unge, mens hhv. 17 og 10 prosent av kommunene har valgt modell 1 og 3. Litt over tre prosent av kommunene har ikke svart på dette spørsmålet.

Tabell 4.35 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), fylke, 2007.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Total	Antall svar (N)	Ikke svar (N)
Østfold	31	38	6	25	100	16	2
Akershus	33	43	0	24	100	21	1
Oslo	*	*	*	*	*	*	*
Hedmark	18	41	6	35	100	17	5
Oppland	19	50	4	27	100	26	0
Buskerud	32	26	21	21	100	19	2
Vestfold	21	57	14	7	100	14	0
Telemark	11	56	6	28	100	18	0
Aust-Agder	7	33	27	33	100	15	0
Vest-Agder	13	47	7	33	100	15	0
Rogaland	35	27	0	38	100	26	0
Hordaland	9	45	15	30	100	33	0
Sogn og Fjordane	4	65	8	23	100	26	0
Møre og Romsdal	9	51	14	26	100	35	2
Sør-Trøndelag	4	42	8	46	100	24	1
Nord-Trøndelag	21	29	13	38	100	24	0
Nordland	18	23	16	43	100	44	0
Troms	8	60	8	24	100	25	0
Finnmark	16	47	0	37	100	19	0
Landet	17	43	10	31	100	417	14

\* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet.

Det er andelsmessig flest kommuner som har valgt å organisere tjenestene til barn og unge etter modell 1 i Rogaland (35 prosent) og Akershus (33 prosent). I motsatt ende av skalaen finner vi kommunene i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag, der kun 4 prosent av kommunene har valgt modell 1 med egen enhet, leder og eget budsjett.

De fleste kommunene i Sogn og Fjordane (65 prosent) har valgt å organisere tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske problemer etter modell 2 – integrert i øvrige tjenester. Også Troms har en høy andel av kommunene sine med denne type organisering (60 prosent). Kommunene i Nordland,

Buskerud og Rogaland ligger relativt lavt her med mellom 23-26 prosent – nær halvparten av landsgjennomsnittet på 43.

De færreste kommunene har valgt modell 3, integrert modell med klar plassering av ansvaret. For eksempel har ingen av kommunene i Akershus, Rogaland og Finnmark valgt denne løsningen. Lengst over landsgjennomsnittet på 10 prosent, ligger kommunene i Aust-Agder (27 prosent) og Buskerud (21 prosent).

Kommunene i Sør-Trøndelag og Nordland har mange kommuner med modell 4 – hhv. 46 og 43 prosent av kommunen her har valgt en modell med egen spesialisert tjeneste for det psykiske helsearbeidet for barn og unge. Til sammenlikning har kun 7 prosent av kommunene i Vestfold valgt det samme.

#### 4.6.2 KOMMUNESTØRRELSE

Gruppert etter kommunestørrelse (tabell 4.36) finner vi at over halvparten av kommunene med over 50 000 innbyggere svarer at de har valgt å ha egen enhet med egen leder og eget budsjett (modell 1) for det psykiske helsearbeidet i tjenester for voksne. Denne type organisering later til å være stigende med innbyggertall – det er en lavere andel av de mindre innbyggerrike kommunene som har valgt denne ordningen. For modell 4 fungerer det nesten motsatt: de mellomstore kommunene (innbyggermessig) velger i større grad å organisere arbeidet som egen spesialisert tjeneste. Mens kommunegruppene med opp til 20 000 innbyggere ligger på mellom 40 og 55 prosent av kommunene sine med modell 4, har kommuner med mellom 20 000 og 50 000 innbyggere 24 prosent av kommunene her, mens de over 50 000 innbyggere kun har ni prosent av kommunene i denne kategorien. Det er også flest små kommuner (under 2 000 innbyggere) som har valgt modell 3 (20 prosent) for det psykiske helsearbeidet for voksne, mens modell 2 oftest velges av de store kommunene med over 50 000 innbyggere.

Tabell 4.36 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), kommunestørrelse, 2007.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Totalt	Antall svar (N)	Ikke svar (N)
Under 2000	18	22	20	40	100	93	2
2000-4999	29	12	9	49	100	137	5
5000-9999	30	12	2	55	100	89	2
10000-19999	44	11	2	44	100	55	1
20000-50000	42	33	0	24	100	33	1
Over 50000	55	36	0	9	100	11	2
Landet	31	17	8	44	100	418	13

Som vi så innledningsvis er situasjonen i tjenester for barn og unge noe annerledes; 43 prosent av kommunene velger modell 2, og dette er typisk de største kommunene. Modell 1 velges av 17 prosent av kommunene på landsbasis, her er mellomstore kommuner med mellom 10 000 og 20 000 med på å trekke opp gjennomsnittet. Modell 3 øker i popularitet når kommunestørrelsen blir mindre, mens modell 4 har motsatt utvikling.



Tabell 4.37 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), kommunestørrelse, 2007.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Total	Antall svar (N)	Ikke svar (N)
Under 2000	16	27	18	39	100	93	2
2000-4999	15	37	14	34	100	137	5
5000-9999	11	51	3	34	100	88	3
10000-19999	31	45	2	22	100	55	1
20000-50000	15	73	3	9	100	33	1
Over 50000	18	73	0	9	100	11	2
Landet	17	43	10	31	100	417	14

#### 4.6.3 KOSTRA-GRUPPE

I de to siste tabellene i dette delkapitlet har vi gruppert organisasjonsmodelltallene på KOSTRA-gruppe-nivå – henholdsvis for tjenester for voksne og barn og unge. Av de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter (KOSTRA-gruppe 16) svarer 40 prosent at de har organisert tjenestene for voksne etter modell 4. KOSTRA-gruppe 5 og 6 hadde relativt høy andel (rundt 20 prosent) av kommunene på modell 3.

Tabell 4.38 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), KOSTRA-gruppe, 2007.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Totalt	Antall svar (N)	Ikke svar (N)
Kostragruppe 1	26	19	11	44	100	27	1
Kostragruppe 2	32	6	9	52	100	65	2
Kostragruppe 3	25	19	6	50	100	32	0
Kostragruppe 5	26	12	21	42	100	43	2
Kostragruppe 6	18	25	20	38	100	56	2
Kostragruppe 7	39	15	3	42	100	33	1
Kostragruppe 8	44	16	3	38	100	32	0
Kostragruppe 10	40	10	0	50	100	20	0
Kostragruppe 11	23	11	2	64	100	47	1
Kostragruppe 12	38	8	0	54	100	13	1
Kostragruppe 13	46	32	0	22	100	37	2
Kostragruppe 14	33	67	0	0	100	3	0
Kostragruppe 15	*	*	*	*	*	*	1
Kostragruppe 16	20	30	10	40	100	10	0
Landet	31	17	8	44	100	418	13

\* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet.

I tjenester til barn og unge (tabell 4.39) går det klart fram at de små kommunene (gruppe 1-6), har en relativt høy andel årsverk organisert som modell 3, sammenliknet med de større kommunene. For øvrig mye variasjon.

Tabell 4.39 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), KOSTRA-gruppe, 2007.

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Total	Antall svar (N)	Ikke svar (N)
Kostragruppe 1	15	33	15	37	100	27	1
Kostragruppe 2	17	34	14	35	100	65	2
Kostragruppe 3	9	44	6	41	100	32	0
Kostragruppe 5	19	30	21	30	100	43	2
Kostragruppe 6	18	25	18	39	100	56	2
Kostragruppe 7	27	42	3	27	100	33	1
Kostragruppe 8	16	65	3	16	100	31	1
Kostragruppe 10	10	65	5	20	100	20	0
Kostragruppe 11	19	45	4	32	100	47	1
Kostragruppe 12	8	31	0	62	100	13	1
Kostragruppe 13	16	73	0	11	100	37	2
Kostragruppe 14	0	100	0	0	100	3	0
Kostragruppe 15	*	*	*	*	*	0	1
Kostragruppe 16	10	40	20	30	100	10	0
Landet	17	43	10	31	100	417	14

\* Oslo har svart på bydelsnivå, og presenteres ikke i dette delkapitlet.

#### 4.7 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi tatt for oss variasjon mellom kommunene i rapporterte årsverk – gruppert etter fylke, kommunestørrelse (antall innbyggere) og KOSTRA-gruppe i 2007.

##### Flere årsverk per innbygger i tjenester til barn og unge og i kommuner med få innbyggere

I 2007 var det 2,5 årsverk per 1 000 voksne innbygger i tjenester for voksne, og 2,7 årsverk per 1 000 barne- og ungdomsinnbygger i tjenester for barn og unge. På fylkesnivå varierte kommunene mellom 2,0 og 4,4 årsverk per 1 000 innbygger totalt, mellom 1,7 og 4,4 årsverk per 1 000 voksne innbygger i tjenester for voksne og mellom 1,8 og 4,4 årsverk per 1 000 innbygger i barne- og ungdomsbefolkningen i tjenester for barn og unge.

Gruppert etter innbyggertall er det flest årsverk per voksen og barn og unge i de minste kommunene. Jo flere innbyggere, jo færre årsverk per innbygger i psykisk helsearbeid. Dette er nærmere analysert i de neste kapitlene i rapporten.

I KOSTRA-gruppene finner vi igjen mønsteret med at små kommuner i KOSTRA-gruppe 1-6 har relativt flere årsverk per innbygger enn de mellomstore og store kommunene. De ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger er imidlertid de som har høyest antall årsverk per voksen, med 4,7 årsverk per 1 000 voksne innbygger.

##### 25 prosent av årsverkene går til tjenester for barn og unge

På landsbasis går én av fire årsverk til tjenester for barn og unge, men tallet varierer fra 16 (Sogn og Fjordane) til 36 prosent (Vestfold) på fylkesnivå. Sammen med kommunene i Sogn og Fjordane, er det kun kommunene i Troms (17 prosent) som i gjennomsnitt ligger under 20 prosent av årsverkene i disse tjenestene. Det er kommuner på mellom 20 000 – 50 000 innbyggere som i gjennomsnitt benytter den største andelen av årsverkene på tjenester til barn og unge – hele 30 prosent. For øvrig er resultatet relativt jevnt fordelt mellom gruppene basert på kommunestørrelse, mens KOSTRA-

gruppene generer noe større variasjon; fra 19 prosent i KOSTRA-gruppe 6 til 28 prosent i KOSTRA-gruppe 28.

#### De fleste årsverkene går til bolig, oppfølging, behandling og rehabilitering

I gjennomsnitt gikk 17 prosent av årsverkene knyttet til tjenester for voksne til aktivitetstilbud, resten gikk til bolig, oppfølging og behandling m.v. Kommunene i Sør-Trøndelag benytter klart høyest andel årsverk i psykisk helsearbeid på aktivitetstilbud – 29 prosent i 2007. Andelen årsverk som går til aktivitetstilbud er høyest i de minste kommunene med 23 prosent i gjennomsnitt for kommuner med under 2 000 innbyggere. KOSTRA-gruppe 16 med de ti kommunene med høyest frie disponibel inntekter per innbygger ligger i gjennomsnitt med 30 prosent av årsverkene sine i aktivitetstilbud.

Innenfor tjenester for barn og unge benyttes 11 prosent til aktivitets-, kultur- og fritidstiltak, 35 prosent går til helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens de resterende 54 prosentene går til behandling, oppfølging m.v. Kommunene i Vest-Agder bruker imidlertid halvparten av årsverkene sine i tjenester til barn og unge på helsestasjons- og skolehelsetjeneste, mens kommunene i Rogaland og Troms i gjennomsnitt bare benytter 4-5 prosent av årsverkene på aktivitetstilbud.

#### Nær halvparten av årsverkene i psykisk helsearbeid har helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning

Mens 49 prosent av årsverkene i tjenester til barn og unge har helse- og sosialfaglig høyskoleutdanning (hvorav 12 prosent har videreutdanning) er det en litt lavere andel (45 prosent) med slik utdanning i tjenester for voksne, men her har 20 prosent av disse videreutdanning på høyskolenivå. Det er en langt større andel *andre* med høyskole/universitetsutdanning som arbeider i tjenester for barn og unge (26 prosent) sammenliknet med tjenester for voksne (ni prosent). Det er også langt flere psykologårsverk i tjenester for barn og unge. Når vi grupperer kommunene etter fylke, størrelse og KOSTRA-gruppe, er det relativt små forskjeller mellom gruppene i tjenester for voksne, mens tallene varierer mer for tjenester til barn og unge.

#### Antall voksne og barn og unge med støttekontakt per innbygger er høyest i små kommuner

På landsbasis var antall voksne som har hatt støttekontakt per 1 000 voksne innbygger 2,4 i 2007 – variasjonsbredden på fylkesnivå variasjonsbredden utgjøres av kommunene i Sogn og Fjordane (4,1) og Oslo (0,9). Det tilsvarende tallet for barn og unge var 3,1 – med en variasjonsbredde spennende fra Telemark med 6,5 barn og unge per 1 000 barne- og ungdomsinnbygger til Rogaland med 1,4. Gruppert etter kommunestørrelse går det fram at tallene for antall personer med støttekontakt er fallende med økt innbyggertall i kommunene. Delkapittel 4.5 viser også antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi, antall barn og unge med pårørende som mottar omsorgslønn og avlastning, samt antall innkjøpte heldøgns plasser. Sistnevnte er klart høyest per innbygger i de mest folkerike kommunene.

#### Organisering av det psykiske helsearbeidet gjøres forskjellig i tjenester for voksne og tjenester for barn og unge

Rapporteringskjema gir respondenten mulighet til å velge mellom fire ulike modeller for organiseringen av det psykiske helsearbeidet. I tjenester for voksne har 44 prosent av kommunene valgt modell 4, der psykisk helsearbeid er organisert som en egen tjeneste. Rundt halvparten av kommunene med mellom 2 000 og 10 000 innbyggere har valgt denne modellen. Når det gjelder de største kommunene med over 50 000 innbyggere, svarer 55 prosent av disse at de har modell 1 – der tjenesten er organisert som egen enhet med egen leder og eget budsjett. De fleste av kommunene som har valgt modell 3 – der man har integrert det psykiske helsearbeidet i øvrige tjenester, men

med en klar plassering av ansvaret hos Rådmannens stab eller helse- og sosialsjefen, er små kommuner med under 2 000 innbyggere. Modell 2 – der psykisk helsearbeid er helt integrert i andre kommunale tjenester velges gjennomsnittlig i størst grad kommuner med over 20 000 innbyggere.

I tjenester for barn og unge rapporteres organiseringen av det psykiske helsearbeidet å være annerledes enn for voksne. Her utgjør den største andelen av kommunene (43 prosent) modell 2, og det er fortsatt de største kommunene som i all hovedsak velger denne modellen. Modell 4 velges av nær 40 prosent av de minste kommunene, mens modell 3 også i størst grad velges av de minste. Av de som har valgt modell 1, ligger den største andelen blant kommuner med under 5 000 innbyggere.

## 5 METODISK TILNÆRMING TIL ANALYSER AV KOMMUNAL VARIASJON

Kommunene kan på mange måter betraktes som et system av rettigheter hvor innbyggerne har rett på visse ytelser og tjenester. Noen tjenester er gratis og allmenne, for eksempel grunnskolen. Andre tjenester som innbyggerne har rett på, koster det noe å bruke, for eksempel legetjenester. For tjenester det er knapphet på er det vanlig med ulike køordninger og prioriteringssystem. Noen tjenester er kommunen lovpålagt å produsere, mens større valgfrihet gis for andre tjenester. I kommunene foregår det derfor en konkurranse mellom brukere av ulike tjenester og vi er her spesielt opptatt av hvordan tjenester til mennesker med psykiske lidelser eller problemer prioriteres i forhold til andre tjenester. Konkurrerer for eksempel disse tjenestene med tjenester rettet mot visse aldersgrupper som barnehage, grunnskole og tjenester for eldre? Er det slik at forskjellene i årsverksinnsats i psykisk helsearbeid i stor grad er et speilbilde av at kommunene har svært ulike økonomiske forutsetninger?

### 5.1 TEORETISK TILNÆRMING

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 ulikt 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 satsning 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.

For å kunne sammenlikne tjenesteproduksjon mellom kommuner, er det behov for å plassere kommuner i grupper med relativt like rammebetingelser. 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).<sup>9</sup>

Skal man kunne foreta sammenlikninger av tjenesteproduksjonen mellom kommuner, vil det derfor være 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

---

<sup>9</sup> Rattsø J (1989): Local government allocation of labour and the grant system: an applied model analysis of local government behaviour in Norway, Environment and planning C: Government and policy, 1989, volume 7.

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.

## ULIKE RAMMEBETINGELSER

---

I utgangspunktet kan vi tenke oss følgende faktorer som har betydning for den kommunale tjenesteproduksjonen:

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 er 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. Dette er alt fra barnehager, barnevern, grunnskole, tilbud til eldre, botilbud, sosialtjenester m.v. 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.

## 5.2 OPERASJONALISERING AV VARIABLENE TIL DEN ØKONOMETRISKE ANALYSEN

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-variable 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 omsorgstjenester<sup>10</sup>. Implementeringen av tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten er delvis sammenfallende med psykisk helsearbeid. Etterspørselen etter slike tjenester antar vi trekker ressurser vekk fra psykisk helsearbeid. Disse tjenestene er i stor grad rettet mot bestemte aldersgrupper i kommunene. Andel innbyggere i barnehagealder, grunnskolealder og andel eldre brukes for å kontrollere for etterspørselen etter disse tjenestene.

For eksempel er barnehager for 0-5 åringer, grunnskole for 6-15 åringer. Innenfor gitte økonomiske rammer vil høy etterspørsel etter for eksempel grunnskole innebære at dette kanskje vil bli 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 to 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 i inkludert variable som fanger opp sosiale forhold i kommunene. Variablene kan ikke direkte antas å fange opp etterspørselen, men tidligere empirisk forskning viser at de er korrelert med kjennetegn ved brukerne av psykiske helsetjenester. De relevante variablene er andel mottakere av sosialhjelp,

---

<sup>10</sup> Vi ser bort fra tjenester som ikke har en spesifikk demografisk målgruppe, dvs kulturtjenester, teknisk sektor og administrative tjenester.

andel uføre (med psykiatrisk diagnose<sup>11</sup>), 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 kommunene<sup>12</sup> og totalt behov for kommunale boliger per innbygger.<sup>13</sup>

### 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, 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 endogenitets-problemer<sup>14</sup>.

Det er naturlig å tro at de øremerkede midlene har hatt betydning for utbyggingen av tjenestene innenfor psykisk helsearbeid. Kalseth et al., (2008)<sup>15</sup> 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, uføretrygding med mer, være sammenfallende med psykiske problemer eller lidelser. En utfordring i forbindelse med bruk av slike etterspørselsvariable, i tillegg til opptrappingstilskuddet og kommunenes rammetilskudd, er knyttet til hvordan de sistnevnte beregnes. Kommunene 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 kostnadsnøkene 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 forklaringsvariable og ulike definisjoner av kommunale inntekter for ta høyde for denne problematikken.

I praksis betyr dette at vi opererer med modellspekifikasjoner med og uten det øremerkede tilskuddet 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

---

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> Denne variabelen er konstruert på samme måte som indikatoren presentert i kapittel 3.6.1 og er levert på kommunenivå fra NAV (konsultasjonsstatistikken).

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Vi ser også bort fra inntekter knyttet til gebyrer og konsesjonskraft. At en variabel er endogen betyr at den ikke 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.

<sup>15</sup> Kalseth J., Pettersen I. og Kalseth B. (2008): Psykisk helse i kommunene – tiltak og tjenester. Status 2007/2008 og utvikling i Opptrappingsplanperioden. SINTEF rapport A8823.



tilgjengelig. Vi vil kommentere konsekvensene av våre valg fortløpende i den grad de har betydning for tolkningen av sentrale variable.

### 5.3 EMPIRISK TILNÆRMING

I denne rapporten ønsker vi å svare på følgende problemer:

- Hva forklarer variasjon i ressursinnsats i psykisk helsearbeid? (Kapittel 6)
- Hva kjennetegner kommuner med ulik grad av egenfinansiering? (Kapittel 7)
- Hva kjennetegner kommuner med ulike organisasjonsmodeller av psykisk helsearbeid? (Kapittel 8)

I den deskriptive fremstillingen vil vi gruppere variable etter nivå. Vi vil gjøre dette etter persentiler eller kvartiler. Første kvartil (25 prosent persentilen) er den observasjonen som er større enn 25 prosent av observasjonene og mindre enn 75 prosent av observasjonene. Tredje kvartil (75. persentil) er større enn 75 prosent av observasjonene og mindre enn 25 prosent av observasjonene. Vi grupperer relevante utfallsvariable etter kvartiler eller persentiler. I forhold til denne grupperingen vil vi se på kommunale karakteristika. Disse vil være definert relativt, i forhold til nasjonale gjennomsnitt. For eksempel kan innbyggertall være representert av 105 %. Dette betyr at gjennomsnittskommunen i gruppen har innbyggertall 5 % over det nasjonale gjennomsnittet. Regresjonsanalyse benyttes til å estimere effektene av variable samtidig som vi kontrollerer for andre kjennetegn i kommunene. I hovedsak bruker vi lineær regresjon (minste kvadraters metode). Der andre estimeringsmetoder benyttes vil vi kommentere dette.



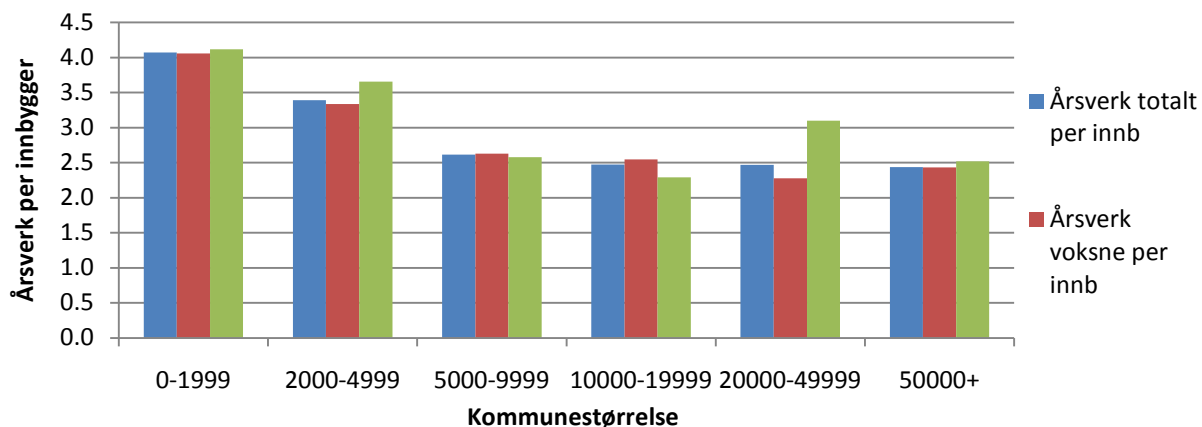
## 6 ANALYSER AV ÅRSVERKSINNSATS I PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE

Hovedformålet med denne analysen er å forklare forskjeller i årsverksinnsats innenfor psykisk helsearbeid i kommunene. Er det kjennetegn ved kommunene som systematisk varierer med ressursinnsatsen i sektoren? Ressursinnsatsen måles ved antall årsverk i kommunene per innbygger.

Ressursbruk er målt med antall årsverk per innbygger totalt og skilt på årsverk brukt på henholdsvis voksne og barn/unge. De aldersgrupperte målene er definert i forhold til sine respektive målgrupper. Vi vil benytte ulike måter å illustrere sammenhenger mellom karakteristika ved kommunene og årsverksinnsats i psykisk helsearbeid. Innledningsvis vil vi vise sammenhengen mellom årsverksinnsats, innbyggertall og kommunale inntekter grafisk. Videre vil vi gruppere kommunene etter årsverksinnsats og se disse gruppene i sammenheng med andre kjennetegn i kommunen. De relevante kjennetegnene er innbyggertall, kommunale inntekter, andel uføre med psykiatrisk diagnose, andel legekontakter knyttet til psykiske plager, boligbehov per innbygger og gjennomsnittlig reisetid per innbygger til kommunesentrum. Valget av variable er ikke tilfeldig da de illustrerer ulike forhold i kommunene. Innbyggertall og kommunale inntekter er interessante i forhold til henholdsvis stordriftsfordeler og økonomisk handlekraft. Andel uføre med psykiatrisk diagnose, legekontakter og boligbehov er naturlige indikatorer for etterspørsel etter tjenestene, mens gjennomsnittlig reisetid er et mål på strukturelle kostnadsdrivende forhold i kommunene. I en kommune med spredt bosetting vil sannsynligvis implementeringen av kommunale tjenester være mer kostbar sammenlignet med urbane kommuner med konsentrert bosetting.

### 6.1 DESKRIPTIVE ANALYSER

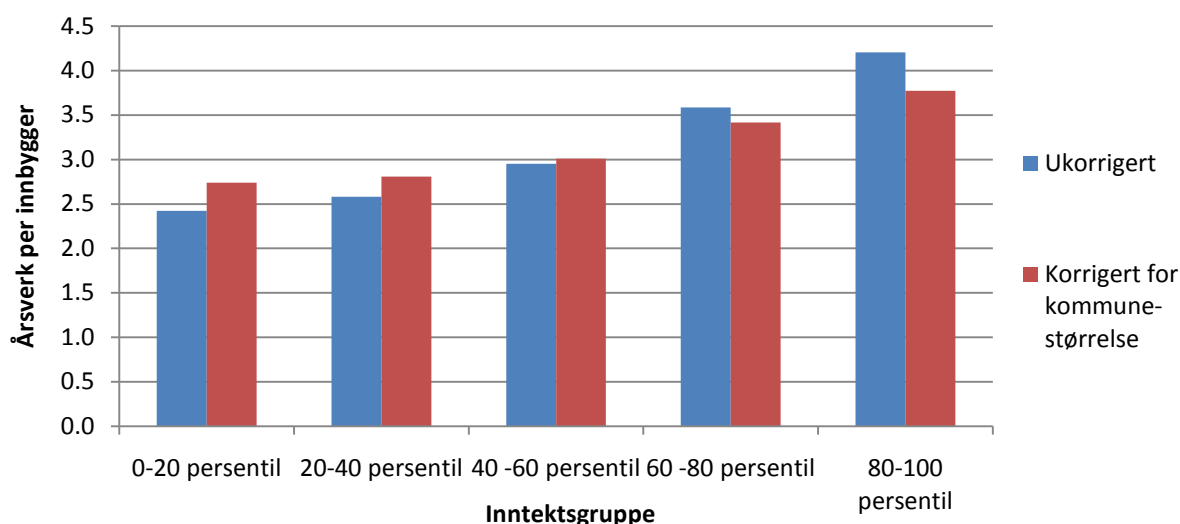
Innledningsvis skal vi vise grafisk noen sammenhenger mellom årsverksinnsats, folketall og kommunale inntekter. I figur 6.1 ser vi på gjennomsnittlige årsverk totalt per innbygger gruppert etter kommunistørrelse (antall innbyggere).



Figur 6.1 Sammenhengen mellom ressursbruk og innbyggertall.

Vi ser en relativt klar sammenheng mellom kommunestørrelse og ressursbruk i psykisk helsearbeid (dette er også vist i kapitel 4.1.2). De minste kommunene har flest årsverk per innbygger. Dette gjelder spesielt kommuner med 5000 innbyggere og færre. For de større kommunene ser det ut til å være mindre forskjeller. Dette kan tolkes på ulike måter. For det første kan det eksistere smådriftulempen knyttet til tilbudet. Alternativt kan småkommunene prioritere disse tjenestene i større grad enn store kommuner. En tredje forklaring er at de mindre kommunene i gjennomsnitt har et noe høyere inntektsnivå enn de store kommunene, målt ved frie inntekter per innbygger. Et annet resultat vi kan lese ut fra figuren er at det i liten grad er store avvik mellom ressursinnsatsen per innbygger mellom tjenester til voksne og barn og unge.

I figur 6.2 har vi gruppert kommunene etter frie inntekter per innbygger. Søylene viser totalt antall årsverk per innbygger. Vi registrerte en sammenheng mellom kommunestørrelse og årsverk per innbygger i figur 6.1. Vi har derfor inkludert en ekstra søyle som viser gjennomsnittlig antall årsverk når en (log) lineær effekt av kommunestørrelse er kontrollert for<sup>16</sup>. Kommunene med de høyeste frie inntektene per innbygger har høyest ressursbruk, også når vi kontrollerer for effekten kommunestørrelse har på årsverksinnsatsen. Økningen er monoton med inntektsnivå, det vil si at vi observerer en gradient heller enn ett terskelnivå i forholdet mellom inntekt og årsverksinnsats. Vi merker oss at forskjellene dempes noe når vi legger inn en kontroll for kommunestørrelse.



Figur 6.2 Sammenhengen mellom kommunale inntekter per innbygger (gruppert i 20 prosent-persentiler) og totalt antall årsverk per innbygger. Ukorrigert og korrigert for forskjeller i kommunestørrelse.

Det er potensielt mange bakenforliggende faktorer som kan drive sammenhengene vi har illustrert over. Dette blir mer direkte adressert i regresjonsanalysen. Vi skal nå studere om kommuner som har relativt lavt eller høyt nivå på ressursbruk innenfor psykisk helsearbeid har noen fellestrekk i form av størrelse, inntekter, etterspørsel og strukturelle forhold. Vi introduserer korrigerede frie inntekter som kjennetegn. Dette inntektsmålet er korrigert for beregnet utgiftsnivå ved hjelp av kostnadsnøklene i

<sup>16</sup> Basert på en regresjon av årsverk per innbygger mot binærvariable for kommunestørrelse i tillegg til log innbyggertall, uten konstantledd. Estimatene foran binærvariablene ble deretter skalert for å gi samme gjennomsnittlig nivå som i de andre søylene.

kommunenes inntektssystem og har et (vektet) snitt på 100 over alle kommunene. En verdi over 100 indikerer at kommunen har et over gjennomsnittlig nivå på korrigerte frie inntekter<sup>17</sup>.

I tabell 6.1 har vi gruppert kommunene etter ressursbruk. Inndelingen er etter persentiler for årsverk totalt og etter voksne og barn/unge per innbygger. Denne inndelingen sikrer at vi har et likt antall kommuner i hver kategori, slik at rapporterte kjennetegn ved kommunene ikke er basert på få kommuner, eventuelt med ekstreme verdier for variablene. Ulempen er vi ikke nødvendigvis får polarisert forskjellene tiltrekkelig til å identifisere forskjeller. Alle tall i tabell 6.1 er rapportert i forhold til gjennomsnittsverdien for alle kommunene. En verdi på 105 % betyr at kommunen i gruppen i gjennomsnitt har 5 % høyere verdi på kjennetegn enn gjennomsnittskommunen i landet.

Tabell 6.1 Hva kjennetegner kommuner med lavt og høyt ressursbruk. Kjennetegn definert i forhold til nasjonal gjennomsnitt. 2007

Årsverkinnsats	Persentiler	Antall innbyggere	Skatteinntekter per innb	Korrigerte inntekter	PH-tilskudd per innbygger	Andel uføre med psyk diagnose	Gjennomsnittlig reisetid	Andel legekontakter med psykisk behov per årsak	Totalt bolig-innb
Årsverk per innb totalt	0-25 %	118 %	102 %	97 %	93 %	93 %	81 %	101 %	101 %
	25-50 %	157 %	101 %	98 %	96 %	95 %	91 %	98 %	88 %
	50-75 %	80 %	99 %	100 %	103 %	105 %	114 %	100 %	103 %
	75-100 %	44 %	98 %	105 %	109 %	107 %	113 %	102 %	107 %
Årsverk per innb voksne	0-25 %	120 %	100 %	98 %	95 %	94 %	82 %	100 %	97 %
	25-50 %	147 %	102 %	100 %	96 %	99 %	85 %	99 %	93 %
	50-75 %	88 %	100 %	99 %	100 %	100 %	116 %	99 %	104 %
Årsverk per innb barn / unge	75-100 %	44 %	99 %	103 %	108 %	107 %	117 %	102 %	106 %
	0-25 %	119 %	104 %	99 %	96 %	91 %	100 %	102 %	100 %
	25-50 %	88 %	101 %	98 %	97 %	99 %	96 %	101 %	96 %
	50-75 %	140 %	98 %	98 %	99 %	104 %	99 %	100 %	100 %
	75-100 %	54 %	98 %	105 %	108 %	106 %	105 %	97 %	104 %

Det som kjennetegner kommuner i gruppen med lavest ressursbruk (0-25 %) er at de er større enn gjennomsnittskommunen. De har også en mer konsentrert bosetting og en relativt lav andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose. Kommunene i øverste kvartil (75-100 %) er i sterk kontrast til de i første kvartil. De som bruker flest årsverk per innbygger er små, spredtbygde kommuner med over gjennomsnittlig etterspørsel etter tjenestene. Den viktigste etterspørselsfaktoren er andel uføre med psykiatrisk diagnose, men vi observerer også at kommuner med høy årsverksinnsats har over gjennomsnittlig behov for boliger. Vi finner ingen systematikk knyttet til legekontakter i forbindelse med psykiske lidelser og problemer. Kommunene med flest årsverk per innbygger skiller seg ikke ut i forhold til skattebasen, men har et høyere nivå på korrigerte inntekter per innbygger. Det som karakteriserer kommunene i topp og bunn av fordelingen preger også kommunene i de tilstøtende innsatskategoriene. Store urbane kommuner dominerer i 2. kvartil, mens små og spredt bosatte dominerer i 3. kvartil.

<sup>17</sup> Tallene er fra 2006. Innteksdefinisjonen vi har brukt ekskluderer inntekter fra eiendomsskatt og konsesjonskraft.

## 6.2 REGRESJONSANALYSER

I regresjonsanalysen bruker vi de samme tre utfallvariablene som i den deskriptive analysen i tabell 6.1. Vi presenterer to regresjonsanalyser per avhengig variabel. Den ene er fullspesifisert i betydningen at alle forklaringsvariable er med. Den andre er en såkalt redusert modell. Den er redusert i den forstand at statistisk insignifikante forklaringsvariable er fjernet sekvensielt. Reduksjonsprosessen er automatisk utført i programvaren<sup>18</sup>, der de minst signifikante forklaringsvariablene fjernes en etter en helt til en modell med kun signifikante variable er igjen.<sup>19</sup>

Regresjonsresultatene rapportert i tabell 6.2 bekrefter i stor grad sammenhengene mellom kommunestørrelse og årsverksinnsats. De største kommunene har signifikant lavere ressursinnsats enn de minste kommunene som er referansekategori i analysene. Det er verdt å merke seg at dette bildet blir enda mer tydelig hvis vi ekskluderer det øremerkede tilskuddet som forklaringsvariabel (ikke rapportert). Etterspørselen etter andre tjenester påvirker ikke årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid, med ett unntak. I en av modellspesifikasjonene ser vi at årsverksinnsatsen for barn og unge er økende i andel eldre i kommunene. Hvis vi antar at det generelle tilbudet av pleie- og omsorgstjenester er større i kommuner med høy etterspørsel (relativt stor andel eldre) kan dette resultatet vise en positiv eksternalitet som bedrer tilbudet også innenfor psykisk helsearbeid. Denne tolkningen svekkes av at vi ikke finner samme effekt på årsverksinnsats for voksne.

Etterspørselsvariablene ser ut til å påvirke antall årsverk i begge alderskategoriene, men determinantene er ikke alltid sammenfallende. For årsverksinnsats for voksne er det 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. Andel legekontakter med psykisk årsak og totalt boligbehov per innbygger har ikke systematisk effekt på årsverksinnsatsen.

Analysen uten det øremerkede tilskuddet avslører andre determinanter. Da er kun andel uføre med psykiatrisk diagnose signifikant for årsverksinnsatsen for voksne, mens årsverksinnsatsen for barn og unge øker systematisk med andel sosialhjelpsmottakere og andel husholdninger med eneforsørgere. Effekten av andel eneforsørgere ble også avdekket i bakgrunnsanalysene for Magnussen-utvalget.<sup>20</sup> Det faktum at andel uføre med psykiatrisk diagnose er signifikant med og uten kontroll for det øremerkede tilskuddet er en indikasjon på at inntektssystemet ikke i tilstrekkelig grad fanger opp etterspørselsforhold knyttet til denne gruppen<sup>21</sup>.

Andel innbyggere med høyere utdanning og andel innbyggere med kun grunnskoleutdanning trekker i retning av lavere årsverksinnsats for barn og unge. Dette resultatet er også rapportert i Kalseth et al (2008) der disse gruppene hadde negativ effekt på brukerratene i utvalgte tjenester for barn og unge.

---

<sup>18</sup> Alle analysene er utført i Stata 10.1

<sup>19</sup> Et signifikansnivå på 20% er brukt så sammenliknet med tradisjonelt kriterium på 5% kan vi ende opp med en del insignifikante estimat.

<sup>20</sup> Norges offentlige utredninger. Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak. NOU 2008:2.

<sup>21</sup> Vi inkluderer ikke alle variable fra kostnadsnøklerne så denne tolkningen er det ikke nødvendigvis hold i. Andel uføre med psykiatrisk diagnose kan være korrelerte med variablene i kostnadsnøklerne som vi har utelatt. Dette kan bidra til at kommunene kompenseres indirekte for etterspørselen fra denne gruppen.

Andel innbyggere med høy utdanning kan fange opp etterspørseleffekter. Utdanning er korrelert med helse og kan indirekte fange opp systematisk lavere etterspørsel i kommunene. En annen forklaring er at vi ikke i tiltrekkelig grad klarer å fange opp urbaniseringsfenomenet i analysene. De største byene kjennetegnes ofte av relativt høy andel høyt utdannede, samtidig som de ofte har et under gjennomsnittlig nivå på de kommunale tjenestene. Effekten av andel med kun grunnskoleutdanning kan fange opp demografiske trekk i befolkningen. Vi ser at variabelen virker gjennom årsverksinnsats for barn og unge, så vi kan fange opp variasjoner i andel av befolkningen mellom grunnskolealder og alder ved fullført høyere utdanning.

Tabell 6.2 Hva forklarerer observerte forskjeller i ressursinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene? Årsverk per innbygger. MKM-estimer

	Årsverk per innb totalt		Årsverk per innb voksne		Årsverk per innb barn / unge	
Tilskudd psykisk helsearbeid	0.0025	0.0041***	0.0033	0.0046***	-0.00018	
Kommunestørrelse 2000-4999	-0.29		-0.27		-0.26	
Kommunestørrelse 5000-9999	-0.82*	-0.48**	-0.72	-0.23	-1.13**	-0.84***
Kommunestørrelse 10000-19999	-0.92*	-0.46*	-0.79		-1.21*	-0.97***
Kommunestørrelse 20000-49999	-0.79	-0.37	-0.88		-0.44	
Kommunestørrelse 50000-	-0.74		-0.68		-0.78	
Andel innbyggere 0-5 år	0.044		0.14		-0.28	
Andel innbyggere 6-15 år	0.012		-0.044		0.21	0.10
Andel innbyggere 67+ år	0.020		-0.0036		0.097	0.16**
Andel innbyggere 80+ av 67+ år	-0.0057		-0.018		0.038	
Inntekts- og formueskatt per innb	0.039		0.035		0.046	
Gj. snittlig reisetid per innb	0.0090		0.011		0.00041	
Andel sosialhjelpsmottakere	0.066		0.0070		0.31*	0.33**
Andel med kun grunnskoleutd	-0.068**	-0.057**	-0.045		-0.16**	-0.15***
Andel med høyere utdanning (4+)	-0.12	-0.086	-0.055		-0.37**	-0.35***
Andel husholdninger med eneforsørger	-0.0073		-0.080		0.21	0.19
Andel uføretrygdede med psyk diagnose	0.43*	0.34**	0.53*	0.40**	0.037	
Andel arbeidsledige	0.31	0.37**	0.098		1.12***	0.99**
Andel legekontakter med psykisk årsak	0.067		0.10		-0.049	
Totalt bolig-behov per innb	-0.24		-0.13		-0.65	
Øst	-0.42		-0.35		-0.71	
Vest	-0.051		0.32	0.51**	-1.23**	-0.77**
Midt-Norge	0.11		0.29		-0.51	
Nord	0.12		0.28		-0.41	
Konstant	1.24	1.22	0.80	-1.27	3.01	2.41
Modellspesifikasjon	Full	Redusert	Full	Redusert	Full	Redusert
Antall observasjoner	420	420	420	420	420	420
Justert R <sup>2</sup>	0.106	0.124	0.084	0.103	0.106	0.125

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Standardavvikene er robuste for heteroskedastisitet.

### 6.3 OPPSUMMERING

Den rene grafiske framstillingen av sammenhengen mellom årsverksinnsats og innbyggertall og kommunale inntekter, indikerer at små, relativt rike kommuner har høyest innsats. Ser vi nærmere på kjennetegn ved kommuner som har relativt lav eller høy årsverksinnsats ser vi at kommuner i den gruppen med lavest ressursbruk er større enn gjennomsnittskommunen. De har også en mer konsentrert bosetting og en relativt lav andel uføretrygdede med psykiatrisk diagnose. Kommunene i øverste kvartil er i sterk kontrast til de i første kvartil. De som bruker flest årsverk per innbygger er små, spredtbygde kommuner med over gjennomsnittlig etterspørsel etter tjenestene. De skiller seg ikke ut i forhold til skattebasen, men har et høyere nivå på korrigerte inntekter per innbygger.

I regresjonsanalysen, der vi er i stand til å kontrollere for samvarierende kjennetegn ved kommunen ser 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 er det 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 faktum at andel uføre med psykiatrisk diagnose er signifikant når vi kontrollerer for det øremerkede tilskuddet kan være en indikasjon på at inntektssystemet ikke i tilstrekkelig grad fanger opp etterspørselsforhold knyttet til denne gruppen.



## 7 ANALYSER AV EGENFINANSIERINGSANDEL I PSYKISK HELSEARBEID

Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid i kommunene har bidratt til at kommunene har kunnet bygge opp tilbudet i denne sektoren, men tilskuddene har i de aller fleste kommuner kommet i tillegg til frie midler brukt på tjenesten. Det er grunn til å tro at kommunen allerede før opptrappingsplanen finansierte en del årsverk. Andel egenfinansierte årsverk er en indikasjon på flere forhold. Først og fremst kan en over gjennomsnittlig andel indikere at behovet for årsverk innenfor psykisk helsearbeid er større enn gjennomsnittlig. Det er også en mulighet for at kommunene substituerer egne midler med øremerkede, der sistnevnte ordning brukes aktivt. Eller, tilgjengeligheten av øremerkede midler letter den økonomiske byrden for kommunene, til fordel for økt bruk av egne midler innenfor andre kommunale tjenester. En utgangshypotese for denne analysen er at egenfinansieringsandelen øker med frie inntekter og reduseres med systematisk høye øremerkede tilskudd.

Fra tabell 7.1 ser vi at i 2007 ble omtrent akkurat halvparten av alle årsverkene finansiert av øremerkede midler, der andelen finansiert av øremerkede midler er noe høyere i tjenester til voksne enn i tjenester til barn og unge.

Tabell 7.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge og antall årsverk rapportert finansiert av øremerkede midler med andel finansiert av øremerkede midler i 2007.

	Totalt antall årsverk	Totalt antall årsverk finansiert av øremerkede midler	Andel finansiert av øremerkede midler
Voksne	9 069	4 691	52
Barn og unge	2 961	1 434	48
Totalt	12 029	6 125	51

Vi skal se nærmere på andel egenfinansierte årsverk i psykisk helsearbeid i kommunene med fokus på eventuell korrelasjon med kommunale kjennetegn. Vi vil bruke aggregerte årsverk både for totalt antall årsverk og for årsverk finansiert av opptrappingsmidler. Dette betyr i praksis at vi ikke registrerer om det er forskjeller i personellsammensetning mellom de to finansieringskildene.

Analysen består av en deskriptiv del og en regresjonsanalyse. Tilnærmingen er lik den for analysen av årsverksinnsats i kommunene. Vi begynner med en gruppering av kommunen etter andel egenfinansiering og viser hvorvidt det er systematiske forskjeller mellom kommunene etter et utvalg variable. Variablene er innbyggertall, kommunale inntekter, et mål på etterspørsel og et på bosettingsmønster. Videre bruker vi noen av disse variablene, i tillegg til andre, i en regresjonsanalyse. Regresjonsanalysen vil kunne isolere effekten av noen variable samtidig som vi kontrollerer for nivået på andre variable.

## 7.1 DESKRIPTIV ANALYSE

Som i tidligere analyser sammenligner vi kommuner etter et utvalg kriterier med nasjonale gjennomsnitt. En verdi lavere enn 100 % betyr at kommunen is gjennomsnitt har lavere verdi på kriteriet. Egenfinansieringsandelen er gruppert i fire grupper som inneholder et likt antall kommuner. I praksis er inndelingen etter kvartiler. I første gruppe ligger de kommunene som har lavest ressursbruk. Første kvartil er den kommunen som har ressursbruk større enn 25 prosent av kommunene.

Den deskriptive analysen er rapportert i tabell 7.2. Første kvartil (25. persentil) for egenfinansieringsandelen for tjenester til barn og unge er 25 lik 0<sup>22</sup>. I praksis betyr dette at vi innenfor gruppen med lavest finansieringsandel også inkluderer kommuner i 25-50 prosentpersentilen.

Høy grad av egenfinansiering ser ut til å være et kjennetegn ved store kommuner. I og med at vi har korrigert denne informasjonen for kommuner som har feilrapportert setter vi mest lit til resultatene i forhold til egenfinansiering av totalt antall årsverk. Blant den gruppen av kommuner med høyest andel egenfinansiering er gjennomsnittlig innbyggertall 46 prosent over gjennomsnittskommunen. Kommuner i denne gruppen har også en over gjennomsnittlig andel uføre med psykiatrisk diagnose og høyere skatteinntekt per innbygger. Vi finner ingen klar sammenheng mellom andel legekontakter med psykisk årsak og grad av egenfinansiering. Samme konklusjon gjelder for behov for kommunale boliger.

Tabell 7.2 Egenfinansieringsandel gruppert stigende. Utvalgte kjennetegn ved kommunene definert som andel av nasjonale gjennomsnitt. Uveide snitt.

Årsverkinnsats	Persentiler	Antall innbyggere	Skatteinntekter per innb	Korrigerte inntekter	PH-tilskudd per innbygger	Andel uføre med psyk diagnose	Gjennomsnittlig reisetid	Andel legekontakter med psykisk behov per årsak	Totalt bolig-innb
Andel egenfinansierte årsverk totalt	0-25 %	64 %	96 %	103 %	102 %	99 %	103 %	95 %	102 %
	25-50 %	88 %	99 %	99 %	98 %	97 %	102 %	99 %	94 %
	50-75 %	101 %	101 %	98 %	99 %	99 %	97 %	104 %	102 %
	75-100 %	146 %	104 %	100 %	101 %	105 %	98 %	102 %	102 %
Andel egenfinansierte årsverk i tjenester til voksne	0-25 %	58 %	95 %	106 %	106 %	100 %	104 %	94 %	102 %
	25-50 %	105 %	102 %	96 %	95 %	97 %	91 %	101 %	94 %
	50-75 %	140 %	101 %	98 %	98 %	98 %	101 %	104 %	109 %
	75-100 %	96 %	102 %	100 %	102 %	105 %	104 %	101 %	95 %
Andel egenfinansierte årsverk i tjenester til barn / unge	0-25 %	75 %	98 %	101 %	101 %	98 %	102 %	99 %	101 %
	25-50 %								
	50-75 %	113 %	104 %	95 %	97 %	103 %	100 %	103 %	98 %
	75-100 %	140 %	99 %	103 %	101 %	101 %	96 %	99 %	100 %

<sup>22</sup> Dette skyldes at et relativt stort antall kommuner har rapportert flere årsverk finansiert gjennom opptrappingsplanen enn de har rapportert totalt. Vi har tolket dette som at kommunene ikke har egenfinansierte årsverk. Det bør også bemerkes at kommunene dette gjelder er små.

## 7.2 REGRESJONSANALYSE

Regresjonsanalysen rapportert i tabell 7.3 viser at det øremerkede tilskuddet kun har signifikant effekt på andel egenfinansierte årsverk i en av de seks modellspesifikasjoner. I den reduserte spesifikasjonen av egenfinansiering barn/unge finner vi en effekt av tilskuddet. Alle estimatene av effekten av tilskuddet er negative, noe som indikerer lavere grad av egenfinansiering med økende tilskudd per innbygger, men som nevnt er bare ett estimat statistisk signifikant. Inntekter fra inntekts- og formueskatt har positiv effekt på andel egenfinansiering totalt og for voksne brukere spesielt. I begge de reduserte modellspesifikasjonene er effekten signifikant forskjellig fra null.

Tabell 7.3 Egenfinansieringsandel som funksjon av kommunekjennetegn.

	Andel egenfin totalt		Andel egenfin voksne		Andel egenfin barn / unge	
Tilskudd psykisk helsearbeid	-0.00034		-0.00016		-0.00041	-0.00028*
Kommunestørrelse 2000-4999	-0.0077		0.030	0.038	-0.14**	-0.15***
Kommunestørrelse 5000-9999	-0.045		-0.015		-0.12	-0.12***
Kommunestørrelse 10000-19999	-0.058		-0.020		-0.13	-0.14***
Kommunestørrelse 20000-49999	0.0051		-0.014		0.058	
Kommunestørrelse 50000-	0.047		0.070	0.091	-0.017	
Andel innbyggere 0-5 år	0.0018		0.011		-0.019	
Andel innbyggere 6-15 år	0.0055		-0.00088		0.021	
Andel innbyggere 67+ år	0.0099		0.0061		0.0021	
Andel innbyggere 80+ av 67+ år	-0.00053		0.000090		0.0031	
Inntekts- og formueskatt per innb	0.0084	0.0092**	0.0085	0.0098***	0.0050	
Gj. snittlig reisetid per innb	0.0015		0.0013		0.00062	
Andel sosialhjelpsmottakere	-0.0076		-0.011		-0.0055	
Andel med kun grunnskoleutd	-0.0090**	-0.0081***	-0.0039		-0.0085*	-0.011***
Andel med høyere utdanning (4+)	-0.019	-0.014	-0.0073		-0.028**	-0.031***
Andel husholdninger med eneforsørger	0.0010		0.00029		-0.0033	
Andel uføretrygdede med psyk diagnose	0.047**	0.035**	0.055***	0.045***	0.021	
Andel arbeidsledige	0.059**	0.047**	0.030		0.11***	0.097***
Andel legekontakter med psykisk årsak	0.016*	0.014*	0.018*	0.018**	0.0074	
Totalt bolig-behov per innb	-0.019		-0.0063		-0.030	
Øst	-0.023		-0.023		-0.013	
Vest	0.011		0.043	0.074**	-0.068	-0.070*
Midt-Norge	0.032	0.042	0.038	0.071**	0.034	
Nord	-0.014		-0.023		-0.038	
Konstant	0.36	0.30**	0.075	-0.054	0.53	0.98***
Modellspesifikasjon	Full	Redusert	Full	Redusert	Full	Redusert
Antall observasjoner	420	420	420	420	418	418
Justert R <sup>2</sup>	0.026	0.046	0.010	0.039	0.056	0.072

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Standardavvikene er robuste for heteroskedastisitet.

Kommunestørrelse ser ikke ut til å ha systematisk effekt på egenfinansieringsandelen. Et unntak er signifikante effekter på egenfinansieringsandel for barn og unge i den reduserte modellen. Denne andelen er signifikant lavere for kommuner med 2.000 – 20.000 innbyggere.

Når det gjelder etterspørselsfaktorene er andel uføre med psykiatrisk diagnose en sterk indikator for egenfinansieringsandel for årsverk totalt gjennom årsverk for voksne, mens andel arbeidsledige har positiv, signifikant effekt på graden av egenfinansiering for barn og unge. Resultatene er i tråd med

funnene i analysene av årsverksinnsatsen innenfor psykisk helsearbeid i kommunene. Samme konklusjon gjelder for utdanningsvariablene. Det er vanskelig å tolke begge utdanningsgruppene som etterspørselsvariable. En negativ effekt av høy andel høyt utdannede kan tolkes både som en etterspørsels og prioriteringseffekt. Prevalensen av psykiske problemer kan variere med utdanningsnivå, og da i retning av høyt utdannede har mindre behov for tjenester. Dette kan også reflekteres i prioritering ytret i valg og andre sammenhenger. Vi finner også en effekt av andel legekontakter knyttet til psykiske problemer eller lidelser. Estimatenes er upresise men indikerer at høyere andel legekontakter av denne typen er sammenfallende med høyere egenfinansierungsgrad for årsverk til voksne.

Vi registrerer også at det er regionale forskjeller i egenfinansierungsandelen. Kommunene i Midt-Norge og i Vest har høyere egenfinansierungsgrad for årsverk til voksne enn de andre regionene i den reduserte modellspesifikasjonen.

### 7.3 OPPSUMMERING

Kommunene med høyest grad av egenfinansierung har en over gjennomsnittlig andel uføre med psykiatrisk diagnose og høyere skatteinntekt per innbygger. Disse sammenhengene ser i enkle sammenstillinger av data og i regresjonsanalysene. Andel egenfinansierte årsverk til voksne øker også med andel legekontakter knyttet til psykiske problemer og lidelser, mens grad av egenfinansierung til tjenester til barn/unge øker systematisk med ledighetsraten i kommunene.

Regresjonsanalysene viste at det øremerkede tilskuddet gjennomgående har liten effekt på andel egenfinansierte av totalt antall årsverk. Kun i en modellspesifikasjon hadde tilskuddet signifikant negativ effekt. Det var på andel egenfinansierung for barn/unge i en redusert modellspesifikasjon. Inntekter fra inntekts- og formueskatt har positiv effekt på andel egenfinansierung totalt, særlig gjennom årsverksfinansierung for voksne brukere. I begge modellspesifikasjonene er effekten signifikant forskjellig fra null.

## 8 ANALYSER AV ORGANISERING AV TJENESTENE

Det er ulike måter å organisere tjenestetilbudet i kommunene på. Dette gjelder kanskje spesielt mindre tjenester under utbygging der kommunene må velge hvorvidt tjenesten skal integreres med eksisterende tjenester eller organiseres som en egen spesialisert tjeneste. Det er nærliggende å tro at kommuner kan bruke eksisterende infrastruktur og personell i forbindelse med tjenester innenfor psykisk helsearbeid. En del av tilbudet er i form likt tilbudet i pleie- og omsorgssektoren. Dette er relevant for hjemmehjelp, bolig, aktiviseringstilbud med mer. I den grad det er mulig vil det være fordelaktig for kommunene hvis de kan utnytte stordriftsfordeler og synergi-effekter gjennom å dra veksler på funksjoner som er overlappende over tjenesteområdene psykisk helsearbeid og kanskje spesielt pleie- og omsorg.

Vi skal studere hva som kjennetegner kommuner som har valgt en av de fire organiseringsmodellene. Modellene er beskrevet nærmere i kapittel 3.5. Valg av organiseringsmodell studeres også som utfall avhengig av kommunale kjennetegn. Vi kan ikke studere dette med fokus på å avdekke kausale effekt gitt at valg av ressursbruk og organiseringsform kan være simultant bestemt. I tillegg vil vi studere om modellvalg varierer systematisk med årsverksinnsatsen og grad av egenfinansiering.

### Organisering av psykisk helsearbeid

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

### 8.1 DESKRIPTIV ANALYSE

Det som kjennetegner valget av organiseringsform er spesielt innbyggertall, se tabell 8.1. Innbyggertall er avgjørende for valget av modellene 1 eller 2 i motsetning til modellene 3 eller 4. De største kommunene velger en av de to første modellene mens de mindre velger modell 3 eller modell 4. De aller minste kommunene velger modell 3. Disse kommunene skiller seg også fra de andre kommunene ved at de har relativt høye øremerkede tilskudd og korrigerede frie inntekter, men lavere skatteinntekter. De er også karakterisert ved spredt bosetting, høy andel uføre med psykiatrisk diagnose, relativt lav årsverksinnsats og egenfinansieringsgrad. Boligbehovet varierer også med organiseringsmodell. Kommuner som har valgt modellene 2 eller 4 har vesentlig høyere boligbehov enn kommunene som har valgt en av de to andre organiseringsmodellene. Kommuner som har valgt modell 2 er i sterkt kontrast til de andre kommunene målt i årsverksinnsats og egenfinansieringsandel. I forhold til gjennomsnittskommunen har denne gruppen kommuner et nivå som ligger henholdsvis 20 og 22 prosent over. Vi kan mistenke at denne organiseringsmodellen gjør det vanskelig å skille ut årsverk i psykisk helsearbeid fra andre kommunale tjenester. Basert på datamaterialet vi analyserer her kan vi ikke si noe sikkert om dette, men analyser av

sammensetningen av tjenestene kunne kaste lys over dette spørsmålet. Vi vil ikke gjøre dette i den følgende analysen.

Tabell 8.1 Kjennetegn ved kommuner gruppert etter modell for organisering av tjenester til voksne

Kjennetegn	Gjennomsnitt	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Innbyggertall	9705	134 %	147 %	28 %	73 %
Skatteinntekter per innb	18	103 %	103 %	95 %	98 %
Korrigerte inntekter	106	98 %	102 %	109 %	99 %
PH-tilskudd per innbygger	709	96 %	102 %	113 %	99 %
Andel uføre med psykiatrisk diagnose	2.76	96 %	104 %	109 %	100 %
Andel legekontakter med psykisk årsak	4.49	98 %	105 %	93 %	101 %
Totalt boligbehov per innb	0.61	88 %	110 %	86 %	107 %
Gjennomsnittlig reisetid	9.14	98 %	98 %	108 %	101 %
Årsverk per innbygger voksne	3.15	94 %	120 %	89 %	99 %
Andel egenfinansiert voksne	0.37	89 %	122 %	68 %	105 %
Antall observasjoner	418	128	69	35	186

I tabell 8.2 har vi vist modellvalg for voksne i sammenheng med modellvalg for barn og unge. Vi ser langs diagonalen de kommunene som har valgt samme organiseringsmodell for de to gruppene. Det er ett signifikant unntak fra en gjennomgående praksis karakterisert av å velge samme modell for voksne som for barn/unge. Det er en klar tendens til å velge modell 2 for tjenester rettet mot barn og unge, dvs organisere tjenestene som integrert med øvrige tjenester. Vi ser at store andeler av kommunene som har valgt modellene 1 og 3 for voksne har valgt å organiseres tjenestene for barn og unge i modell 2. Andelene er henholdsvis 44 og 29 prosent.

Tabell 8.2 Krysstabell organiseringsmodell voksne og organiseringsmodell barn og unge.

Modell voksne	Modell barn og unge				Total
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	
Modell 1	63	55	4	4	126
Modell 2	2	63	1	3	69
Modell 3	0	6	28	0	34
Modell 4	3	54	8	120	185
Total	68	178	41	127	414

I tabell 8.3 har vi på samme måte som over sett etter kjennetegn ved kommuner etter valg av organiseringsmodell. Valg av organiseringsmodeller for tjenester rettet mot for barn og unge er i stor grad preget av at relativt store kommuner velger modell 2, mens små kommuner velger modell 3 eller modell 4. Som over ser vi at de aller minste kommunene er overrepresentert i modell 3. Som vi ser i tabell 8.2 er det sammenfall mellom organisering av tjenestene for voksne og tjenestene for barn og unge. Dette reflekteres også av karakteristika ved kommunene. Unntakene er årsverksinnsatsen og egenfinansieringsandelen. Kommunen som velger modell 3 har gjennomgående lavere årsverksinnsats for voksne (se tabell 8.1), men ligger 32 prosent over det nasjonale gjennomsnittet når det gjelder årsverksinnsats knyttet til barn og unge.

Tabell 8.3 Kjennetegn ved kommuner gruppert etter modell for organisering av tjenester til barn og unge

Kjennetegn	Gjennomsnitt	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Innbyggertall	9 672	97 %	142 %	32 %	65 %
Skatteinntekter per innb	18	102 %	101 %	100 %	98 %
Korrigerte inntekter	106	99 %	97 %	106 %	102 %
PH-tilskudd per innbygger	708	99 %	97 %	111 %	101 %
Andel uføre med psyk diagnose	2.76	99 %	99 %	107 %	100 %
Andel legekontakter med psykisk årsak	4.49	94 %	101 %	102 %	101 %
Totalt boligbehov per innb	0.61	82 %	108 %	87 %	102 %
Gjennomsnittlig reisetid	8.95	97 %	96 %	108 %	105 %
Årsverk per innbygger totalt	3.26	106 %	95 %	132 %	94 %
Andel egenfinansiert totalt	0.35	91 %	102 %	94 %	104 %
Antall observasjoner	416	69	178	41	128

Vi har sett at kommunekjennetegn er assosiert med valg av organiseringsmodeller. Dette er ikke kausale effekter, men antyder at noen organiseringsformer er mer hensiktsmessige for noen kommuner enn andre. En del av de kjennetegn er korrelerte slik at vi fanger opp særtrekk ved små eller store kommuner. I regresjonsanalysen skal vi studere valg av modell med det samme sett forklaringsvariable som er brukt i kapitlene 6 og 7. Vi presenterer heller ikke dette som estimerte kausale effekter, men tolker effektene som betingede assosiasjoner.

## 8.2 REGRESJONSANALYSE

Organiseringsmodell får to roller i de følgende analysene. Først behandles organiseringsmodell som et utfall, avhengig av standard-settet av forklaringsvariable brukt i de tidligere analysene. Neste rolle er som forklaringsfaktor i forhold til årsverksinnsats og egenfinansiering. I praksis betyr dette at vi formulerer en regresjonsanalyse med en kommunal beslutning både som utfall og som en (av mange) forklaringsfaktor. Dette er et brudd med forutsetningene for å etablere forventningsrette estimater. Til tross for dette kan denne tilnærmingen gi oss mer kontroll på effektene av det vi mener er viktig, samtidig som vi kontrollerer for det som er korrelert med dette.

Vi begynner med studiet av forklaringsfaktorer i forhold til valg av organiseringsmodell. Utfallet vi studerer er sannsynligheten for å velge en bestemt modell relativt til å velge en av de tre andre. Estimaten er såkalte odds-ratioer. En odds-ratio større enn 1 tolkes som en positiv effekt, mindre enn 1 som en negativ effekt og endelig lik 1 som en nøytral effekt. Tolkningen av en odds-ratio noe komplisert. For eksempel ser vi i tabell 8.4 at kommuner med 2000-4999 innbyggere har en odds-ratio på 2,75 (modell 1 som utfall for voksne). En forenklet tolkning av dette er at denne gruppen kommuner har 2,75 ganger så stor sannsynlighet for å velge modell 1 i forhold til referanse-kategorien som er de minste kommunene. Denne tolkningen er strengt tatt ikke korrekt da vi tolker ratioene som om de var forholdet mellom relative risikoer. I praksis er denne tolkningsfeilen liten når odds-ratioen er nær 1.

I tabell 8.4 har vi rapport resultatene fra Logit-regresjonene med organiseringsmodell som utfall. Vi kjenner igjen effektene av innbyggertall fra tabellene over. De relativt store kommunene er

overrepresentert blant de som velger modell 1 for voksne og modell 2 for barn og unge. Videre velger de minste kommunene å organisere tjenester for begge gruppene i modellene 3 og 4.

Effekten av de økonomiske forklaringsfaktorene er små og upresist estimert. Økte inntekter gir lavere sannsynlighet for å velge modell 2 for tjenester til barn og unge. Størrelsen på det øremerkede tilskuddet per innbygger er signifikant (på 10 prosents signifikansnivå) i noen modellspesifikasjoner men den kvantitative effekten er liten.

Tabell 8.4 Determinanter for valg av organiseringsmodell. Logit estimering. Odds ratioer.

	Organiseringsmodell voksne				Organiseringsmodell barn og unge			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Tilskudd psykisk helsearbeid	1.00	1.00	1.01	1.00*	1.00	1.00	1.01*	1.00
Kommunestørrelse 2000-4999	2.75**	0.63	0.67	0.81	1.16	2.11*	1.19	0.48*
Kommunestørrelse 5000-9999	2.94*	0.78	0.18*	1.00	0.70	4.69***	0.51	0.35**
Kommunestørrelse 10000-19999	4.60**	0.91	0.19	0.58	2.37	4.96***	0.29	0.15***
Kommunestørrelse 20000-49999	5.33**	3.52		0.20**	1.41	11.3***	0.49	0.052***
Kommunestørrelse 50000-	10.8**	2.40		0.082**	2.55	7.55**		0.060**
Andel innbyggere 0-5 år	1.23	0.92	0.67*	1.01	1.04	1.20	0.74	0.94
Andel innbyggere 6-15 år	0.79*	1.23	0.93	1.04	0.91	0.99	0.89	1.09
Andel innbyggere 67+ år	0.95	1.06	0.81*	1.08	0.95	1.07	0.89	1.02
Andel innbyggere 80+ av 67+ år	0.92**	0.99	0.99	1.07**	0.95	0.98	1.01	1.03
Inntekts- og formueskatt per innb	1.00	1.04	1.00	0.95	1.02	0.93*	1.05	1.01
Gj. snittlig reisetid per innb	1.01	0.99	0.97	1.01	1.00	0.98	0.97	1.01
Andel sosialhjelpsmottakere	1.12	1.30***	0.89	0.81***	1.17	1.13*	0.93	0.82**
Andel med kun grunnskoleutd	1.01	1.01	1.10*	0.95	1.07	0.96	1.08	0.97
Andel med høyere utdanning (4+)	0.90	1.03	1.23	1.00	0.95	1.00	1.12	1.00
Andel husholdninger med eneforsørger	1.13	0.90	1.05	0.93	1.23	0.89	1.09	0.97
Andel uføretrygdede med psyk diagnose	0.80	1.04	1.18	1.08	0.96	0.85	1.08	1.18
Andel arbeidsledige	0.57**	1.05	0.56	1.63**	0.55*	1.11	0.50*	1.49*
Andel legekontakter med psykisk årsak	0.77**	1.18	0.94	1.08	0.67***	1.00	1.19	1.09
Totalt bolig-behov per innb	0.65*	1.06	0.63	1.54**	0.63	1.34	0.61	1.18
Øst	0.94	1.10	4.20	1.08	1.12	1.47	4.43*	0.55
Vest	0.73	2.29	2.86	1.14	0.73	1.68	2.60	0.88
Midt-Norge	0.34**	3.26**	4.48*	1.06	0.68	1.24	3.34	0.92
Nord	0.90	1.72	1.83	1.36	0.56	1.58	2.07	1.27
Konstant	45.8	0.00052*	0.18	3.50	1.69	0.24	0.0041	4.94
Antall observasjoner	420	420	377	420	420	420	411	420

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Standardavvikene er robuste for heteroskedastisitet.

Av etterspørsselfaktorene ser vi en systematisk effekt av andel sosialhjelpsmottakere. En høy andel i denne gruppen er assosiert med økt sannsynlighet for å velge modell 2 og lavere sannsynlighet for å velge modell 4. Dette resultatet gjelder for begge alderskategoriene. Effekten av andel arbeidsledige er også konsistent mellom aldersgruppene. Økt andel arbeidsledige gir mindre sannsynlighet for å



velge modell 1 og økt sannsynlighet for å velge modell 4. Samme mønster observerer vi for økt boligbehov, men den effekten gjelder kun valg av organiseringsform for tjenester til voksne. Økt andel legekontakter med psykisk årsak gir lavere sannsynlighet for å velge modell 1 for begge aldersgruppene. Av regionale forskjeller merker vi oss at Midt-Norge skiller seg ut. Kommuner i Midt-Norge har signifikant lavere sannsynlighet for å velge modell 1, samtidig som de har høyere sannsynlighet for å velge modell 2 eller 3.

I tabell 8.5 og tabell 8.6 har vi rapportert estimater av modellvalg på årsverksinnsats og egenfinansieringsandel for henholdsvis voksne og barn/unge. Effektene er beregnet relativt til å velge modell 1, så alle effekter må tolkes som en sammenligning med denne gruppen. I forhold til organiseringsmodeller for tjenester rettet mot barn og unge er det lite systematikk fra modellvalg til årsverksinnsats og grad av egenfinansiering. Den eneste effekten verdt å merke seg er at kommuner som har valgt modell 2 eller 4 har signifikant høyere egenfinansieringsgrad enn kommunene som har valgt modell 1.

Tabell 8.5 Effekten av valg av modell på årsverksinnsats og grad av egenfinansiering voksne. MKM-estimer

	Årsverk per innb totalt	Årsverk per innb totalt	Årsverk per innb voksne	Årsverk per innb voksne	Andel egenfin. totalt	Andel egenfin. totalt	Andel egenfin. voksne	Andel egenfin. voksne
Modell 2 voksne	0.50	0.65**	0.46	0.60*	0.11***	0.12***	0.12***	0.13***
Modell 3 voksne	-0.87*	-0.79**	-1.10**	-0.98**	-0.083*	-0.078*	-0.081	-0.082*
Modell 4 voksne	-0.11		-0.11		0.041	0.043	0.056*	0.057*
Empirisk	Full	Redusert	Full	Redusert	Full	Redusert	Full	Redusert
Antall	408	408	408	408	408	408	408	408
Justert R <sup>2</sup>	0.112	0.136	0.094	0.114	0.050	0.072	0.041	0.072

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Standardavvikene er robuste for heteroskedastisitet.

Tabell 8.6 Effekten av valg av modell på årsverksinnsats og grad av egenfinansiering barn og unge. MKM-estimer

	Årsverk per innb totalt	Årsverk per innb totalt	Årsverk per innb barn / unge	Årsverk per innb barn / unge	Andel egenfin. totalt	Andel egenfin. totalt	Andel egenfin. barn / unge	Andel egenfin. barn / unge
Modell 2 barn og unge	-0.021		-0.28		0.063*	0.039	0.030	
Modell 3 barn og unge	-0.69	-0.62	0.65		-0.054	-0.081**	0.017	
Modell 4 barn og unge	-0.35	-0.30	-0.36		0.035		0.049	
Empirisk	Full	Redusert	Full	Redusert	Full	Redusert	Full	Redusert
Antall	406	406	406	406	406	406	405	405
Justert R <sup>2</sup>	0.098	0.119	0.100	0.116	0.033	0.058	0.044	0.066

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. Standardavvikene er robuste for heteroskedastisitet.

Årsverksinnsats og grad av egenfinansiering varierer i mye større grad med valg av organiseringsmodell for voksne. Det er empirisk støtte for at kommuner som har valgt modell 2 har signifikant høyere årsverksinnsats og egenfinansieringsandel. Den motsatte konklusjonen gjelder for kommuner som har valgt modell 3. Uansett utfall som studeres ligger de systematisk lavere enn kommuner som har valgt modell 1. Som kommentert over kan vi her fange opp praksis i forhold til rapportering av årsverk til psykisk helsearbeid. Sterkere integrasjon kan gi større problemer i forhold til fordeling av årsverk mellom de integrerte tjenestene. Kommuner som har valgt modell 4 er ikke

signifikant forskjellige fra kommuner som har valgt modell 1 bortsett fra at de har signifikant høyere grad av egenfinansiering for årsverk til voksne.

### 8.3 OPPSUMMERING

De minste kommunene er overrepresenterte i gruppen av kommuner som velger modell 3. De store kommunene velger i størst grad modell 1 eller 2.

Uten at vi kan kalle de kausale sammenhenger observerer vi at valg av modell er sammenfallende med kjennetegn ved befolkningen i kommunene. Kommuner med høy andel sosialhjelpsmottakere har større sannsynlighet for å velge modell 2, samtidig som de har lavere sannsynlighet for å velge modell 4. Høy andel arbeidsledige trekker i retning av å velge modell 4, på bekostning av å velge modell 1. Vi merker oss at andel uføre med psykiatrisk diagnose ikke dominerer som forklaringsfaktor i denne analysen.

Årsverksinnsats er også korrelert med modellvalg, særlig for tjenester rettet mot voksne. Kommuner som har valgt modell 2 har gjennomgående høyere årsverksinnsats og grad av egenfinansiering enn de andre kommunene.

## TABELLOVERSIKT

Tabell 2.1 Innhold i rapporteringen i 2007.....	16
Tabell 3.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge, 2007. ....	17
Tabell 3.2 Antall årsverk i kommunene totalt fordelt etter tjenesteområder (KOSTRA), 2007. ....	18
Tabell 3.3 Årsverk rapportert på ulike tiltak i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, antall og andel i 2007. ....	19
Tabell 3.4 Årsverk rapportert på ulike tiltak i psykisk helsearbeid innen tjenester for barn og unge, antall og andel i 2007.....	19
Tabell 3.5 Antall årsverk rapportert for ulike utdanningskategorier i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, for barn og unge og totalt.....	19
Tabell 3.6 Prosentvis fordeling av årsverk på ulike utdanningskategorier i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, for barn og unge og totalt.....	20
Tabell 3.7 Prosentvis fordeling av årsverk på ulike utdanningsgrupper i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne, for barn og unge og totalt.....	20
Tabell 3.8 Antall personer som har hatt mottatt ulike tiltak .....	21
Tabell 3.9 Organisering av tjenestene i psykisk helsearbeid i kommunene. Andel kommuner med ulike modeller og totalt antall kommuner som har klart å velge en av modellene, 2007. ....	22
Tabell 4.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbygger, fylke 2007. ....	29
Tabell 4.2 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbygger, kommunestørrelse 2007.....	31
Tabell 4.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid, befolkning og årsverk per 1 000 innbygger, KOSTRA-gruppe, 2007.....	33
Tabell 4.4 Årsverk per 1000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke, 2007.....	37
Tabell 4.5 Årsverk per 1000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, fylke 2007.....	39
Tabell 4.6 Årsverk per 1000 voksne og andel fordelt på ulike tiltak, KOSTRA gruppe, 2007.....	40
Tabell 4.7 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, fylke 2007.....	41
Tabell 4.8 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse 2007.....	42
Tabell 4.9 Årsverk til barn og unge per 1 000 innbygger og andel fordelt på ulike tiltak, KOSTRA-gruppe, 2007.....	43
Tabell 4.10 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, fylke 2007. ....	45
Tabell 4.11 Årsverk totalt fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, fylke 2007.....	46

Tabell 4.12	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, kommunestørrelse, 2007.....	48
Tabell 4.13	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, kommunestørrelse, 2007.....	49
Tabell 4.14	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, antall, KOSTRA gruppe, 2007.....	50
Tabell 4.15	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, totalt, prosent, KOSTRA gruppe, 2007. ....	51
Tabell 4.16	Antall årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, fylke, 2007. ....	53
Tabell 4.17	Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, fylke, 2007.....	54
Tabell 4.18	Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, kommunestørrelse, 2007.....	55
Tabell 4.19	Årsverk i tjenester til voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, kommunestørrelse, 2007. ....	56
Tabell 4.20	Antall årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, antall, KOSTRA gruppe, 2007. ....	57
Tabell 4.21	Andel årsverk i tjenester for voksne fordelt på utdanningskategorier, prosent, KOSTRA-gruppe, 2007. ....	58
Tabell 4.22	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall fylke, 2007. ....	60
Tabell 4.23	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2007.....	61
Tabell 4.24	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, antall, kommunestørrelse 2007. ....	62
Tabell 4.25	Årsverk til barn og unge fordelt på ulike utdanningsgrupper, prosent, kommunestørrelse 2007.....	63
Tabell 4.26	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, antall, KOSTRA-gruppe, 2007. ....	64
Tabell 4.27	Årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper, barn og unge, prosent, fylke, 2007.....	65
Tabell 4.28	Resultat, antall, fylke 2007. ....	67
Tabell 4.29	Resultat per 1000 innbygger, fylke, 2007. ....	68
Tabell 4.30	Resultat, antall, fylke, 2007. ....	69
Tabell 4.31	Resultat, per 1000 innbygger, kommunestørrelse, 2007. ....	69
Tabell 4.32	Resultat, antall, KOSTRA-gruppe, 2007. ....	70
Tabell 4.33	Resultat per 1000 innbygger, KOSTRA-gruppe, 2007. ....	71
Tabell 4.34	Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), fylke, 2007. ....	72
Tabell 4.35	Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), fylke, 2007.....	73
Tabell 4.36	Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), kommunestørrelse, 2007.....	74
Tabell 4.37	Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), kommunestørrelse, 2007.....	75

Tabell 4.38 Valg av organiseringsmodell for voksne, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), KOSTRA-gruppe, 2007. ....	75
Tabell 4.39 Valg av organiseringsmodell for barn og unge, prosentandel, antall svar og ikke svar (N), KOSTRA-gruppe, 2007. ....	76
Tabell 6.1 Hva kjennetegner kommuner med lavt og høyt ressursbruk. Kjennetegn definert i forhold til nasjonal gjennomsnitt. 2007 .....	87
Tabell 6.2 Hva forklarerer observerte forskjeller i ressursinnsats i psykisk helsearbeid i kommunene? Årsverk per innbygger. MKM-estimer.....	89
Tabell 7.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid innen tjenester for voksne og for barn og unge og antall årsverk rapportert finansiert av øremerkede midler med andel finansiert av øremerkede midler i 2007.....	91
Tabell 7.2 Egenfinansieringsandel gruppert stigende. Utvalgte kjennetegn ved kommunene definert som andel av nasjonale gjennomsnitt. Uveide snitt.....	92
Tabell 7.3 Egenfinansieringsandel som funksjon av kommunekjennetegn. ....	93
Tabell 8.1 Kjennetegn ved kommuner gruppert etter modell for organisering av tjenester til voksne .....	96
Tabell 8.2 Krysstabel organiseringsmodell voksne og organiseringsmodell barn og unge. ....	96
Tabell 8.3 Kjennetegn ved kommuner gruppert etter modell for organisering av tjenester til barn og unge .....	97
Tabell 8.4 Determinanter for valg av organiseringsmodell. Logit estimering. Odds ratioer. ....	98
Tabell 8.5 Effekten av valg av modell på årsverksinnsats og grad av egenfinansiering voksne. MKM-estimer	99
Tabell 8.6 Effekten av valg av modell på årsverksinnsats og grad av egenfinansiering barn og unge. MKM-estimer .....	99



## FIGUROVERSIKT

Figur 4.1 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbygger, fylke 2007. ....	30
Figur 4.2. Årsverk per 1000 innbygger, voksne og barn og unge, fylke 2007. ....	30
Figur 4.3 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbygger, kommunestørrelse 2007. .	31
Figur 4.4 Årsverk per 1 000 innbygger, voksne og barn og unge, kommunestørrelse 2007.....	32
Figur 4.5 Antall årsverk rapportert totalt i psykisk helsearbeid per 1000 innbygger, KOSTRA-gruppe 2007. ....	33
Figur 4.6 Årsverk per 1000 innbygger, voksne og barn og unge, KOSTRA-gruppe 2007.....	34
Figur 4.7. Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, fylke 2007.....	35
Figur 4.8. Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, kommunestørrelse 2007. ....	35
Figur 4.9. Prosentvis andel av årsverkene som går til tjenester og tiltak til barn og unge, KOSTRA-gruppe 2007.....	36
Figur 4.10. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, fylke 2007. ....	38
Figur 4.11. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike tiltak, kommunestørrelse 2007.....	39
Figur 4.12. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til bolig, oppfølging m.m., KOSTRA-gruppe, 2007. ....	40
Figur 4.13. Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, fylke 2007. ....	42
Figur 4.14. Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, kommunestørrelse 2007. ....	43
Figur 4.15. Årsverk til barn og unge fordelt på ulike tiltak, KOSTRA-gruppe 2007. ....	44
Figur 4.16. Prosentvis andel av totale årsverkene fordelt på ulike utdanningsgrupper, fylke 2007.....	47
Figur 4.17. Andel av totale årsverk som har videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke 2007.....	48
Figur 4.18. Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, totalt, kommunestørrelse 2007.....	49
Figur 4.19. Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, totalt, kommunestørrelse, 2007.....	50
Figur 4.20. Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper totalt, KOSTRA gruppe, 2007. 52	
Figur 4.21. Prosentvis andel av årsverkene videreutdanning i psykisk helsearbeid, totalt, KOSTRA-gruppe, 2007. ....	52
Figur 4.22. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, fylke, 2007.....	54
Figur 4.23. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, fylke, 2007. 55	
Figur 4.24. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, kommunestørrelse, 2007. ....	56

Figur 4.25. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, kommunestørrelse, 2007.....	57
Figur 4.26. Prosentvis andel av årsverkene til voksne som går til ulike utdanningsgrupper, KOSTRA gruppe, 2007. ....	58
Figur 4.27. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, KOSTRA gruppe, 2007. ....	59
Figur 4.28. Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge i ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2007.....	61
Figur 4.29. Prosentvis andel av årsverkene til barn og unge med videreutdanning i psykisk helsearbeid, Fylke 2007. ....	62
Figur 4.30. Prosentvis andel av årsverkene til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, kommunestørrelse 2007. ....	63
Figur 4.31. Prosentvis andel av årsverkene med videreutdanning i psykisk helsearbeid, barn og unge, kommunestørrelse 2007. ....	64
Figur 4.32. Prosentvis andel av årsverkene som går til ulike utdanningsgrupper, barn og unge, fylke 2007.....	65
Figur 4.33. Prosentvis andel av årsverkene til voksne med videreutdanning i psykisk helsearbeid, KOSTRA-gruppe, 2007. ....	66
Figur 6.1 Sammenhengen mellom ressursbruk og innbyggertall.....	85
Figur 6.2 Sammenhengen mellom kommunale inntekter per innbygger (gruppert i 20 prosent-persentiler) og totalt antall årsverk per innbygger. Ukorrigert og korrigert for forskjeller i kommunestørrelse. ....	86



## VEDLEGG 1: DATAKONTROLL OG DATAKVALITET

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. Vi har derfor satt inn stor innsats i kvalitetskontrollen for å sikre datakvaliteten. I dette vedlegget går vi gjennom denne kontrollen og beskriver datakvaliteten. Vedlegget viser utdrag fra et notat som ble levert til Helsedirektoratet 1. oktober 2008.

Skjemaet er utformet, sendt ut og innsamlet av Helsedirektoratet i samarbeid med Fylkesmannen. SINTEF har hatt ansvaret for kvalitetskontroll, sammenstilling og analyser. Kvalitetskontrollen er gjennomført i nært samarbeid med rådgiverne i psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen.

### INNLEDNING

SINTEF Helse har de siste tre årene kontrollert data fra Rapporteringsskjema 1 (R1) som inneholder kommunenes rapportering på bruk av øremerkede midler. For 2007 har SINTEF Helse kontrollert data både for R1 og R2 – noe som har vært utnyttet i datakontrollen ved at rapporterte data fra R1 og R2 er koblet sammen og sett i sammenheng.

Datakontrollen på R1 ble gjennomført i mai og juni, mens kontrollen på R2 i hovedsak har foregått i august og september 2008.

Vi har hatt løpende kontakt med både rådgiverne innen psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen og med enkeltkommuner i begge rundene. Det meste av kontrollen har foregått på e-post. En rask opptelling har vist at SINTEF Helse har mottatt over 400 e-poster gjennom arbeidet med å kontrollere data. Vi har sendt ut nærmere 200 e-poster som en del av datakontrollen. Når alle telefonsamtalene vi har hatt med rådgiverne og enkeltkommuner inkluderes, er antall kontakter i dette prosjektet formidabelt.

Siden dette er første året data innhentes har vi vært svært detaljerte i kontrollen. Dette for at kommunene skal ha et best mulig grunnlag å rapportere videre på. Etter vår erfaring tar respondentene frem fjorårets rapportering når skjema kommer og ser hvordan dette ble gjort og rapporterer i stor grad videre på samme måte. Det er derfor viktig at avvik som oppdages spørres om og diskuteres internt. Vi har helt klart inntrykk av at vår runde med kontroll, som også har omfattet kommuner med få årsverk og dermed avvik som kun har marginal betydning på nasjonalt nivå, har skapt diskusjoner og engasjement rundt rapporteringen i mange kommuner. Dette tror vi bedrer kvaliteten på den videre rapporteringen.

Totalt har SINTEF Helse sendt ut 541 spørsmål til rådgiverne og til enkeltkommuner om datarapporteringen og nesten samtlige spørsmål er besvart enten skriftlig eller muntlig. Vi har vurdert svarene og korrigert data i samråd med respondentene.

## DATAINNGANG OG INNHOLD

Alle filene var levert og klar for datakontroll 12. august 2008. Alle unntatt ett fylke leverte data før sommeren, og de fleste et stykke ut i juni. Kontrollen med R1 tok hele mai og juni, slik at det var likevel ikke aktuelt å begynne gjennomgangen før i august.

18. august var alle filene samlet i en nasjonal datafil gjennom manuell tilpasning og formatering, og kontrollen startet. Prosedyrene og kontrollrutinene var programmert og klare på forhånd.

Når datasett mottas på e-post er det potensielt utfordringer knyttet til selve mottaket av datafiler. Helsedirektoratet (H-dir) har mottatt filene fra Fylkesmannen og videresendt de til oss. I noen tilfeller har prosedyrene ikke vært helt klare og SINTEF har da både mottatt data direkte fra Fylkesmannen og via H-dir uten at dette har vært et stort problem.

## PROSEDYRER OG RUTINER FOR DATAKONTROLL

### GENERELT OM KVALITETSKONTROLL AV R2

---

Data fra R2 er utfordrende å kvalitetskontrollere av flere årsaker:

- Det finnes ikke tidligere rapportering å sammenlikne med.
- Kommunene har ikke eksakt kunnskap om egen innsats i tjenester til mennesker med psykiske lidelser og problemer. Dette skyldes både at kommunenes egne regnskapssystemer ikke har psykisk helse som et eget kostnadsområde, men også at kommunene organiserer tjenestene veldig ulikt slik at uttrekk på grupper av brukere er krevende.
- Generelt finnes lite informasjon om kommunale tiltak innen psykisk helsearbeid å sammenlikne med i offentlig statistikk. (Dette er jo nettopp grunnen til at innsamlingen nå gjennomføres).

Selv om det ikke finnes informasjon om psykisk helsearbeid fra offentlig statistikk, kan data kontrolleres ved å se leverte data opp mot annen informasjon. Vi har lagt opp til flere standardiserte tester som kjøres for alle kommunene samtidig der vi foretar koblinger mellom R2 og følgende datakilder:

- Rapporteringsskjema 1
- Mottatte tilskudd
- Innbyggertall
- Forhold mellom tall innen Rapporteringsskjema 2
- KOSTRA tall
- Rapporterte tall i Iplos

Ekstremt lave eller høye verdier på disse forholdstallene kan indikere feil i rapporteringen og vi undersøker dette nærmere ved å kontakte kommunene med ekstremverdier direkte (eller via fylkesrådgiver), se neste kapittel.

## FAKTISK GJENNOMFØRING

---

Datakontrollen har foregått ved at SINTEF både ved manuell gjennomgang av data og gjennom mer standardiserte tester har laget en liste over spørsmål til enkeltkommuner. Etter at alle testene og gjennomgangene var gjennomført ble alle spørsmålene gruppert fylkesvis og satt inn i en Word-fil. Spørsmålene ble nummerert og satt inn i en tabell med en tom celle ved siden av hvert spørsmål/kommentar for at rådgiverne skulle fylle inn sine svar og korrigeringer.

Alle filene ble sendt ut mellom 5. og 18. september med en konsentrasjon 12. og 15. september.

De fleste av rådgiverne har respondert raskt, men vi har forstått at det er travle tider i september. Svarene har stort sett vært tilfredsstillende og rådgiverne har gjort en stor innsats i kontrollarbeidet.

I noen tilfeller kjenner ikke rådgiverne / kommunene igjen tallene vi spør om. Dette skyldes nok at kommunene har korrigert tall selv eller etter spørsmål fra rådgiverne slik at det eksisterer flere versjoner av rapporteringsskjemaene fra kommunene. Det er problematisk at nye filer sendes når noe oppdateres eller endres og det blir vanskelig når mange versjoner eksisterer.

I noen tilfeller har rådgiverne sendt SINTEF sine spørsmål direkte videre til kommunene. Kommunene svarer da oss direkte og det er brukt mange timer på kontakt og forklaringer fra enkeltkommuner. Dette er ikke ønskelig, men vi var nok ikke tydelig nok på at rådgiverne skulle fylle ut dokumentet basert på sin kontakt med kommunene og så returnere svarene til oss. I noen tilfeller har vi sagt at det er greit slik og dette har med tidsfrister og arbeidspress på enkeltrådgivere å gjøre. Det er mulig vi må beregne noe mer tid til at kommunene skal respondere på spørsmål fra rådgiverne neste år. I år hastet det særlig i forhold til at det skulle være mulig å gi innspill til endringer i 2008 skjema, men neste år kan dette gjøres mindre formelt og før hele datakontrollen er gjennomført.

## MANUELL GJENNOMGANG (EYEBALLING)

---

Det første vi undersøkte var om det var kommuner som hadde null eller missing-verdier på alle variablene. Dette betyr da at de ikke har levert data. Dette fant vi i 11 kommuner og vi sendte purring til rådgiverne med det samme. Flere var fortsatt på ferie og kom ikke tilbake før siste uken i august. Vi ba da om å få oversendt enkeltfilene og ikke hele samlefilene på nytt da dette ville innebære nye formatjusteringer på det nasjonale datasettet og la inn disse tallene. Det er kun en kommune som ikke har levert data og de kommer heller ikke til å bli med i rapporteringen. Dette er en liten kommune, men vi har lagt inn estimerte tall når analysene er utført.

Ellers har vi gjennom å se over alle cellene i datasettet oppdaget en del formatfeil (komma vs punktum) og tekst der det skal være tall osv slik at summeringene ikke stemmer.

I dette kapitlet går vi gjennom variablene i datasettet og viser hvordan vi har kontrollert hver enkelt variabelgruppe. Under hver gruppe viser vi resultatet av datakontrollen på aggregerte data ved å sammenlikne endelige tall med leverte data.

#### Brukermedvirkning i organisert form

Totalt oppgir kommunene å ha brukt 260 millioner kroner på brukermedvirkning i organisert form. En kommune oppgir for eksempel å ha brukt 96 mill på dette tiltaket – her er mange feil og mangler som er korrigert. Vi har brukt flere sammenlikningsvariabler. Først så vi på hva de har svart på denne variabelen i forhold til hvor store kommunene er. Som en enkel tilnærming bruker vi summen de har mottatt i øremerkede midler for 2007. En deskriptiv oversikt ble kjørt ut og vi fant for eksempel at maksimum avviker sterkt fra gjennomsnittsverdien. En del kommuner har rapportert i hele kroner heller enn i 1000 kroner som de skulle. Dette er opplagte feil vi korrigerer, og informerer rådgiverne hos Fylkesmannen om. Etter disse korrigeringsene går kommunene i Norge fra å bruke 260 mill på brukermedvirkning i organisert form til omtrent 43 millioner kroner. En annen sammenlikningsvariabel er fra Rapporteringsskjema 1. Der oppgir kommunene hvor mye de har brukt til Bruker-/pårørendeorganisasjoner (Variabel 7 i R1). Vi konstruerer derfor en andelsvariabel som viser hvor stor andel de øremerkede midlene til dette tiltaket utgjør av totalt benyttet til brukerorganisasjonene. Kommunene må ha brukt minst det de oppgir i R1. Her er det en del småsummer og kun en verdi er over 100 (målt i 1 000 kroner). Vi bestemmer oss for å sjekke de som oppgir å ha brukt mer enn kr 50 000 på dette tiltaket finansiert av øremerkede midler, men som har oppgitt 0 i R2. For de andre bytter vi 0 i R2 med verdien på denne variabelen i R1 og informerer om dette. I noen tilfeller har vi fått tilbakemelding om at det er feil i R1 heller enn i R2 og vi har korrigert tilbake. Vi har sendt ut 70 spørsmål og kommentarer (Til informasjon: ...) om brukermedvirkning i organisert form. Totalt har datakontrollen betydd en reduksjon i data fra 260 millioner til det endelige tallet på 51 millioner kroner.

#### Årsverk i tiltak (Variabel 1-9)

For noen kommuner er ikke summeringsvariablene riktig summert. Dette kan skyldes at data er lagt inn etter at summeringen er låst. I noen tilfeller er det formatfeil i noen av variablene. Dette er rettet opp etter at vi manuelt har sett over datasettet ved mottak. Noen kommuner har ikke fordelt årsverkene på tiltak, men de har totalt antall årsverk i summeringsvariabelen. Mange har oppgitt mer i sum enn det de har fordelt, men dette er rettet opp ved at vi har summert alle variablene på nytt. Dette innebærer at de kommunene som har rapportert feil i sum i forhold til det de har fordelt har "mistet" årsverkene de ikke har fordelt. For små kommuner kan det bli relativt store avvik bare fordi tallene er summert med desimaler, men er kopiert inn uten desimaler. Totalt rapporterer kommunene ca 12 400 årsverk til sammen, der omtrent 2 900 årsverk går til barn og unge. I 2006 gjennomførte SINTEF Helse et prosjekt som blant annet skulle gi et anslag på årsverk knyttet til psykisk helsearbeid i kommunene. Her brukte vi et utvalg på ca 100 kommuner og estimerte ut fra dette (Ose, 2007). Her estimerte vi at det i 2006 var ca 9 000 årsverk som gikk til psykisk helsearbeid. Omtrent 2 200 av disse årsverkene ble beregnet å gå til tjenester til barn og unge. Dette betyr at vi beregnet at 24 prosent av årsverkene gikk til tjenester rettet mot barn og unge. Fordelingen mellom årsverk mellom de ulike gruppene må derfor sies å være relativt konstant mellom tre ulike datainnsamlinger – resultatene trygges derfor.

De 9 000 årsverkene vi estimerte den totale innsatsen i psykisk helsearbeid ut fra er basert på 2006 tall og kan derfor ikke direkte sammenliknes med 2007-tallene. Om vi antar at totale årsverk har hatt samme vekst som årsverksinnsatsen finansiert av øremerkede midler fra 2006 til 2007 kommer vi frem til 10 440 årsverk i 2007 ut fra beregningen basert på informasjon fra 100 kommuner. Dette betyr at avviket mellom dette estimatet og det vi finner i R2 er på ca 20 %. Vi kan selvsagt tenke oss at årsverksinnsatsen finansiert av egne midler har økt mer enn innsatsen finansiert av øremerkede midler fra 2006 til 2007, men for å få dette tallet i 2007 må antall årsverk i tjenester rettet mot voksne ha økt med mer enn 60 % fra 2006 til 2007, mens egeninnsatsen målt i årsverk i tjenester rettet mot barn og unge måtte ha vokst med omtrent 40 prosent fra 2006 til 2007. Det er derfor grunn til å tro at det første anslaget på 12 401 årsverk totalt er noe høyt.

Her har vi enkelt sammenliknet årsverk rapportert i R1 med det som totalt er rapportert i R2. Vi finner at 48 kommuner rapporterer mer i R1 enn i R2 på årsverk for voksne. Det er ingen store tall her og det er totalt et avvik mellom R1 og R2 på 45 årsverk for voksne. De største avvikene i absoluttverdi utgjør for fire kommuner 33 av de 45 årsverkene. I den andre enden av skalaen finner vi de som har rapportert mange flere årsverk i R2 enn i R1. I gjennomsnitt rapporterer kommunene 2,14 ganger flere årsverk i R2 enn i R1. Gjennomsnittet som fremkommer er mye høyere enn medianen, slik at her er det ekstremverdier. Vi har sett nærmere på alle kommunene som har rapportert mer enn 4 ganger flere årsverk enn i R1 og har sendt kontrollspørsmål til disse. En kommune har for eksempel rapportert 44 ganger så mange årsverk i R2 enn i R1. Dette er en opplagt feil som var lett å korrigere. Totalt er det sendt ut 119 spørsmål om årsverk i tjenester til voksne og 36 til tjenester til barn og unge. En reduksjon i 372 ble nettokorrigeringen for årsverksinnsatsen slik at stående tall er 12 029 årsverk. Vi mener fortsatt at dette er noe høyt.

#### Fordeling på ulike typer årsverk (10-17)

Vi har kontrollert dette mot det som er rapportert av årsverk fordelt på tiltak. I de tilfeller det er avvik mellom disse tallene har vi bedt om å fordele eller fjerne årsverk på tiltaksvariablene eller på utdanningsvariablene. Mange av avvikene har vært veldig små i absolutte tall, men relativt store i forhold til avvik. Vi har informert om dette, men ikke vært strenge på at alle avvik (for eksempel som gjelder under 2 årsverk) skal korrigeres. Dette betyr at det vil være et visst avvik mellom sum årsverk rapportert på tiltak og sum årsverk rapportert på ulike utdanningsgrupper. Kontrollen og korrigeringene har ført til 222 færre årsverk fordelt på utdanningsgrupper i tjenester for voksne og en økning i årsverk til barn og unge på totalt 59 årsverk. Netto har kvalitetskontrollen dermed gitt 163 færre årsverk fordelt på ulike utdanningsgrupper. Avviket mellom antall årsverk som er rapportert på tiltak og på utdanningsgrupper er redusert fra 252 årsverk til 43 årsverk. Dette er summen av mange marginale avvik som ikke er mulig å be kommunene korrigere. I neste års rapportering er det i skjema lagt inn en automatisk kontroll som gir kommunene beskjed om dette avviket slik at målet er null avvik i totalt årsverk fordelt på tiltak og totalt årsverk fordelt på utdanningsgrupper.

#### Antall personer i arbeidstiltak i kommunal regi (18)

Generelt er dette en variabel vi mener har begrenset kvalitet. Dette har flere årsaker og en er forholdet mellom kommunene og NAV. NAV er i en viktig reformperiode og dette får ulike utslag lokalt. Dette er noe det generelt finnes lite kunnskap om, men det kan virke noe tilfeldig hvilke tiltak som er tilgjengelige lokalt fra NAV og hvilke som tilbys fra kommunene. Mange av respondentene har sagt at det forventes at NAV skal ta et større ansvar lokalt for marginale grupper. Kommunale tiltak

vil ofte være støttefunksjoner til NAV tiltak og det vil være viktig å undersøke hvilke ressurser som settes inn på dette feltet i kommunene. Spørsmålet er om data som samles inn kan gi et fornuftig bilde av tjenester til målgruppen eller om det bare vil gjenspeile NAVs innsats og utvikling lokalt? Vurderingen om begrenset kvalitet skyldes også at kommuner har vanskelig for å vite hva de skal legge i dette spørsmålet, gjelder det for eksempel når kommunene kjøper plasser på arbeidstiltak eller bare når kommunene driver tiltakene selv. Dette har også sammenheng med spørsmål 6. En svakhet med skjemaet er dermed at det fanger opp den direkte innsatsen i kommunale årsverk til tiltak, men ikke dersom kommunene kjøper tiltak og ikke har egne årsverk. Dersom det er tilbudet til brukerne som er viktig, bør det være opp til kommunen (kommunal handlefrihet) om de kjøper plassene eller organiserer tiltakene selv. Vi er usikker på hvordan kommunene har beregnet tallene. Mange har telt alle på arbeidstiltak i kommunal regi og anslått en andel med psykiske lidelser og vansker. Det er flere store kommuner som har meldt tilbake at det er umulig å finne tall eller gjøre gode anslag på dette. Denne variabelen er av disse grunnene ikke tatt med i rapporteringsskjema for 2008.

#### Antall personer som har hatt støttekontakt (19-20)

Dette er også en variabel som er vanskelig å kvalitetskontrollere. Vi har mottatt IPLOS data fra SSB og har sendt ut mengder av spørsmål knyttet til avvik fra rapporterte IPLOS tall. Tanken var at IPLOS inkluderte alle og at tallene i R2 dermed burde være lavere enn IPLOS. Det var i mange tilfeller ikke slik, og vi sendte ut nesten 80 spørsmål som angikk forholdet mellom rapporterte antall mottakere av støttekontakter i IPLOS og i R2. Tilbakemeldingene fra respondentene tyder på at avvikene skyldes at mange kommuner ikke har fått på plass rutiner for å rapportere for andre enheter enn de som faller under pleie- og omsorgstjenestene. Vi har i tillegg koblet antall støttekontakter opp mot størrelsen på kommunen og sendt ut spørsmål til 57 kommuner om deres tall. I mange tilfeller har vi fått tilbake svar om at psykisk utviklingshemmede (PU) er tatt med. Disse har vi i de aller fleste tilfeller tatt bort, men er usikker på hvor konsekvent dette er gjort ute i kommunene. Mange ser ut til å bruke Gerica og kan se det derifra. Noen har også sagt at de har telt med de som har vedtak på å få motta støttekontakt, men har færre som faktisk har mottatt tjenesten. Datakontrollen medførte en netto reduksjon i antall mottakere, 308 færre voksne og 414 færre barn og unge.

#### Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar omsorgslønn (21)

Den samme variabelen finnes i IPLOS og tanken var at vi kunne undersøke om en rimelig andel av det som er rapportert i IPLOS er rapportert i Rapporteringsskjema 2. Dette ble vanskelig da tilbakemeldingene vi fikk viste at mange kommuner hadde mangelfulle rutiner for IPLOS-rapportering i enheter utenfor pleie- og omsorg. Vi har kun sendt ut 8 spørsmål om denne variabelen og det er dermed lite korrigeringer. Totalt er det rapportert at 998 personer mottar omsorgslønn for barn og unge med psykiske lidelser/vansker. Etter korrigeringer er tallet redusert med 7 personer, altså til 991.

#### Antall barn og unge med psykiske lidelser hvor de pårørende mottar avlastning (22)

Dette er også en variabel som finnes i IPLOS men er foreløpig ikke helt egnet til å kontrollere opp mot. Vi har da kun sett på rapporterte tall i forhold til kommunestørrelse. Kommunene har sjekket tallene og de har meldt tilbake at de er riktige. Kontrollen har kun ført til marginale endringer, fra 2 470 til 2 451 mottakere av avlastning.

### Antall innkjøpte heldøgns plasser (23)

Her har vi også hatt få kontrollmuligheter. Det er 671 innkjøpte heldøgns plasser av dette slaget i følge rapporteringen, 271 er kjøpt fra Oslo. Denne variabelen er uendret av kvalitetskontrollen.

### Samarbeidsrutiner (24)

For samarbeidsvariabelen er ikke informasjon om type samarbeid knyttet opp til kopigrunnlaget. Dette gjør at denne informasjonen ikke er sendt videre fra Fylkesmannen. Dette betyr også at dersom noen kommuner har krysset av på en av samarbeidsformene, men ikke sagt "Ja", står det bare "0" i kopigrunnlaget. Vi har derfor gått inn å sjekket mange av disse, bare for å se om de er ja. Vi har også sendt ut mange spørsmål om dette. Det er kun 20 kommuner som svarer Nei, så dette blir meningsløst siden vi ikke har informasjon om hvilke samarbeidsrutiner dette er. I neste års rapportering er dette korrigeret slik at type samarbeid kan analyseres nærmere basert på 2008 tallene.

### Organisering av tjenestene (25-27)

Vi har sendt ut 53 spørsmål om organisering og mye er endret formatmessig for å telle. Dette er lette variabler å jobbe med, men det er noen problemer i skjema. Mange av rådgiverne har slitt med oppsummeringsfunksjonene i skjemaet, og har latt seg irritere unødig over dette, vi summerer på nytt uansett. Dette har vi spesielt sett i forhold til organiseringsmodell. Årsaken er enkelt å greie at det ikke er mulig å summere ulike format. Det er selvsagt ikke mulig å summere "Modell 1" og "1" og "M1" og "Mod 1". Vi anbefaler derfor at summeringsfunksjonen fjernes. Det er ingen problem å automatisk bytte ut "1" og "M1" og "Mod 1" med "Modell 1" etter skjemaet er mottatt. Vi har laget en regel som gjør dette automatisk. Skjemaet for neste års rapportering er nå justert slik at de trykker på et felt så kommer valgt modell opp uten manuell innskriving. Oppsummeringsfunksjonene er fjernet på disse variablene.

I arbeidet med analysene i denne rapporten har vi også avdekket avvik i forhold til det som er rapportert som gjeldende modell i et annet prosjekt. Vi finner betydelige avvik. Problemet er at kommunene kan organisere deler av tjenestene til målgruppen på en måte og andre deler på andre måter. For eksempel vil hjemmetjenester, som er en stor andel av årsverkene i psykisk helsearbeid, ofte være integrert ordinære hjemmetjenester. Om kommunene utenom dette har organisert en egen enhet kan det være en subjektiv vurdering om tjenestene er integrert eller ikke. Forståelsen av modellbegrepene må derfor diskuteres nærmere.

### Kort kommentar om PU

Generelt er mange som teller med tjenester til psykisk utviklingshemmede (PU) i tjenester til personer med psykiske lidelser og vansker. Dette begrunnes med at mange i gruppen (PU) også har behov for tjenester innen psykisk helsearbeid. Det beste argumentet for at PU ikke skal telles med i tjenester innen psykisk helsearbeid er at den kommunale innsatsen i forhold til denne brukergruppen finansieres av egne midler (vertskommunetilskudd og særlig ressurskrevende brukere) og at denne målgruppen generelt har andre behov enn målgruppen i psykisk helsearbeid. I neste års rapportering er det konkretisert at en bare skal telle årsverk der hovedårsaken til at tjenesten mottas er psykiske lidelser eller problemer og ikke de som i utgangspunktet har behov som utløser andre tjenester, for eksempel psykisk utviklingshemmede og demente. Flere kommuner er uenige i denne avgrensningen men det er vanskelig å overstyre denne vurderingen fra kommunene.

### Kort kommentar om lidelser vs vansker

Når både lidelser og vansker tas med, defineres selvsagt målgruppen bredt. Dette er en stor diskusjon, men det er lite tvil om at en av grunnene til at det rapporteres over 12 000 årsverk i psykisk helsearbeid er at vansker telles med. Dette er et lite konkret begrep og det er mye som kan legges inn under psykiske vansker begrepet. Vi tror at dette kan avhjelpest noe ved at kommunene i neste års rapportering er bedt om å kun telle de årsverkene som går med der primærårsaken til at tjenesten mottas er psykiske lidelser eller vansker. Nest års skjema er også noe ryddet i forhold til lidelser/problemer.

### TILBAKEMELDINGER FRA RÅDGIVERNE HOS FYLKESMANNEN

Det har naturlig nok vært en del diskusjon om selve skjemaet, veiledningen og rapporteringen generelt dette første året. Vi har derfor latt alle rådgiverne hos Fylkesmannen få mulighet til å komme med kommentarer på følgende spørsmål:

- Har dere hatt noen problemer med de elektroniske skjemaene?
- Er det noe som har vært uklart i skjemaet?
- Er det noe som har vært uklart i veiledningen?
- Er det noen av tallene dere er spesielt usikre på?
- Er det noen av tallene dere er spesielt sikre på?
- Hvordan har anslaget for årsverksinnsatsen i hjemmetjenesten til brukere med psykiske vansker/lidelser fremkommet?
- Hvor har dere rapportert hjemmetjenester? Konsekvent slik eller varierer det mellom kommuner/bydeler?

I tillegg til tilbakemeldingene fra rådgiverne har vi også fått en del tilbakemeldinger fra enkeltkommuner som vi har vært i kontakt med gjennom kvalitetssikringsprosessen. Alle tilbakemeldingene oppsummeres i det følgende.

#### Har dere hatt noen problemer med de elektroniske skjemaene?

Typiske problemer det er rapportert om er at det ikke var mulig å åpne skjemaet og at det ikke var mulig å lagre skjemaet lokalt etter at det var utfylt. I noen tilfeller meldes det om at data forsvant fra skjemaet etter det var fylt inn. Flere rådgivere rapporterer også om at det var problemer med å kopiere skjema over i sameskjemaet samt å korrigere skjema de hadde mottatt. Som nevnt tidligere har det vært problemer knyttet til oppsummeringsfunksjonene men dette er nå rettet. Flere rådgivere melder at både de og kommunene hadde problemer i starten, ut fra at det var en del nytt, men at ting har gått greit etter en tids bruk. Mange sier også at de ikke har hatt noen problemer med de elektroniske skjemaene.

#### Er det noe som har vært uklart i skjemaet?

Det er kommentert at det er forskjellig ordlyd på samme spørsmål mellom R1 og R2, men det har ikke vært noen konkret tilbakemelding på hvor. Det vanskeligste å forholde seg til, ser ut til å være at R2 ikke er konsistent med R1 ( $R2 = R1 + \text{noe}$ ) og at det er store tolkningsvariasjoner. Noen forslår også at R2 bør være alt psykisk helsearbeid minus R1. Dette innebærer uansett de samme avgrensingsproblemene.

Det er også gitt mange tilbakemeldinger på at "De mest vanlige spørsmålene" fra Helsedirektoratet var svært nyttige.



En viktig kommentar er aldersinndeling på barn og unge. I skjemaet er det definert som 0-17 år, men mange kommuner jobber med ungdom opp til 19 år i VGO og opp til 23 år i Helsestasjonen for unge og i barneverntjenesten.

I tillegg ber Oslo om bedre definisjoner og bedre tilpasning til situasjonen i Oslo kommune. Oslo Kommune har utarbeidet en presisering av definisjonene i samråd med Fylkesmannen, for på denne måten å sørge for at tallmateriale skulle bli mer enhetlig.

#### Er det noe som har vært uklart i veiledningen?

Noen rådgivere har hatt møter med kommunene i forkant der veiledningen ble gjennomgått og de ble enige om hva som var en god forståelse. Mange mener at inklusjons- og eksklusjonskriterier kunne vært bedre definert. Det er også meldt om usikkerhet i forhold til hva som skulle med på spørsmål 2 og 3. Vi har gitt innspill på at antall årsverk til støttekontakter burde vurderes inkludert for å si noe om gjennomsnittlig mengde kontakt for hver mottaker i kommunene.

#### Er det noen av tallene dere er spesielt usikre eller sikre på?

Noen melder tilbake at de er usikre på alle tallene, men kanskje særlig tallene der antall brukere skulle telles. Det virker som tallene for voksne er mer usikre enn for barn og unge, men er usikker på om vi kan si at det systematisk er slik. Det er også noen kommentarer i retning: "Det er svært få "representative uker" mot slutten av året". Informasjon om årsverk fordelt på ulike tiltakstyper bør benyttes med forsiktighet da det kan varierer hvor årsverkene er plassert, for eksempel hjemmetjenester.

#### Hvordan har anslaget for årsverksinnsatsen i hjemmetjenesten til brukere med psykiske vansker/lidelser fremkommet?

Det er ulike måter dette har vært beregnet på og mange vil mene at dette er det vanskeligste anslaget å gjøre. Noen har fått anslag etter forespørsel til de ansvarlige for tjenesten, mens noen tar med svært mange årsverk fordi de mener at nesten alle brukerne har psykiske problemer. De ekstreme har vi korrigert. Andre kommuner har tenkt mer i retning av hvor mye personell med psykisk spesialkompetanse de har.

Andre svarer at det er anslag innhentet fra PLO-leder/soneleder/boveiledere. Flere tror ikke mange har talt eller finregnet i en bestemt uke på slutten av året. Andre igjen kan ha telt opp vedtak for så å regne disse om til årsverk. Fra ett fylke rapporterer rådgiveren at de fleste kommuner har plusset på med den andelen av brukere i hjemmetjenesten som i tillegg til tradisjonelle "pleie- og omsorgs behov", også har problemer ift. psykiske vansker. Andre har hentet tall fra KOSTRA og noen svarer at de ikke har tatt med noe fra hjemmebaserte tjenester. Dette er det mest alvorlige, da dette kan skyldes veiledningen. Vi har forslått at det må spesifiseres hvor hjemmetjenesten skal rapporteres og at det må gis forslag på hvordan dette skal gjøres. Det første er gjort i neste års skjema.

## KONKLUSJON

Noen vil uansett mene at data som innsamles fra kommunene generelt har lav kvalitet når det spørres om noe som ikke passer inn i kommunenes regnskaps- og rapporteringssystemer. Gjennom arbeidet med datakontrollen har vi fått relativt mye kjeft fra rapporteringstrøtte personer i en del kommuner. Det er viktig å huske på at det nærmeste alternativet til å spørre kommunene om årsverksinnsatsen i psykisk helsearbeid er å ikke samle inn data i det hele tatt. Dette vil bety at

myndighetene vil mangle viktig styringsinformasjon om kommunale tjenester til psykisk syke mennesker. At det er krevende å rapportere data er i seg selv ikke et godt argument for å la være å samle inn data, men det kreves en grundig datagjennomgang for å sikre god kvalitet.

Datakontrollen er gjennomført i samarbeid med rådgiverne for psykisk helsearbeid hos Fylkesmannen i tillegg til direkte kontakt med mange enkeltkommuner. Helsedirektoratet har bidratt med innspill og videreformidlet informasjon begge veier. Samarbeidet har fungert svært godt og tidsplanene for datakontroll og leveranser har vært overholdt. SINTEF har dette første året utviklet gode rutiner for kontrollen og utviklede metoder og opplegg vil effektivt kunne benyttes i de neste års datainnsamlinger.

Vi har lagt mye arbeid i datakontrollen og gitt rådgiverne detaljerte tilbakemeldinger på avvik. Vi har ikke ensidig prioritert store kommuner fordi de påvirker de nasjonale tallene mest, men lagt vekt på at rapporteringen skal bli best mulig for alle kommuner nå det første året. For å få best mest tall nasjonalt, ville det vært strategisk å brukt mest tid på de store kommunene å fått disse tallene best mulig. Vi tror likevel at vi gjennom vår metode har fanget opp både absolutte og relative store avvik. Etter at rådgiverne har mottatt våre spørsmål har de så tatt kontakt med kommunene og funnet svar. De har sendt tilbake et skjema med svar til oss og vi har lagt inn korrigeringsene i datasettet. De fleste rådgiverne har meldt tilbake at dette var en nyttig gjennomgang, mens noen synes vi var for detaljerte.

Totalt har SINTEF Helse sendt ut 541 spørsmål til rådgiverne og til enkeltkommuner om datarapporteringen og nesten samtlige spørsmål er besvart enten skriftlig eller muntlig. Vi har vurdert svarene og korrigert data i samråd med respondentene.

Årsverksvariablene er generelt av god kvalitet og har stor verdi i videre analyser. Vel å merke totaltall og ikke på enkeltvariabler da kommunene har ulike avgrensninger i forhold til de ulike tiltakene.

Vi er mer usikre på kvaliteten på resultatvariablene og mener organiseringsvariablene må gjennomgås grundigere for å sikre felles forståelse av modelltypene.

Avgrensning mellom rusfeltet og psykisk helsearbeid er et stort og uavklart tema. Vi har snakket med en del kommuner som oppgir at årsverkene er felles for rus og psykisk helsearbeid. Vi foreslo å inkludere et spørsmål i neste års rapportering for å kartlegge graden av sammenfall mellom årsverk og organisering mellom rus og psykisk helse. Dette er nå med og svarene vil bidra til å si noe mer om forholdet mellom disse tjenestene/områdene i kommunene. Dette er ikke ment som noe som skal inngå i skjemaet årlig, men brukt i en enkelt kartlegging. Svarene vil være av særlig interesse i forhold til rapporteringen som planlegges for rus i kommunene – noe som ikke kan gjøres uavhengig av denne rapporteringen.

Den totale årsverksinnsatsen anses å være av god nok kvalitet for å kunne brukes som indikatorer for tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser og vansker. Det vil være et problem med tidsserien fra 2007 til 2008 fordi det i 2008 er presisert at det kun skal telles med årsverk der psykiske lidelser eller vansker er primærårsaken til at tjenesten eller tiltaket gis. Dette kan føre til en ikke reell reduksjon i årsverksinnsatsen, men det er en nødvendig konkretisering.

SINTEF har gitt detaljerte og konkrete innspill til skjemaforbedringer basert på arbeidet med kvalitetskontrollen.

Skjemaet for 2008-rapporteringen er betydelig forbedret på en rekke punkter men det er fortsatt behov for forbedringer og konkretiseringer. Det tar tid å utvikle god rapportering og det er særlig krav til datakontroll når rapporteringen går på tvers av vanlig kommunal rapportering. Rapporteringen er planlagt integrert i KOSTRA.



## VEDLEGG 2 GRUNNLAGSDATA

Kommune- nummer	Kommune- navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutda- nning	Organisering voksne	Organise- ring barn og unge
101	Halden	2,5	69	47	22	65	15	Modell 4	Modell 4
104	Moss	2,7	78	68	10	39	35	Modell 1	Modell 2
105	Sarpsborg	2,2	114	87	27	73	45	Ikke svart	Modell 1
106	Fredrikstad	1,9	137	84	53	75	35	Modell 1	Ikke svart
111	Hvaler	3,0	12	4	8	43	0	Modell 1	Modell 1
118	Aremark	3,5	5	4	1	100	20	Modell 2	Modell 2
119	Marker	1,5	5	4	1	57	85	Ikke svart	Ikke svart
121	Rømskog	2,2	1	1	0	86	0	Modell 2	Modell 2
122	Trøgstad	0,7	4	3	1	47	31	Modell 1	Modell 3
123	Spydeberg	2,2	11	7	5	78	41	Modell 4	Modell 4
124	Askim	5,2	75	50	25	44	16	Modell 2	Modell 2
125	Eidsberg	1,8	19	14	5	47	20	Modell 1	Modell 1
127	Skiptvet	4,3	15	11	5	50	12	Modell 4	Modell 2
128	Rakkestad	3,1	24	17	7	41	39	Modell 1	Modell 1
135	Råde	2,4	17	13	4	42	51	Modell 4	Modell 2
136	Rygge	2,5	35	29	6	54	52	Modell 4	Modell 4
137	Våler	1,4	6	5	1	68	76	Modell 1	Modell 1
138	Hobøl	2,6	12	8	4	70	21	Modell 4	Modell 4
211	Vestby	1,5	20	16	4	100	33	Modell 1	Modell 1
213	Ski	2,8	77	54	24	97	64	Modell 1	Modell 2
214	Ås	1,7	26	19	7	67	31	Modell 1	Modell 1
215	Frogn	1,8	26	17	8	66	40	Modell 4	Modell 4
216	Nesodden	1,1	18	14	4	72	33	Ikke svart	Ikke svart
217	Opppegård	2,3	56	42	14	62	41	Modell 1	Modell 2
219	Bærum	2,6	278	241	37	72	34	Modell 4	Modell 4
220	Asker	1,7	92	77	15	66	14	Modell 1	Modell 2
221	Aurskog- Høland	1,5	21	15	6	55	52	Modell 4	Modell 2
226	Sørumsund	1,4	19	16	4	60	46	Modell 1	Modell 4
227	Fet	1,6	16	13	4	49	42	Modell 3	Modell 2
228	Rælingen	4,3	65	53	12	73	5	Modell 4	Modell 1
229	Enebakk	2,4	24	12	12	55	19	Modell 1	Modell 1
230	Lørenskog	1,3	42	27	15	97	50	Modell 2	Modell 4
231	Skedsmo	2,6	120	81	39	44	22	Modell 1	Modell 2
233	Nittedal	1,3	27	17	10	44	13	Modell 1	Modell 1
234	Gjerdrum	2,1	11	8	3	59	57	Modell 4	Modell 4
235	Ullensaker	0,7	20	18	2	29	0	Modell 1	Modell 2
236	Nes	0,5	10	7	3	40	10	Modell 1	Modell 2
237	Eidsvoll	1,3	26	20	6	72	51	Modell 1	Modell 2
238	Nannestad	2,6	28	18	10	67	28	Modell 1	Modell 1
239	Hurdal	1,4	4	3	1	100	51	Modell 1	Modell 1

Kommune- nummer	Kommune- navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutda- nning	Organisering voksne	Organise- ring barn og unge
301	Alna	1,4	63	49	14	70	23	Modell 1	Modell 4
301	Bjerke	3,5	92	63	29	60	35	Modell 2	Modell 2
301	Frogner	0,9	42	35	7	64	22	Modell 2	Modell 2
301	Gamle Oslo	2,2	87	67	20	55	20	Modell 2	Modell 2
301	Grorud	2,1	52	37	15	62	26	Modell 2	Modell 2
301	Grünerløkka	3,3	139	126	13	53	13	Modell 2	Modell 2
301	Nordre Aker	1,4	63	50	13	64	48	Modell 1	Modell 4
301	Nordstrand	1,2	52	42	11	92	31	Modell 2	Modell 2
301	Sagene	4,8	155	144	11	65	9	Modell 1	Modell 2
301	St. Hanshaugen	1,4	43	34	9	81	46	Modell 4	Modell 2
301	Stovner	1,6	48	34	14	70	19	Modell 4	Modell 2
301	Søndre Nordstrand	1,6	56	37	19	61	44	Modell 2	Modell 2
301	Ullern	0,7	21	17	5	41	25	Modell 1	Modell 2
301	Vestre Aker	1,0	40	24	17	86	11	Modell 1	Modell 2
301	Østensjø	1,7	74	56	18	66	19	Modell 2	Modell 2
301	Etater eller R1 Sentralt finansierte tiltak		364	198	166	76	9		
301	Oslo (Sum)	2,5	1 392	1 013	379	68	20		
402	Kongsvinger	2,6	46	34	12	44	53	Modell 3	Modell 2
403	Hamar	3,3	93	64	29	76	31	Modell 2	Modell 2
412	Ringsaker	3,2	103	73	30	65	41	Modell 1	Modell 1
415	Løten	1,8	13	10	3	43	30	Modell 2	Modell 2
417	Stange	2,9	56	45	11	55	36	Modell 1	Modell 2
418	Nord-Odal	3,8	20	17	2	71	76	Modell 1	Modell 3
419	Sør-Odal	1,8	14	10	4	51	14	Modell 1	Modell 2
420	Eidskog	2,1	13	9	4	69	20	Modell 4	Modell 1
423	Grue	4,2	21	17	5	36	27	Modell 4	Modell 4
425	Åsnes	4,5	34	29	5	45	17	Modell 4	Ikke svart
426	Våler	2,8	11	9	2	56	41	Modell 4	Modell 4
427	Elverum	3,9	76	60	16	50	30	Modell 1	Modell 2
428	Trysil	3,5	24	20	4	58	49	Modell 1	Modell 2
429	Åmot	1,2	5	4	1	90	62	Modell 4	Modell 4
430	Stor-Elvdal	3,0	8	6	2	84	13	Modell 4	Modell 4
432	Rendalen	8,4	17	16	1	64	39	Ikke svart	Ikke svart
434	Engerdal	2,6	4	2	2	53	26	Ikke svart	Ikke svart
436	Tolga	2,1	4	2	1	53	22	Modell 4	Modell 4
437	Tynset	1,7	9	7	3	85	27	Ikke svart	Ikke svart
438	Alvdal	2,2	5	2	4	73	38	Modell 4	Modell 4
439	Folldal	5,0	8	5	4	39	27	Ikke svart	Ikke svart
441	Os	15,1	31	21	10	76	31	Modell 1	Modell 1

Komm.-nummer	Kommune-navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutdanning	Organisering voksne	Organisering barn og unge
501	Lillehammer	4,1	105	86	19	41	22	Modell 2	Modell 2
502	Gjøvik	2,2	63	45	18	67	29	Modell 4	Modell 2
511	Dovre	2,5	7	6	1	49	39	Modell 1	Modell 1
512	Lesja	2,4	5	4	1	80	39	Modell 1	Modell 2
513	Skjåk	2,2	5	4	1	63	51	Modell 1	Modell 3
514	Lom	3,2	8	5	3	61	49	Modell 4	Modell 4
515	Vågå	1,3	5	4	2	30	40	Modell 1	Modell 1
516	Nord-Fron	1,4	8	6	3	72	51	Modell 1	Modell 2
517	Sel	2,9	17	14	3	38	19	Modell 4	Modell 2
519	Sør-Fron	5,1	16	11	5	58	25	Modell 2	Modell 2
520	Ringebu	4,9	22	20	3	35	41	Modell 1	Modell 1
521	Øyer	2,6	13	10	3	79	44	Modell 4	Modell 4
522	Gausdal	2,3	14	12	3	34	10	Modell 4	Modell 4
528	Østre Toten	3,0	44	38	6	45	14	Modell 4	Modell 4
529	Vestre Toten	2,9	37	28	9	72	20	Modell 4	Modell 2
532	Jevnaker	2,0	12	10	3	58	56	Modell 4	Modell 4
533	Lunner	2,2	19	13	7	38	61	Modell 1	Modell 1
534	Gran	1,1	14	10	4	55	14	Modell 4	Modell 4
536	Søndre Land	1,8	11	8	2	64	27	Modell 2	Modell 2
538	Nordre Land	1,5	10	8	2	92	20	Modell 4	Modell 2
540	Sør-Aurdal	3,5	11	9	2	57	27	Modell 4	Modell 2
541	Etnedal	4,9	7	6	1	41	46	Modell 4	Modell 4
542	Nord-Aurdal	1,9	12	10	2	62	28	Modell 1	Modell 2
543	Vestre Slidre	3,7	8	6	3	76	24	Modell 1	Modell 2
544	Øystre Slidre	4,6	15	12	2	54	25	Modell 4	Modell 2
545	Vang	2,5	4	3	1	95	59	Modell 1	Modell 1
602	Drammen	2,0	117	79	38	72	24	Modell 1	Modell 1
604	Kongsberg	3,4	82	53	29	27	33	Modell 4	Modell 4
605	Ringerike	0,9	25	16	10	61	35	Modell 1	Modell 2
612	Hole	1,8	10	6	4	60	19	Modell 4	Modell 3
615	Flå	4,6	4	4	1	31	29	Modell 4	Modell 4
616	Nes	3,9	14	10	4	57	60	Modell 4	Modell 2
617	Gol	2,8	12	8	4	40	20	Modell 1	Modell 1
618	Hemsedal	4,0	8	4	4	59	34	Modell 1	Modell 1
619	Ål	2,1	10	9	2	87	53	Modell 1	Modell 2
620	Hol	2,7	12	10	1	53	81	Modell 2	Modell 2
621	Sigdal	1,2	4	3	1	36	81	Ikke svart	Ikke svart
622	Krødsherad	2,9	6	6	0	30	50	Modell 4	Modell 4
623	Modum	3,2	41	21	21	39	22	Modell 4	Modell 2
624	Øvre Eiker	2,3	37	19	18	78	27	Modell 1	Modell 1
625	Nedre Eiker	1,2	25	19	7	74	70	Modell 1	Modell 1
626	Lier	2,0	46	28	18	63	26	Modell 1+2	Modell 1+2

Komm.-nummer	Kommune-navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høysk.	Andel med videreutd.	Organisering voksne	Organise-ring barn og unge
627	Røyken	1,2	23	19	4	31	62	Modell 1	Modell 1
628	Hurum	1,4	12	11	1	36	13	Modell 4	Modell 4
631	Flesberg	2,8	7	4	3	42	24	Modell 3	Modell 3
632	Rollag	4,2	6	4	2	25	25	Modell 3	Modell 3
633	Nore og Uvdal	1,2	3	2	1	0	65	Modell 3	Modell 3
701	Horten	2,0	50	33	17	48	25	Modell 4	Modell 2
702	Holmestrand	1,9	19	14	5	76	22	Modell 1	Modell 1
704	Tønsberg	2,5	95	66	29	54	25	Modell 4	Modell 2
706	Sandefjord	1,8	78	59	19	67	26	Modell 4	Modell 2
709	Larvik	3,1	130	72	57	45	23	Modell 2	Modell 2
711	Svelvik	1,9	13	10	3	44	48	Modell 2	Modell 2
713	Sande	2,2	18	14	4	80	14	Modell 2	Modell 2
714	Hof	3,4	10	8	3	36	10	Modell 3	Modell 3
716	Re	2,3	19	14	5	75	23	Modell 1	Modell 2
719	Andebu	1,5	8	5	3	45	58	Modell 1	Modell 1
720	Stokke	2,3	24	19	5	66	35	Modell 1	Modell 1
722	Nøtterøy	3,4	69	24	45	51	11	Modell 1	Modell 2
723	Tjøme	1,7	8	6	2	82	24	Modell 3	Modell 3
728	Lardal	3,2	8	6	2	41	28	Modell 4	Modell 4
805	Porsgrunn	3,1	105	85	20	59	24	Modell 1	Modell 2
806	Skien	6,0	306	221	85	52	29	Modell 2	Modell 2
807	Notodden	2,8	34	25	9	54	54	Modell 4	Modell 4
811	Siljan	5,6	13	11	3	55	24	Modell 4	Modell 2
814	Bamble	1,8	26	19	7	62	53	Modell 1	Modell 2
815	Kragerø	6,9	73	68	5	35	16	Modell 4	Modell 2
817	Drangedal	2,2	9	7	2	61	24	Modell 1	Modell 2
819	Nome	2,9	19	16	4	51	15	Modell 1	Modell 2
821	Bø	2,1	12	10	2	37	60	Modell 4	Modell 2
822	Sauherad	6,4	27	23	4	64	15	Modell 1	Modell 1
826	Tinn	4,3	26	24	3	20	31	Modell 4	Modell 4
827	Hjartdal	2,3	4	3	1	85	38	Modell 4	Modell 2
828	Seljord	2,0	6	5	2	58	54	Modell 1	Modell 2
829	Kviteseid	3,6	9	8	1	51	33	Modell 1	Modell 1
830	Nissedal	16,3	22	16	7	62	9	Modell 4	Modell 4
831	Fyresdal	5,4	7	7	0	85	21	Modell 4	Modell 4
833	Tokke	3,2	8	6	2	56	40	Modell 4	Modell 3
834	Vinje	7,6	28	22	6	27	29	Modell 4	Modell 4



Komm.-nummer	Kommunenavn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutdanning	Organisering voksne	Organisering barn og unge
901	Risør	2,1	14	10	4	75	47	Modell 1	Modell 4
904	Grimstad	1,9	37	26	11	62	23	Modell 4	Modell 2
906	Arendal	3,1	127	107	21	63	32	Modell 2	Modell 2
911	Gjerstad	3,9	10	7	2	76	28	Modell 1	Modell 1
912	Vegårshei	3,7	7	5	2	41	20	Modell 2	Modell 2
914	Tvedestrand	3,7	22	18	3	53	29	Modell 4	Modell 2
919	Froland	3,2	16	13	3	71	26	Modell 2	Modell 2
926	Lillesand	1,4	13	8	5	70	60	Modell 4	Modell 4
928	Birkenes	1,8	8	6	3	71	60	Modell 3	Modell 3
929	Åmli	1,7	3	2	1	72	81	Modell 4	Modell 4
935	Iveland	2,6	3	2	2	81	74	Modell 3	Modell 3
937	Evje og Hornnes	2,2	7	4	3	67	46	Modell 4	Modell 4
938	Bygland	2,8	4	3	1	31	51	Modell 3	Modell 3
940	Valle	5,1	7	6	0	48	33	Modell 4	Modell 3
941	Bykle	2,0	2	1	1	100	0	Modell 4	Modell 4
1001	Kristiansand	2,7	210	165	45	77	39	Modell 2	Modell 2
1002	Mandal	2,6	38	27	11	89	53	Modell 4	Modell 3
1003	Farsund	3,4	32	26	6	66	24	Modell 4	Modell 4
1004	Flekkefjord	2,4	21	16	5	64	31	Modell 4	Modell 2
1014	Vennesla	1,6	20	15	5	59	30	Modell 1	Modell 1
1017	Songdalen	1,8	10	7	4	86	75	Modell 4	Modell 4
1018	Søgne	2,8	28	21	7	60	30	Modell 1	Modell 2
1021	Marnardal	2,3	5	3	2	49	41	Modell 4	Modell 2
1026	Åseral	6,0	5	4	2	57	26	Modell 2	Modell 2
1027	Audnedal	3,3	5	4	1	54	26	Modell 1	Modell 1
1029	Lindesnes	1,8	8	7	1	51	74	Modell 4	Modell 4
1032	Lyngdal	2,0	15	13	2	100	24	Modell 4	Modell 2
1034	Hægebostad	2,4	4	3	1	68	26	Modell 3	Modell 2
1037	Kvinesdal	3,6	20	17	3	65	24	Modell 4	Modell 4
1046	Sirdal	3,6	6	5	2	87	36	Modell 4	Modell 4
1101	Eigersund	2,4	33	26	7	71	60	Modell 1	Modell 1
1102	Sandnes	2,8	176	155	21	60	23	Modell 1	Modell 2
1103	Stavanger	2,0	238	158	80	62	29	Modell 2	Modell 2
1106	Haugesund	1,4	47	38	9	70	66	Modell 4	Modell 2
1111	Sokndal	1,7	6	4	2	62	57	Modell 1	Modell 1
1112	Lund	2,0	6	4	2	65	37	Modell 4	Modell 4
1114	Bjerkreim	2,6	7	5	1	60	62	Modell 4	Modell 4
1119	Hå	2,8	43	32	10	50	33	Modell 1	Modell 1
1120	Klepp	1,4	23	18	5	73	41	Modell 4	Modell 4
1121	Time	2,1	32	30	2	53	33	Modell 1	Modell 1
1122	Gjesdal	1,7	17	12	5	91	17	Modell 1	Modell 4
1124	Sola	1,1	24	18	6	75	49	Modell 1	Modell 1
1127	Randaberg	2,3	22	17	5	67	28	Modell 1	Modell 2
1129	Forsand	2,5	3	2	1	46	64	Modell 1	Modell 1
1130	Strand	2,6	28	23	5	54	24	Modell 1	Modell 2
1133	Hjelmeland	1,6	4	3	1	50	40	Modell 4	Modell 4

Kommune- nummer	Kommune- navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutda- nning	Organisering voksne	Organise- ring barn og unge
1134	Suldal	5,1	19	18	2	63	39	Modell 4	Modell 4
1135	Sauda	2,9	14	12	2	35	55	Modell 4	Modell 4
1141	Finnøy	2,5	7	5	2	43	43	Modell 4	Modell 4
1142	Rennesøy	1,8	7	6	0	55	30	Modell 2	Modell 2
1144	Kvitsøy	0,7	0	0	0	50	50	Modell 4	Modell 4
1145	Bokn	2,4	2	1	1	90	0	Modell 1	Modell 1
1146	Tysvær	3,4	33	30	3	42	36	Modell 4	Modell 4
1149	Karmøy	2,3	90	59	30	64	42	Modell 2	Modell 2
1151	Utsira	2,8	1	0	0	83	0	Modell 1	Modell 1
1160	Vindafjord	2,9	23	19	5	34	17	Modell 1	Modell 1
1201	Bergen	1,6	389	324	65	63	39	Modell 1	Modell 2
1211	Etne	4,6	18	17	1	55	19	Modell 4	Modell 4
1216	Sveio	1,5	7	5	2	64	59	Modell 4	Modell 2
1219	Bømlo	2,3	26	22	4	51	40	Modell 4	Modell 2
1221	Stord	1,1	19	16	3	68	35	Modell 2	Modell 2
1222	Fitjar	6,1	18	17	1	19	23	Modell 2	Modell 2
1223	Tysnes	1,7	5	3	1	74	33	Modell 3	Modell 3
1224	Kvinherad	3,0	39	30	10	62	19	Modell 4	Modell 4
1227	Jondal	9,0	9	8	1	28	16	Modell 4	Modell 4
1228	Odda	3,5	25	10	15	48	30	Modell 1	Modell 1
1231	Ullensvang	2,6	9	8	1	18	72	Modell 1	Modell 2
1232	Eidfjord	2,0	2	1	1	53	0	Modell 3	Modell 3
1233	Ulvik	6,1	7	3	3	45	9	Modell 2	Modell 2
1234	Granvin	1,8	2	1	1	47	29	Modell 3	Modell 2
1235	Voss	3,0	41	35	6	35	7	Modell 4	Modell 2
1238	Kvam	3,9	32	29	2	44	44	Modell 4	Modell 2
1241	Fusa	1,6	6	6	0	48	31	Modell 4	Modell 4
1242	Samnanger	2,1	5	4	1	0	58	Modell 4	Modell 3
1243	Os	0,2	4	3	2	64	44	Modell 4	Modell 4
1244	Austevoll	2,6	12	10	2	58	22	Modell 1	Modell 2
1245	Sund	2,2	13	7	6	67	49	Modell 4	Modell 2
1246	Fjell	2,4	50	23	27	63	24	Modell 4	Modell 3
1247	Askøy	4,4	103	82	21	56	8	Modell 1	Modell 1
1251	Vaksdal	3,2	13	10	3	64	29	Modell 4	Modell 4
1252	Modalen	5,6	2	2	0	35	25	Modell 2	Modell 2
1253	Osterøy	1,8	13	10	3	61	51	Modell 4	Modell 4
1256	Meland	2,6	16	12	5	74	10	Modell 1	Modell 2
1259	Øygarden	1,9	8	4	4	74	21	Modell 4	Modell 4
1260	Radøy	4,2	20	17	3	38	17	Modell 4	Modell 4
1263	Lindås	2,5	35	30	5	82	19	Modell 1	Modell 2
1264	Austrheim	2,0	5	4	1	80	24	Modell 3	Modell 3
1265	Fedje	4,9	3	2	1	59	0	Modell 1	Modell 1
1266	Masfjorden	6,9	11	11	1	50	18	Modell 4	Modell 4

Kommune- nummer	Kommune- navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutda- nning	Organisering voksne	Organise- ring barn og unge
1401	Flora	6,4	73	61	11	48	9	Modell 4	Modell 2
1411	Gulen	3,8	9	9	0	47	34	Modell 4	Modell 3
1412	Solund	1,4	1	1	0	46	0	Modell 1	Modell 1
1413	Hyllestad	3,3	5	3	2	80	47	Modell 4	Modell 4
1416	Høyanger	2,2	10	9	0	81	43	Modell 4	Modell 4
1417	Vik	2,8	8	7	1	45	46	Modell 1	Modell 2
1418	Balestrand	4,5	6	6	1	41	33	Modell 3	Modell 3
1419	Leikanger	1,0	2	2	1	41	46	Modell 4	Modell 2
1420	Sogndal	1,6	11	11	0	37	45	Modell 4	Modell 2
1421	Aurland	5,7	10	7	3	51	0	Modell 2	Modell 2
1422	Lærdal	5,5	12	11	1	64	8	Modell 2	Modell 2
1424	Årdal	2,3	13	11	2	63	29	Modell 4	Modell 4
1426	Luster	1,6	8	6	2	0	38	Modell 1	Modell 2
1428	Askvoll	7,9	24	21	4	40	28	Modell 2	Modell 2
1429	Fjaler	3,1	9	6	3	57	23	Modell 4	Modell 2
1430	Gaular	2,5	7	5	2	55	39	Modell 1	Modell 2
1431	Jølster	6,1	18	17	1	27	23	Modell 1	Modell 2
1432	Førde	2,0	23	19	4	87	30	Modell 2	Modell 2
1433	Naustdal	5,0	13	12	1	35	31	Modell 1	Modell 2
1438	Bremanger	4,6	18	16	2	30	17	Modell 4	Modell 4
1439	Vågsøy	2,3	14	11	2	54	21	Modell 2	Modell 2
1441	Selje	5,0	14	12	2	52	17	Modell 2	Modell 2
1443	Eid	5,1	30	23	7	30	26	Modell 1	Modell 2
1444	Hornindal	1,7	2	2	1	80	50	Modell 4	Modell 4
1445	Gloppen	2,2	13	10	2	85	21	Modell 4	Modell 4
1449	Stryn	2,7	18	15	3	52	23	Modell 4	Modell 2
1502	Molde	3,1	74	65	10	50	49	Modell 2	Modell 1
1503	Kristiansund	0,8	33	28	5	67	54	Modell 4	Modell 4
1504	Ålesund	6,4	110	79	31	59	31	Modell 2	Modell 2
1511	Vanylven	4,8	17	13	4	48	6	Modell 4	Modell 4
1514	Sande	2,6	7	4	2	56	36	Modell 4	Modell 3
1515	Herøy	4,4	37	28	9	73	15	Modell 4	Modell 4
1516	Ulstein	3,2	22	20	3	55	5	Modell 2	Modell 2
1517	Hareid	2,0	10	6	4	63	53	Modell 3	Modell 3
1519	Volda	4,2	35	29	6	53	10	Modell 4	Modell 2
1520	Ørsta	1,3	14	11	2	39	0	Modell 1	Modell 2
1523	Ørskog	5,5	12	10	2	67	23	Modell 3	Modell 3
1524	Norddal	2,8	5	4	2	20	0	Modell 1	Modell 1
1525	Stranda	1,4	6	4	2	72	52	Modell 3	Modell 3
1526	Stordal	4,3	4	3	1	90	0	Modell 1	Modell 2
1528	Sykkylven	1,5	11	9	2	62	45	Modell 4	Modell 2
1529	Skodje	2,5	9	5	4	30	25	Modell 4	Modell 4
1531	Sula	4,3	33	28	5	50	18	Modell 4	Modell 2
1532	Giske	1,5	11	9	1	41	22	Modell 4	Modell 2
1534	Haram	2,4	21	15	6	68	47	Modell 1	Ikke svart
1535	Vestnes	3,4	22	17	5	38	38	Modell 2	Modell 2
1539	Rauma	3,6	27	19	8	53	23	Modell 4	Modell 4

Komm.-nummer	Kommune-navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høy-skole	Andel med videreutd.	Organisering voksne	Organisering barn og unge
1543	Neset	3,2	10	7	3	46	21	Modell 4	Modell 4
1545	Midsund	2,4	5	3	1	72	21	Modell 1	Modell 1
1546	Sandøy	7,1	9	8	1	31	16	Modell 3	Modell 3
1547	Aukra	8,3	26	23	4	94	6	Modell 2	Modell 2
1548	Fræna	5,6	52	38	14	79	12	Modell 1	Modell 2
1551	Eide	7,3	25	18	7	71	18	Modell 4	Modell 4
1554	Averøy	2,5	14	11	3	73	21	Modell 4	Modell 2
1556	Frei	1,4	7	4	3	64	45	Modell 2	Modell 4
1557	Gjemnes	2,5	7	4	3	74	42	Modell 4	Modell 4
1560	Tingvoll	4,1	13	10	3	21	0	Modell 2	Modell 2
1563	Sunndal	2,7	20	14	6	74	31	Modell 2	Modell 2
1566	Surnadal	3,2	20	12	8	83	38	Modell 2	Modell 2
1567	Rindal	2,5	5	3	2	73	10	Modell 4	Modell 2
1571	Halsa	3,4	6	5	0	36	22	Modell 2	Modell 2
1573	Smøla (IL)	0,0	0	0	0	0	0	Ikke svart	Ikke svart
1576	Aure	3,0	11	7	3	70	41	Modell 4	Modell 2
1601	Trondheim	2,4	398	312	87	72	42	Modell 2	Modell 2
1612	Hemne	3,1	13	9	4	59	35	Modell 4	Modell 4
1613	Snillfjord	3,0	3	2	1	58	39	Modell 4	Modell 4
1617	Hitra	3,4	14	11	3	35	45	Komb 2/4	Komb 2/4
1620	Frøya	3,8	16	13	3	55	45	Modell 4	Modell 4
1621	Ørland	5,6	28	17	11	49	17	Modell 4	Modell 4
1622	Agdenes	6,0	11	9	2	67	33	Modell 4	Modell 2
1624	Rissa	2,4	15	13	3	57	47	Modell 4	Modell 2
1627	Bjugn	2,8	13	9	4	65	32	Modell 4	Modell 2
1630	Åfjord	5,4	17	15	3	53	15	Modell 4	Modell 4
1632	Roan	1,9	2	1	1	68	53	Modell 4	Modell 4
1633	Osen	2,4	3	2	1	76	40	Modell 3	Modell 3
1634	Oppdal	2,1	14	11	3	70	38	Modell 4	Modell 4
1635	Rennebu	2,2	6	4	2	76	100	Modell 4	Modell 2
1636	Meldal	3,1	12	9	3	55	34	Modell 4	Modell 4
1638	Orkdal	2,1	23	15	8	56	42	Modell 4	Modell 4
1640	Røros	1,5	9	7	2	70	48	Modell 1	Modell 2
1644	Holtålen	2,1	4	4	0	66	77	Modell 3	Modell 3
1648	Midtre Gauldal	1,7	10	8	3	80	70	Modell 4	Modell 2
1653	Melhus	6,4	93	79	15	65	13	Modell 2	Modell 2
1657	Skaun	2,0	13	8	5	86	66	Modell 4	Modell 4
1662	Klæbu	2,2	12	8	5	69	32	Ikke svart	Modell 4
1663	Malvik	2,0	24	21	3	47	29	Modell 2	Modell 2
1664	Selbu	2,3	9	7	2	91	75	Modell 2	Modell 2
1665	Tydal	1,5	1	1	0	92	77	Modell 1	Modell 1

Komm.-nummer	Kommune-navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutdanning	Organisering voksne	Organisering barn og unge
1702	Steinkjer	4,0	82	51	32	49	13	Modell 2	Modell 2
1703	Namsos	2,5	32	23	9	63	44	Modell 4	Modell 2
1711	Meråker	3,8	9	5	4	51	27	Modell 3	Modell 2
1714	Stjørdal	3,0	62	48	14	53	15	Modell 2	Modell 2
1717	Frosta	2,9	7	5	2	75	14	Modell 3	Modell 3
1718	Leksvik	0,5	2	1	0	90	69	Modell 4	Modell 4
1719	Levanger	1,4	25	20	5	53	79	Modell 4	Modell 1
1721	Verdal	1,8	26	23	3	53	48	Modell 2	Modell 1
1723	Mosvik	3,9	3	3	1	74	38	Modell 4	Modell 4
1724	Verran	3,3	10	6	4	42	44	Modell 1	Modell 2
1725	Namdalseid	2,1	4	3	1	31	53	Modell 4	Modell 4
1729	Inderøy	2,3	13	9	4	49	46	Modell 4	Modell 4
1736	Snåsa	3,8	8	7	2	78	14	Modell 4	Modell 4
1738	Lierne	3,5	5	5	0	44	13	Modell 4	Modell 4
1739	Røyrvik	3,3	2	1	0	90	69	Modell 4	Modell 4
1740	Namsskogan	4,2	4	3	1	60	42	Modell 2	Modell 2
1742	Grong	1,8	4	2	2	29	83	Modell 1	Modell 1
1743	Høylandet	20,6	26	24	2	48	27	Modell 1	Modell 1
1744	Overhalla	1,4	5	4	1	66	66	Modell 4	Modell 4
1748	Fosnes	1,5	1	1	0	100	60	Modell 3	Modell 3
1749	Flatanger	0,8	1	1	0	33	78	Modell 2	Modell 2
1750	Vikna	2,7	11	8	3	58	62	Modell 1	Modell 1
1751	Nærøy	3,0	15	14	1	57	64	Modell 3	Modell 3
1755	Leka	2,2	1	1	0	85	54	Modell 4	Modell 4
1804	Bodø	2,6	119	60	59	79	12	Modell 2	Modell 2
1805	Narvik	1,4	26	21	5	68	33	Modell 1	Modell 1
1811	Bindal	10,5	17	16	1	26	26	Modell 2	Modell 2
1812	Sømna	0,5	1	1	1	50	40	Modell 4	Modell 4
1813	Brønnøy	3,5	26	16	10	74	26	Modell 4	Modell 2
1815	Vega	1,8	2	1	2	76	12	Modell 3	Modell 3
1816	Vevelstad	3,3	2	1	1	38	31	Modell 3	Modell 3
1818	Herøy	5,9	10	8	2	30	16	Modell 4	Modell 4
1820	Alstahaug	1,9	14	12	2	32	60	Modell 4	Modell 4
1822	Leirfjord	2,3	5	4	1	59	0	Modell 4	Modell 4
1824	Vefsn	1,3	17	16	1	70	76	Modell 1	Modell 1
1825	Grane	3,8	6	4	2	49	17	Modell 4	Modell 4
1826	Hattfjellidal	6,3	9	8	1	40	12	Modell 2	Modell 2
1827	Dønna	1,8	3	3	0	54	50	Modell 4	Modell 4
1828	Nesna	1,8	3	2	1	82	30	Modell 4	Modell 4
1832	Hemnes	4,1	18	14	5	79	43	Modell 4	Modell 4
1833	Rana	1,5	38	32	6	76	66	Modell 1	Modell 2
1834	Lurøy	3,4	7	5	2	83	48	Modell 1	Modell 3
1835	Træna	3,1	1	1	1	79	43	Modell 3	Modell 3
1836	Rødøy	4,6	6	4	2	63	29	Modell 3	Ikke svart
1837	Meløy	2,1	14	9	5	75	36	Modell 4	Modell 4
1838	Gildeskål	2,0	4	2	2	88	50	Modell 1	Modell 1
1839	Beiarn	3,5	4	3	1	27	39	Modell 2	Modell 4

Kommune- nummer	Kommune- navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutda- ning	Organisering voksne	Organise- ring barn og unge
1840	Saltdal	1,7	8	6	2	94	42	Modell 4	Modell 4
1841	Fauske	1,3	12	10	3	76	29	Modell 1	Modell 1
1845	Sørfold	3,0	6	4	2	55	25	Modell 4	Modell 4
1848	Steigen	7,4	20	15	5	42	27	Modell 1	Modell 1
1849	Hamarøy	4,2	7	7	0	41	41	Modell 4	Modell 4
1850	Tysfjord	2,7	6	5	1	42	55	Modell 1	Modell 1
1851	Lødingen	11,4	26	2	24	17	3	Modell 2	Modell 3
1852	Tjeldsund	1,9	3	2	1	80	48	Modell 4	Modell 4
1853	Evenes	2,7	4	3	1	0	52	Modell 4	Modell 4
1854	Ballangen	1,4	4	3	1	47	79	Modell 4	Modell 2
1856	Røst	1,6	1	1	0	40	40	Modell 3	Modell 3
1857	Værøy	5,4	4	3	1	27	39	Modell 4	Modell 4
1859	Flakstad	2,9	4	4	1	41	35	Modell 1	Modell 1
1860	Vestvågøy	2,3	25	18	7	65	34	Modell 4	Modell 4
1865	Vågan	2,5	22	17	5	55	59	Modell 4	Modell 2
1866	Hadsel	2,8	22	19	3	50	43	Modell 4	Modell 2
1867	Bø	4,5	13	11	2	67	28	Modell 1	Modell 1
1868	Øksnes	3,7	16	12	5	3	21	Modell 2	Modell 2
1870	Sortland	2,3	23	19	4	85	53	Modell 4	Modell 4
1871	Andøy	6,0	31	25	6	30	20	Modell 2	Modell 2
1874	Moskenes	9,3	11	10	1	14	29	Modell 3	Modell 3
1901	Harstad	4,4	102	83	19	55	32	Modell 1	Modell 2
1902	Tromsø	1,3	86	73	13	95	68	Modell 1	Modell 2
1911	Kvæfjord	6,6	20	17	3	42	47	Modell 1	Modell 2
1913	Skånland	4,2	12	11	1	45	33	Modell 1	Modell 2
1915	Bjarkøy	1,2	1	0	0	50	0	Modell 4	Modell 4
1917	Ibestad	3,0	5	5	0	20	10	Modell 2	Modell 2
1919	Gratangen	2,4	3	1	2	71	21	Modell 2	Modell 2
1920	Lavangen	9,0	9	8	1	53	40	Modell 4	Modell 4
1922	Bardu	1,5	6	5	1	83	67	Modell 4	Modell 4
1923	Salangen	5,1	11	6	5	33	27	Modell 4	Modell 2
1924	Målselv	4,7	31	26	6	59	14	Modell 4	Modell 4
1925	Sørreisa	2,4	8	7	1	58	13	Modell 4	Modell 4
1926	Dyrøy	7,7	9	8	2	84	21	Modell 2	Modell 2
1927	Tranøy	3,7	6	5	1	95	21	Modell 3	Modell 3
1928	Torsken	2,5	2	1	2	57	17	Modell 3	Modell 2
1929	Berg	3,2	3	2	1	63	0	Modell 3	Modell 3
1931	Lenvik	3,1	35	31	4	56	32	Modell 4	Modell 2
1933	Balsfjord	2,6	14	13	1	61	46	Modell 1	Modell 1
1936	Karlsøy	3,2	8	7	1	63	26	Modell 2	Modell 2
1938	Lyngen	2,8	9	8	1	58	38	Modell 4	Modell 2
1939	Storfjord	2,4	5	4	1	54	67	Modell 4	Modell 4
1940	Kåfjord	5,2	12	10	1	23	25	Modell 2	Modell 2
1941	Skjervøy	4,8	14	12	2	49	22	Modell 1	Modell 2
1942	Nordreisa	2,5	12	9	3	65	31	Modell 1	Modell 2
1943	Kvænangen	2,7	4	3	0	72	86	Modell 1	Modell 1

Kommune- nummer	Kommune- navn	Årsverk per 1000 innbygger	Årsverk totalt	Årsverk til voksne	Årsverk til barn og unge	Andel høyskole	Andel med videreutda- nning	Organisering voksne	Organise- ring barn og unge
2002	Vardø	4,1	9	5	5	72	28	Modell 1	Modell 2
2003	Vadsø	2,8	17	14	4	68	10	Modell 1	Modell 2
2004	Hammerfest	1,7	16	14	2	43	57	Modell 4	Modell 4
2011	Kautokeino	8,1	24	16	8	29	4	Modell 4	Modell 4
2012	Alta	1,6	30	22	8	66	47	Modell 1	Modell 2
2014	Loppa	4,7	5	5	0	42	42	Modell 4	Modell 4
2015	Hasvik	4,0	4	2	2	50	25	Modell 2	Modell 2
2017	Kvalsund	5,5	6	5	1	15	0	Modell 2	Modell 2
2018	Måsøy	3,1	4	3	1	83	44	Modell 4	Modell 4
2019	Nordkapp	3,7	12	10	3	71	13	Modell 1	Modell 1
2020	Porsanger	5,2	21	17	5	40	29	Modell 1	Modell 1
2021	Karasjok	2,6	7	4	4	86	7	Modell 2	Modell 2
2022	Lebesby	2,4	3	3	1	63	47	Modell 2	Modell 2
2023	Gamvik	13,4	14	10	4	27	11	Modell 1	Modell 1
2024	Berlevåg	4,4	5	2	3	84	26	Modell 4	Modell 4
2025	Tana	6,6	20	17	2	33	16	Modell 4	Modell 4
2027	Nesseby	2,7	2	2	0	86	52	Modell 2	Modell 2
2028	Båtsfjord	1,9	4	3	1	51	51	Modell 2	Modell 2
2030	Sør- Varanger	2,4	23	16	7	71	53	Modell 1	Modell 4
Totalt		2,5	12 029	9 069	2 961	61	30		